

# Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo<sup>1</sup>

## Bolivian immigrants' access to public health services in the city of São Paulo

### Ana Cristina Braga Martes

Doutora em Ciência Política. Professora Adjunta de Sociologia na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP).

Endereço: Avenida Nove de Julho, 2029, CEP 01332-902, Bela Vista, SP, Brasil.

E-mail: ana.martes@fgv.br

### Sarah Martins Faleiros

Mestre em Administração Pública e Governo.

Endereço: Avenida Nove de Julho, 2029, CEP 01332-902, Bela Vista, SP, Brasil.

E-mail: safaleiros@gmail.com

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pela GV Pesquisa, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo.

### Resumo

A atual ampliação dos fluxos migratórios internacionais coloca em debate a responsabilização dos Estados pela garantia de direitos sociais básicos às populações imigrantes, dentre eles, o acesso à saúde. Este trabalho busca contribuir para a compreensão do Brasil neste novo quadro, por meio de uma pesquisa qualitativa sobre o acesso à saúde de imigrantes recentes na cidade de São Paulo. Foram realizadas vinte e três entrevistas em profundidade com imigrantes bolivianos, por meio de um roteiro semiestruturado. A intermitente insatisfação dos brasileiros quanto ao atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil torna surpreendente a constatação de que, entre os bolivianos entrevistados, os serviços de saúde a que têm acesso são positivamente valorizados, ao contrário do que ocorre em seu próprio país de origem. Tal avaliação positiva só pode ser compreendida se analisada sua condição de imigrantes de primeira geração. Revelou-se fundamental compreender a perspectiva comparativa Brasil-Bolívia, utilizada pelos entrevistados para avaliar o acesso à saúde em São Paulo. Para contextualizar os dados coletados, foram delineados os principais componentes institucionais dos sistemas de saúde nos dois países e apresentado um conjunto sistematizado de dados macrossociais comparativos entre Brasil e Bolívia. Nas considerações finais, discutimos em que medida as experiências relatadas reafirmam ou não as principais teses apresentadas na literatura, à luz dos achados da pesquisa de campo. Destaca-se o papel desempenhado pelos proprietários das oficinas e pelos agentes comunitários de saúde, que aparecem como elementos facilitadores do acesso, além das redes familiares e de conacionais.

**Palavras-chave:** Saúde e Migrações; Acesso à Saúde; Saúde e Cidadania.

## Abstract

The current increase in international migrations calls into question states' responsibility to ensure basic social rights to immigrant populations, including access to health. This paper seeks to contribute to the understanding of Brazil in this new international scenario through a qualitative study on recent immigrants' access to health in São Paulo. Twenty-three in-depth interviews with Bolivian immigrants were conducted, using a semi-structured script. It was surprising to find that the immigrants valued Brazilian health services, unlike those in Bolivia, especially considering Brazilian citizens' intermittent dissatisfaction with the care available in the country's Unified Health System (SUS). This positive assessment, as we shall show, can only be understood if we analyze their status as first-generation immigrants. It was essential to understand a comparative view of Brazil and Bolivia, which was used by respondents to evaluate access to health care in Sao Paulo. To contextualize the data collected, we feined the principal institutional components of the two countries' health systems and presented a systematic portrait of comparative macro-social data for Bolivia and Brazil. In conclusion, we discuss to what extent the reported experiences reaffirm or do not reaffirm the main theses presented in the literature on immigration and health, in light of the research findings. The role played by workshop owners and community health agents in facilitating access is noteworthy, as are networks of family members and co-nationals.

**Keywords:** Health and Migration; Health Access; Citizenship and Health.

## Introdução

Neste início do século XXI, os Estados Nacionais ainda enfrentam dificuldades para legitimar, perante a sociedade e seus representantes, o aumento de investimentos na área da saúde em valores suficientes para alcançar parâmetros de equidade, ou seja, igual consideração no acesso ao tratamento e alocação de recursos, entre ricos e pobres, brancos e negros, nacionais e imigrantes. A discussão sobre a reforma do sistema de saúde norte-americano, por exemplo, mostrou que o rei estava nu e rodeado por inúmeras e conflitantes reivindicações e interesses. Aprovada em 2010, a reforma passou a incorporar 46 milhões de residentes que até então não tinham acesso ao sistema de saúde. Contudo, foi também restritiva, ao manter 12,4 milhões de imigrantes, legais e não legalizados, sem cobertura. Esses dois grupos correspondem a aproximadamente 27% do total de pessoas sem seguro de saúde nos Estados Unidos (Capps e col., 2009).

Considera-se a equidade - subordinada às demandas sociais distributivas (Rawls, 1971) - um dos pontos fundamentais nas discussões sobre políticas públicas para a crescente população de migrantes internacionais. O Brasil faz parte desse cenário, possuindo 1,5 milhões de imigrantes recentes, documentados ou não (Martes, 2009). De que modo o País está lidando com esta questão, que vem se destacando como um dos mais importantes problemas sociais deste século?

Visando contribuir para esse debate, o objetivo deste trabalho é entender o acesso aos serviços públicos de saúde de uma população específica: os imigrantes bolivianos residentes na cidade de São Paulo, a partir de sua própria perspectiva. O artigo se divide em cinco partes. Primeiramente, analisou-se como a literatura recente tem debatido a extensão de direitos sociais - especialmente o acesso à saúde - com a intensificação das migrações internacionais. Na segunda parte, apresentou-se a metodologia utilizada. A contextualização da pesquisa foi realizada na sequência, delineando os principais componentes institucionais da organização da área da saúde nos dois países e um conjunto sistematizado de dados macrossociais comparativos entre Brasil e Bolívia. A análise das entrevistas foi feita na quarta parte, em

que se discutiu o acesso dos imigrantes bolivianos à saúde em São Paulo. Por fim, as considerações finais discutem se as experiências relatadas reafirmam ou não as principais teses apresentadas na literatura sobre migração e saúde, à luz dos achados da pesquisa de campo.

## As migrações internacionais e o acesso à saúde

Os Estados receptores devem garantir direitos sociais básicos aos imigrantes como, por exemplo, acesso à saúde? Movimentos sociais que atuam internacionalmente têm tido relativo sucesso quando reivindicam a expansão do acesso universal à saúde<sup>2</sup>, transformando a saúde em direito fundamental aceito no plano internacional, e fazendo-o presente na maior parte das constituições nacionais do mundo desenvolvido. Entretanto, em várias partes do mundo, constata-se que esse direito ainda está ancorado na cidadania<sup>3</sup>, o que inviabiliza o acesso dos imigrantes à saúde (Benhabib, 2007).

Atualmente existem duas abordagens, cujos fundamentos metodológicos e ontológicos são díspares, que buscam explicar o fenômeno migratório e seus efeitos sob o estado receptor. A primeira, chamada neoclássica, trabalha com os modelos da teoria econômica, e a segunda, mais utilizada por sociólogos e antropólogos, recorre a métodos, conceitos e teorias destas duas áreas do conhecimento. Autores de afiliação neoclássica (Borjas, 1990) concebem a migração como um processo exógeno, em que indivíduos fazem uma escolha racional, balanceando custos e benefícios advindos da decisão de permanecer ou emigrar. A opção pela segunda alternativa decorre do cálculo individual em que a emigração resultará em maiores benefícios. Tomada como opção individual, as consequências dela advindas devem

ser, igualmente, de responsabilidade individual. Os países receptores, portanto, não teriam nenhuma responsabilidade em acomodá-los, prover serviços ou proteger direitos, cabendo-lhes, apenas, recorrer ao fechamento e controle das fronteiras.

Outros autores, no entanto, entendem que os fluxos migratórios são condicionados pelo próprio funcionamento dos sistemas econômicos dos países receptores (Piore, 1979; Sassen, 1988; Portes, 1995). Sassen (1999) propõe a substituição da concepção dos fluxos migratórios como problemas sociais, advindos do desequilíbrio econômico entre nações, pela ideia de que as migrações são fenômenos sociopolíticos e que devem, portanto, ser geridos pelos Estados. Apesar dos fluxos migratórios se estabelecerem em contextos de desigualdade entre países, esta não é a única razão para que tais processos ocorram. Eles são reforçados por outros fatores, como formas de recrutamento organizadas, laços coloniais, influências/subordinação cultural, aumento dos fluxos econômicos liderados por empresas privadas (Sassen, 1988) e a existência de redes transnacionais de relacionamentos (Tilly, 1990). A migração deve ser analisada, portanto, de forma transnacional, através de processos econômicos, políticos e sociais que integram diferentes países em um sistema global. Isso significa que os países receptores desempenham papel fundamental na deflagração e manutenção dos fluxos migratórios e por isso devem desenvolver políticas com o propósito de gerir os fluxos, proteger direitos humanos e sociais dos migrantes. Nessa direção, pesquisas têm sido realizadas sobre a situação dos imigrantes e as políticas sociais, particularmente nos Estados Unidos, Canadá e Europa (Benhabib, 2007; Capps e col., 2009; Romero-Ortuño, 2004; Cortés, 2009).

Mesmo que um Estado reconheça o direito universal à saúde, e o estabeleça em sua constituição,

2 Na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), faz-se referência ao direito de todo indivíduo de ter “um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”, sem, no entanto, estabelecer nenhum compromisso dos Estados em garantir o direito à saúde. A Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada no Cazaquistão (então ainda URSS), em 1978, foi um dos primeiros documentos a conclamarem, no âmbito internacional, o direito à saúde e a responsabilidade do Estado em garanti-la.

3 Mesmo na União Europeia, em que muitos países possuem sistemas universais de saúde, já existem restrições legais baseadas na nacionalidade e no status legal do imigrante. Por mais que a Carta de direitos Fundamentais da União Europeia garanta, em seu artigo 35 “o direito de todos de ter acesso à saúde preventiva e de se beneficiarem de tratamentos médicos”, no artigo 52 o escopo desse direito é limitado, permitindo que haja restrições baseadas na nacionalidade ou no status da migração (Romero-Ortuño, 2004).

isso não garante sua real execução, ou sua execução com a efetividade esperada. Isso porque os imigrantes possuem características distintas da população nativa, que devem ser consideradas na elaboração e implementação de políticas que busquem garantir o acesso à saúde dessa população. Em geral, os autores acentuam que o perfil sociodemográfico da população migrante ajuda a explicar a baixa utilização dos sistemas públicos de saúde, já que os imigrantes são predominantemente jovens saudáveis em idade economicamente ativa. No entanto, é importante observar que o processo de migrar altera hábitos que afetam a saúde e bem-estar. Nesses casos, o acesso pode ser dificultado por características que são inerentes aos imigrantes, como o desconhecimento dos procedimentos de acesso no país receptor, a falta de tempo e de recursos (quando não existem tratamentos gratuitos), o medo de utilizar os serviços públicos, no caso dos imigrantes indocumentados, o desconhecimento da língua, e as diferenças culturais relativas ao comportamento em relação a doenças e a necessidade de tratamentos (Aday e Andersen, 1974; Leclere e col., 1994).

Portes e colaboradores (1992) ressaltam que, diferentemente das pesquisas sobre padrões de acesso e uso dos sistemas de saúde com foco no indivíduo, deve-se também reconhecer a relevância de fatores contextuais, presentes tanto nos locais de origem, quanto nas estruturas de incorporação dos imigrantes no país de recepção. Os autores entendem haver dois fatores, inter-relacionados, que afetam as escolhas e o uso de tratamentos formais de saúde: (1) fatores pré-existentes à emigração, tais como sexo, idade e raça; e (2) fatores presentes no país receptor, que se denominam “possibilitadores”, tais como a existência de locais de atendimento acessíveis, informações sobre saúde, renda, propriedade ou não de seguro.

De acordo com Portes e colaboradores (1992), o contexto de saída impacta, sobretudo, nos fatores pré-existentes. O fato de o migrante ter origem urbana ou rural, por exemplo, pode influir, como bem lembram Leclere e colaboradores (1994), na percepção de necessidade médica, que é determinada não somente pela presença da doença, mas pela percepção cultural que dela se faz. O contexto do país receptor impacta, por sua vez, sobre o segundo fator.

A presença de uma comunidade coétnica, o apoio dos parentes, a etnia dos colegas de trabalho e supervisores podem influenciar o acesso às redes de tratamentos formais e informais. Níveis educacionais mais elevados assim como o aprendizado da língua do país receptor são facilitadores na percepção de necessidades médicas e na busca por tratamentos formais de saúde. Na relação entre tempo de residência e utilização de serviços de saúde formais, a variável *status* legal possui grande influência. Imigrantes ilegais, independentemente de seu nível de escolaridade, lugar de origem ou duração de residência, tinham menor probabilidade de utilizar os serviços de saúde formais, a não ser em casos de emergência (Leclere e col., 1994).

Destaca-se, ainda, o papel da família na formação de padrões específicos de cuidados com doenças e procura de tratamentos. Indivíduos utilizam conselhos, informações e ajuda de parentes para tomar suas decisões sobre tratamentos de saúde. No caso dos imigrantes, as famílias têm um papel ainda mais relevante, já que mediam o acesso às redes informais de cuidados, de informações e ou referências, ou financiam os recursos para cobrir os tratamentos, quando necessários. O contexto familiar seria, nesse sentido, “um elemento intermediário no processo de adaptação” (Leclere e col., 1994, p. 373).

Poucos trabalhos abordam o acesso à saúde dos imigrantes bolivianos no Brasil. Trabalhos anteriores, como Silva (1997), afirmavam que os imigrantes bolivianos que trabalham em oficinas de costura estão “desprovidos de qualquer atendimento médico” (Silva, 1997, p. 131). As causas apontadas são o desconhecimento da língua, a falta de documentação e a qualidade do atendimento. Diante disso, os bolivianos se automedicam e utilizam remédios caseiros, o que em alguns casos acaba agravando as doenças. Waldman (2011), contudo, verificou que a grande maioria dos bolivianos entrevistados em sua pesquisa já havia acessado o SUS. Apesar de não avaliar esse acesso, situações de desrespeito para com as imigrantes foram pouco citadas. Madi e colaboradores (2009) analisaram a compreensão das mulheres bolivianas sobre gestação e observaram que, em geral, elas tinham conhecimento sobre gravidez e sobre métodos contraceptivos, desejavam sua primeira gestação e preferiam parto normal ao parto

cirúrgico, por este ser menos prejudicial à saúde da mulher, e por possibilitar que retornem rapidamente ao trabalho. Melo e Campinas (2010) abordam a grande incidência de tuberculose entre a população boliviana, o que está associado, segundo as autoras, com as péssimas condições do ambiente de trabalho das oficinas de costura e do abandono do tratamento antes de sua finalização. As autoras entendem que a estratégia Saúde da Família é uma importante ferramenta para a criação de vínculo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e os pacientes, contribuindo para aumentar a eficácia do tratamento. Xavier (2010), por sua vez, encontrou importantes achados quanto ao papel da saúde em geral, e da Estratégia Saúde na Família, em particular, ao pesquisar o processo de integração dos imigrantes em São Paulo. Os agentes de saúde mostraram-se atores fundamentais nesse processo, aproximando imigrantes das UBSs e promovendo ações preventivas de saúde. A própria sede da UBS foi vista como um importante espaço de convívio entre os imigrantes e os brasileiros. Além disso, a autora aborda a importância da carteira de registro no Sistema Único de Saúde (SUS), tido como o primeiro documento brasileiro recebido pelos imigrantes. Silva (2009) analisa a interação entre profissionais das UBSs e imigrantes no Programa Saúde da Família (PSF) (unidades mistas). A autora reconstitui a percepção do estrangeiro entre os profissionais que, em alguns casos, pode levar a situações discriminatórias. De forma semelhante a Waldman (2011) e Xavier (2010), a autora confirma que o acesso ao sistema de saúde não é visto como um problema e reafirma o papel das UBSs no processo de integração dos bolivianos adultos.

## Metodologia

Este artigo é resultado de uma pesquisa com imigrantes bolivianos de primeira geração que residem e trabalham na cidade de São Paulo, cujo objetivo foi compreender como essa população acessa e quali-

fica os serviços de saúde da cidade. Os imigrantes bolivianos foram escolhidos por comporem um dos fluxos migratórios que mais cresce no Brasil contemporâneo. O ciclo migratório boliviano iniciou-se na década de 1950, com jovens de classe média que vinham para estudar. Porém, a partir da década de 1990, esse processo se massificou, sendo hoje destacado nos deslocamentos populacionais latino-americanos (Martes, 2009). O Censo de 2000 apontou a existência de 8.910 bolivianos no Brasil. Xavier (2010) considera que esses dados estão subestimados, mas também ressalta existir uma superestimação, por parte das entidades não governamentais e órgãos públicos, como o Ministério do Trabalho e o Ministério Público, que afirmam haver 200.000 bolivianos em território nacional. Na última anistia, realizada em 2009, 17.000 bolivianos foram beneficiados, sendo que 16.300 residiam no Estado de São Paulo<sup>4</sup>. Esse foi o maior grupo étnico anistiado, sendo seguido pelos chineses, com 5.500 pedidos<sup>5</sup>. Sendo a Bolívia considerada o país mais pobre da América do Sul, os bolivianos são atraídos para o Brasil pela oferta de trabalho nas pequenas oficinas de confecção em São Paulo.

Tomou-se como principal fonte de coleta de dados as entrevistas, que foram registradas de acordo com um roteiro semiestruturado. A maior parte delas foi realizada em espanhol. Realizaram-se vinte e três entrevistas em profundidade, com bolivianos com idade acima de 20 anos. As entrevistas aconteceram entre o final de setembro e o início de outubro de 2010, sendo que a seleção dos entrevistados foi inicialmente randômica, não tendo havido nenhuma restrição quanto a sexo, idade, situação legal ou tempo de permanência na cidade. Porém, no decorrer das entrevistas, decidimos entrevistar mais mulheres do que homens, uma vez que os homens entrevistados tinham poucas experiências nos serviços de saúde, ao contrário das mulheres. O local de realização da maior parte das entrevistas (74%) foi a Unidade Consular Avanzada, do Consulado Geral da Bolívia

4 Xavier (2010) ressalta, no entanto, que este número também deve ser analisado com cuidado, já que (1) o número não inclui os bolivianos que já haviam se regularizado; (2) muitos imigrantes podem não ter requisitado a anistia por falta de informação, por não poderem pagar o custo de R\$ 95,00 ou por falta de provas e documentos para comprovar a entrada no País até a data solicitada; e (3) a regularização migratória não assegura que migrantes fiquem no País, já que, como bem mostra a autora ao analisar as trajetórias, muitos regressam constantemente a seu país, ou migram para outros países (Xavier, 2010).

5 Fonte: Ministério da Justiça, 2010 Disponível em: [www.mj.gov.br](http://www.mj.gov.br).

em São Paulo, localizada no Bairro do Bresser, região que concentra a população boliviana na cidade. O restante foi realizado na Praça Kantuta, tradicional ponto de encontro da comunidade boliviana que vive em São Paulo. A sua transcrição, com cerca de 20 minutos de duração, foi feita juntamente com a tradução para o português. O roteiro das entrevistas contemplou seis blocos de questões: (1) perfil dos entrevistados; (2) razões da imigração, rotina em São Paulo, mudanças provocadas pela imigração; (3) acesso à saúde no Brasil; (4) comparação com acesso à saúde na Bolívia; e (5) direitos e percepção da cidadania. Neste artigo apresenta-se apenas parte do material coletado, tendo em vista os objetivos inicialmente definidos.

## Perfil dos entrevistados

Dentre os vinte e três bolivianos entrevistados, 74% eram mulheres e 26%, homens. A maioria dos entrevistados (65%) se encontra na faixa etária dos 20 a 30 anos, ou seja, jovens e em idade produtiva. Tal como constatado por Xavier (2010), mas diferentemente do que era apontado até então pela literatura brasileira, a maior parte dos bolivianos residentes em São Paulo não é de origem rural. Também na nossa pesquisa, 78% dos entrevistados vieram da cidade de La Paz, sendo o restante de Sucre, Oruro, Cochabamba, El Alto. Observa-se que a maior parte dos entrevistados havia imigrado recentemente a São Paulo: 23% dos entrevistados moravam em São Paulo há no mínimo 2 anos, 41% moravam em São Paulo de 3 a 5 anos, 18% de 6 a 10 anos, 14% de 11 a 15 anos e apenas 5% há mais de 16 anos.

Quanto ao estado civil, a maior parte dos entrevistados eram casados (70% contra 17% solteiros e 13% separados) e tinham filhos (74%). Do total, 26% tinham um filho, 9% dois filhos, 17% três filhos, 22% mais que três filhos e 26% não tinham filhos. Dos entrevistados que tinham filhos, 63% tinham ao menos um filho brasileiro, e 75% desses filhos moravam no Brasil com os pais.

Quanto ao grau de escolaridade, 48% dos entrevistados terminaram o ensino médio, 17% tinham o ensino médio incompleto, 17% não haviam completado o ensino fundamental e 9% não complementaram o ensino superior. Apenas 1 entrevistado não havia

estudado. Do total, 70% atuavam profissionalmente na indústria de confecção, como costureiros, 17% como vendedores, 4% eram donos de oficinas de costura, e 9%, o que equivale a duas entrevistadas, exerciam outras atividades, uma delas estando ligada à atividade nas oficinas de costura, onde era cozinheira. Cerca de 61% dos entrevistados moravam no mesmo local de seu trabalho.

Quando questionados sobre os motivos que os trouxeram para o Brasil, 83% afirmaram que vieram para trabalhar e/ou economizar dinheiro e 17% para ajudar filhos que já estavam vivendo no Brasil. Do total, 43% pretendem voltar a viver na Bolívia, 35% pretendem ficar no Brasil e 22% não responderam a questão.

Este perfil não é surpreendente. Ao contrário, é bastante próximo tanto do perfil dos emigrantes, quanto dos imigrantes que aqui chegam (Martes, 2009; OIM, 2010; Melo e Campinas, 2010). Ele também está de acordo com dados do Censo brasileiro de 2000, que registram que 32,3% dos bolivianos residentes no País têm de 15 a 29 anos e 38,7%, de 30 a 40 anos (Xavier, 2010). Registram também a existência de um equilíbrio entre solteiros e casados e entre a proporção de homens e mulheres, que não coincide com nossos entrevistados, pelos motivos já mencionados.

## As condições gerais dos sistemas de saúde nas duas pontas do fluxo

Para se compreender os achados desta pesquisa é necessário contextualizá-los, ou seja, analisá-los à luz do quadro geral das condições de saúde existentes nas duas pontas do fluxo migratório. Apesar de a nova Carta Constitucional da Bolívia, aprovada em 2009, prever em seu artigo 18º que todas as pessoas têm direito à saúde e que “o Sistema Único de Saúde será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, com qualidade”, tais definições ainda estão em fase de implementação. A realidade relatada por nossos entrevistados era de falta de hospitais, filas longas e tratamentos pagos e caros. Nas palavras de uma entrevistada, *com dinheiro você pode fazer consultas, se faz um tratamento também cobram, cobram tudo* (mulher, 27 anos, chegou ao Brasil em 1998).

No Plano Nacional de Desenvolvimento da Bolívia consta que o Estado tem uma dívida social sanitária acumulada desde a colônia e agravada nos últimos vinte anos. Políticas de saúde neoliberais aplicadas na década de 1990 teriam promovido “a privatização do setor, a mercantilização dos serviços de saúde e uma cultura individualista da saúde”. Este mesmo documento afirma que tais políticas acabaram produzindo grandes diferenças entre os atendimentos urbano e rural, indígenas e não indígenas e de gênero (Bolívia, 2006). Segundo relatório da OMS (2004), o sistema de saúde boliviano se organiza em quatro subsectores: público, de seguros sociais, privados e de medicina tradicional. O mesmo relatório ressalta que há fragmentação e segmentação no sistema, uma vez que dentro dos seguros sociais existem muitos entes gestores, o que gera desigualdades no acesso ao sistema e serviços de saúde. Cerca de 27% da população boliviana está coberta pelo sistema de seguros social de curto prazo (*seguridad social a corto plazo*, voltada à saúde), apenas disponível àqueles que têm empregos formais. Cerca de 30% da população está assegurada publicamente, pelo Ministerio de Salud y Deportes. Este seguro está aberto para a população que não está assegurada pela *seguridad social a corto plazo*. No entanto, é preciso pagar pelos custos de operação do estabelecimento de saúde, ficando a cargo do Estado os custos com recursos humanos. Apenas 10% da população utiliza o setor privado, ou os serviços que possuem algum tipo de subsídio governamental, como é o caso de instituições não governamentais ou religiosas. Aproximadamente 30% da população não têm nenhum tipo de acesso à saúde, excetuando-se a prática da medicina tradicional (OMS, 2004).

Ainda, dentro dos dois primeiros subsectores (*seguridad social e público*) estão disponíveis seguros totalmente gratuitos, voltados a alguns públicos, como mulheres grávidas e crianças de até cinco anos e idosos (OMS, 2004). Ainda assim, tal como o Quadro 1 deixa claro, os indicadores sociais relativos a esses segmentos demonstram enorme precariedade.

No Brasil, o direito à saúde é universal, assegurado pela Constituição Federal em seu artigo 196. Qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade, pode ter acesso ao SUS. Solicita-se um cadastramento prévio que, de forma geral, pode ser realizado facilmente. Exige-se apenas um documento (que pode ser RG, CPF, Carteira de Motorista, certidão de nascimento) e o comprovante de residência<sup>6</sup>. Tal documento é popularmente chamado de “carteirinha do SUS” e, como veremos na análise das entrevistas, é muito valorizado pelos imigrantes, especialmente os recém-chegados. Com a vinda de novos imigrantes, o governo federal e o município de São Paulo criaram programas específicos para lidar com essa população. Dentre as ações do governo federal, destaca-se a criação do Sistema Integrado de Saúde nas fronteiras (SIS fronteiras), coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil. Criado no âmbito do MERCOSUL, em 1996, o SIS Fronteiras tem o objetivo de contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas de saúde dos municípios fronteiriços, inclui o aumento de recursos repassados e o acesso a programas voltados a áreas específicas, como combate à AIDS, de acordo com as necessidades dos municípios. Atualmente, o governo federal vem firmando convênios com os municípios fronteiriços brasileiros (Martes e Sprandel, 2008).

No âmbito local, destacam-se iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, apoiadas por gestores dos hospitais, de UBSs e da burocracia de nível de rua, que passam a observar o aumento da população migrante e suas dificuldades de interação, advindas das especificidades culturais. No ano de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP) foi surpreendida com o crescimento do índice de tuberculose e HIV nas regiões de concentração de bolivianos (Bataiero, 2009; Silva, 2009; Melo e Campinas, 2010; Xavier, 2010). As primeiras ações da prefeitura foram voltadas para o combate a doenças endêmicas, de difícil tratamento, e que poderiam contaminar a população da cidade. Para Xavier (2010), essa questão acabou dando “maior

6 O comprovante de residência é necessário porque o SUS se organiza pela lógica do território. Cada usuário deve acessar o sistema no bairro em que mora. No entanto, caso não tenha comprovante de residência, (no caso, por exemplo, de um morador de rua) não se pode negar o acesso.

visibilidade pública à presença desses migrantes na cidade, ainda que de maneira denunciativa e pouco problematizadora.” (Xavier, 2010, p. 194).

A partir de tal constatação, a SMS-SP e a Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo (COVISA), em conjunto com organizações não governamentais, propuseram algumas ações, como por exemplo: a) elaboração de material de esclarecimento sobre prevenção da AIDS e tuberculose, em espanhol; b) revisão dos pré-requisitos para atendimento nas UBSs, como por exemplo, a necessidade de apresentação de documentos que comprovem residência, nas áreas onde se concentram os imigrantes; c) implementação de estratégias, pelo PSF, capazes de aproximar os bolivianos das UBSs; d) contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nas UBSs e como agentes comunitários de saúde; e f) oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para profissionais das UBSs (Silva, 2009). Por outro lado, ações espontâneas surgiram dentre os atendentes, médicos, enfermeiras e gestores dos hospitais das regiões de concentração de imigrantes. O Hospital Maternidade Estadual Leonor Mendes de Barros, por exemplo, ofereceu cursos de espanhol e aymara (língua indígena boliviana) à equipe de funcionários e palestras sobre a cultura e costumes bolivianos.

De um lado, não há barreiras institucionalizadas para o acesso aos serviços de saúde e, de outro, em alguns locais estão sendo desenvolvidas ações voltadas especificamente para imigrantes. Não por acaso os entrevistados manifestaram alta aprovação sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. Por mais que os entrevistados tenham feito reclamações pontuais sobre as dificuldades de se entender as orientações médicas e existam relatos sobre discriminação - para citarmos dois exemplos - de modo global os serviços são bem avaliados, bem como a disponibilidade de remédios gratuitos e a possibilidade de se realizar consultas ou tratamentos preventivos de forma gratuita.

O Quadro 1 traz uma síntese de alguns dos principais indicadores sociais em ambos os países, que se tornam especialmente relevantes quando se con-

sidera que as entrevistas que realizamos tendem a confirmar a adoção de uma perspectiva comparativa entre o atendimento recebido no país de destino e no país receptor.

## **Análise das entrevistas: o acesso à saúde e a qualidade do atendimento em São Paulo**

Antes de apresentar a análise das entrevistas sobre acesso à saúde na cidade de São Paulo, é importante identificar quais são os serviços utilizados pelos entrevistados e seus familiares. Em primeiro lugar, destaca-se que apenas um dos vinte e três entrevistados não havia utilizado o sistema de saúde brasileiro e/ou acompanhado algum membro de seu núcleo familiar para utilizá-lo. Quanto aos serviços efetivamente utilizados, 65% dos entrevistados já haviam realizado alguma consulta com médico especialista; 30% nunca haviam utilizado os serviços de consulta com especialistas. Os serviços de saúde mais utilizados foram: vacinação, pediatria e parto. Apenas quatro dos entrevistados utilizaram atendimento odontológico. As mulheres, especialmente quando grávidas, frequentaram mais os postos de saúde, assim como bebês e crianças. Os homens entrevistados conhecem menos porque em suas famílias, , cabia à mãe os cuidados de saúde com relação aos filhos.

Adicionalmente, 61% dos entrevistados já haviam utilizado dos serviços de imunização, seja para eles, seja para os filhos. Quando para os adultos, a vacina aplicada foi contra o vírus H1N1, dentro da campanha promovida pelo governo federal para imunizar a população em 2010. Apenas 17% recorreram ao planejamento familiar e 39% das mulheres entrevistadas haviam sido internadas em um hospital público, especialmente para a realização do parto. Uma entrevistada foi operada para a retirada do apêndice.

Os entrevistados acessaram serviços disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde, a saber: (1) o nível primário, ou atenção básica, que constitui “a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção



## Quadro 1 - Comparação entre indicadores sociais Brasil – Bolívia

Indicador	Brasil	Bolívia
PNB <i>per capita</i> (em 2010) <sup>7</sup>	\$10.900,00	\$4.800,00
Expectativa de vida ao nascer, 2011 (em anos) <sup>8</sup>	72,53	67,7
Taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos de idade (em 2006) – a cada 1000 nascidos vivos <sup>9</sup>	20	61
Desigualdades na mortalidade infantil - Taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos de idade – a cada 1000 nascidos vivos (1996 para Brasil e 2003 para Bolívia) <sup>10</sup>	99 – para 20% mais pobres 33 – para 20% mais ricos	105 – para 20% mais pobres 32 – para 20% mais ricos
Taxa de mortalidade materna (para cada 100 mil nascidos vivos) <sup>11</sup>	74,7 (em 2005)	229 (em 2003)
Taxas de cuidados básicos pré-natais por pessoas medicamente treinadas (média) <sup>12</sup>	85,6	65,1
Taxas de partos assistidos por pessoas medicamente treinadas (média) Dados de 2002 <sup>13</sup>	87,7	56,7
População com acesso permanente a saneamento básico, 2006 (percentuais) <sup>14</sup>	77 (84 urbano e 37 rural)	43 (54 urbano e 22 rural)
População com acesso permanente a fonte de água tratada, 2006 (percentuais) <sup>15</sup>	91	86
Cobertura completa de imunização -vacinação (média) <sup>16</sup>	72,5	25,5

Fonte: Elaboração própria a partir de diversas fontes.

da saúde”<sup>17</sup> (2) o nível secundário, que incorpora os centros de especialidades, responsáveis por procedimentos que precisam de internação; e (3) o nível terciário, que é composto pelos hospitais de referência, onde são realizados os procedimentos de alta complexidade. No Quadro 2 estão registrados todos os procedimentos realizados por nossos entrevistados ou parentes do núcleo familiar, conforme nível de atenção.

Nas entrevistas houve referências a comparações específicas sobre a situação da saúde nos dois países, especialmente em termos de assepsia, ordem de grandeza e organização do sistema de saúde pública. Ressentem-se de que na Bolívia as mães não são informadas sobre a possibilidade de contaminação dos filhos e, assim, crianças nascem e crescem sem vacinação. Já no Brasil, além de ter uma rede hospitalar maior e equipada, é também

7 Fonte: CIA World Fact Book. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html> Último acesso: 19/04/2010

8 Fonte: CIA World Fact Book. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html> Último acesso: 19/04/2010

9 Fonte: OPAS, Situación de Salud en las Americas: Indicadores Básicos 2008 apud Kliksberg, 2007

10 Fonte: PNUD, Relatório de desenvolvimento Humano 2007-8 apud Kliksberg, 2007

11 Fonte: OPAS, Situación de Salud en las Americas: Indicadores Básicos 2008; PNUD, Relatório de desenvolvimento Humano 2007-8 apud Kliksberg, 2007

12 Fonte: Banco Mundial (2004) apud Kliksberg, 2007.

13 Fonte: Banco Mundial (2004) apud Kliksberg, 2007.

14 Fonte: Banco Mundial (2004) apud Kliksberg, 2007.

15 Fonte: OPAS, Situación de Salud en las Americas: Indicadores Básicos 2008 apud Kliksberg, 2007.

16 Fonte: Banco Mundial (2004) apud Kliksberg, 2007.

17 Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

## Quadro 2 - Serviços utilizados pelos entrevistados e familiares no Brasil, por nível de atenção

Atenção primária	Atenção secundária	Atenção terciária
<ul style="list-style-type: none"> <li>- atendimento ambulatorial;</li> <li>- pré-natal;</li> <li>- Vacinação;</li> <li>- consulta ao cardiologista;</li> <li>- consulta ao endocrinologista;</li> <li>- consulta ao ortopedista;</li> <li>- consultas ao ginecologista;</li> <li>- consultas ao pediatra;</li> <li>- tratamento contra alergias para filho;</li> <li>- tratamento contra problema nos rins;</li> <li>- tratamento de infecção urinária;</li> <li>- tratamento dermatológico contra alergia na pele;</li> <li>- tratamento para depressão;</li> <li>- tratamento para dor de dente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parto normal;</li> <li>- parto cesariana;</li> <li>- operação para retirada do apêndice;</li> <li>- operação no pé;</li> <li>- tratamento para engravidar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cirurgia neo-natal no coração;</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das entrevistas.

maior o número de postos de atendimento à saúde. Os hospitais públicos são bem avaliados no Brasil porque dispõem de mais recursos tecnológicos para diagnósticos e tratamentos, e de modalidades de atendimento mais diversificadas e especializadas, inclusive alta complexidade e, mais importante, são gratuitos. De acordo com uma entrevista, “Eu trabalhava nas minas e lá não havia postos, hospitais. De vez em quando enviam médicos de La Paz, mas não abastecia” (homem de 49 anos, natural de La Paz, reside há 3 anos em São Paulo). As entrevistas ressaltam e valorizam a facilidade na obtenção de medicamentos sem nenhum custo, as campanhas de vacinação, especialmente para as crianças e a possibilidade e facilidade de realizar os exames pré-natais e os partos no Brasil.

Perguntamos se os entrevistados seguiam os procedimentos de cura com que foram criados na Bolívia, e a menção aos chás e outros tipos de “remédios caseiros” aparecem claramente como um traço de continuidade cultural. Os entrevistados os utilizavam para doenças consideradas leves, tais como gripes e resfriados. Apenas em casos mais complicados, ou com o agravamento dessas doenças, os postos e hospitais públicos foram procurados.

Na Bolívia, a maior parte dos partos é natural, realizado em casa com a ajuda das familiares ou de parteiras. Muitas de nossas entrevistadas, que

tiveram seus filhos na Bolívia, realizaram seus partos assim, como conta a entrevistada 42: “Ninguém na Bolívia faz parto de cesariana porque é mais caro. Temos que pagar e também pagamos pelo parto normal. Assim, a maioria prefere ter filhos em casa” (Mulher, 47 anos, oriunda de La Paz, há 5 anos vivendo em São Paulo). Resultado disso é o alto índice de mortalidade materna: em 2003, a cada 100 mil partos realizados, 229 mulheres morreram, um índice muito superior ao Brasileiro, que é de 74,5 mulheres<sup>18</sup>. Nossas entrevistadas que tiveram filhos na Bolívia, como é o caso da entrevistada 57, relataram partos longos e dolorosos, em que mãe e criança sofreram muito: “Não queria fazer cesariana porque eu não tinha dinheiro. Aí foi com fórceps. Tiraram minha filha com uma ferida na cabeça. O segundo (parto) a mesma coisa, quebraram o bracinho de tanto puxar...” (Mulher de 36 anos, natural de Oruro, vive no Brasil há 13 anos). Talvez por isso o parto tenha sido o momento em que nossas entrevistadas mais valorizaram os serviços de saúde brasileiros. Madi e colaboradores (2009) mostram que as imigrantes bolivianas preferem os partos normais às cesárias, seja por questões culturais, seja pela recuperação mais rápida, o que permite o retorno ao trabalho - algo essencial para os imigrantes. Mas as entrevistadas mostraram-se abertas à possibilidade de realizarem cesarianas, especialmente se isso resultar em maior

<sup>18</sup> Fonte: Situación de Salud en las Americas: Indicadores Básicos, 2008 apud Kliksberg, 2007.

segurança e menor dor para mãe e seu filho. Das 16 mulheres que entrevistamos, 11 mulheres tiveram filhos em hospitais brasileiros. Não ter que pagar, não sentir dor, maior segurança e menor sofrimento da mãe e da criança são os argumentos mencionados para expressarem a preferência pelo parto no Brasil.

As entrevistas reforçaram os achados de outros pesquisadores, como Xavier (2010) e Melo e Campinas (2010) sobre o papel desempenhado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), não só como instrumento de prevenção e tratamento de doenças, mas também no processo de integração dos imigrantes à sociedade. A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo ser a porta de entrada ao sistema de saúde, por meio da atuação de uma equipe que foca seu trabalho não apenas nos processos de cura, mas também de prevenção, e que trabalha diretamente no território, visitando ativamente as casas de seus pacientes (Lotta, 2006). As entrevistas mostram que os agentes examinam os bolivianos em suas casas, agendam consultas nos postos de saúde quando necessário, trazem os exames que ficam prontos e visitam a família mensalmente. Dentre os 23 entrevistados, 6 recebiam a visita de agentes comunitários de saúde e gostavam muito dos cuidados recebidos. A entrevistada 58 exemplifica o importante papel desempenhado pela estratégia na integração dos imigrantes:

*Ano passado minha irmã teve uma gravidez perigosa, então vinham do posto de saúde até a nossa casa, para ver como ela estava. Depois que ela teve o filho, veio a enfermeira [...] e nos orientou em como tirar o documento (do filho), já que o pai não estava aqui, estava na Bolívia. Então nos ajudou muito (Mulher, 37 anos, de La Paz, há 8 anos em São Paulo).*

Como já afirmado, a prefeitura tem buscado contratar agentes comunitários de saúde e agentes de prevenção DST/AIDS bolivianos para atuarem diretamente com essa população, com o objetivo de se aproximar da comunidade e diminuir as barreiras impostas por questões culturais e de língua (Silva, 2009; Faleiros, 2012).

Todos os entrevistados têm cartão do SUS, apesar de dizerem que podem ser atendidos apenas com a carteira de identidade da Bolívia. O cartão SUS

desempenhou, inclusive, um papel importante na anistia concedida pelo Brasil aos imigrantes não documentados, em 2009. Para muitos bolivianos, este era o único documento brasileiro que tinham, e acabou sendo utilizado para comprovar a chegada e permanência no Brasil. É vantajoso para os proprietários das oficinas que seus empregados adquiram o cartão logo que chegam. De fato, os proprietários das oficinas desempenham um importante papel na disponibilização de informações sobre o acesso aos serviços de saúde, localização dos postos de saúde, e alguns chegam a auxiliar nas primeiras consultas, como esclarece esta entrevistada: *quando ainda não entendia o português, levava alguém que sabia falar, como a dona (da oficina)... para que explicasse ao médico o que eu precisava* (mulher, 23 anos, de La Paz, há um ano em SP).

Os processos para cadastro nas unidades de atendimento são tidos como barreira de acesso ao serviço médico, e é onde, em geral, ocorrem situações de discriminação. De acordo com uma entrevistada, *Os funcionários dizem que não há vagas, só porque somos estrangeiros. As enfermeiras gritam, judiam de você, só porque não somos brasileiros, porque não sabemos falar português* (homem, 26 anos, de La Paz e está no Brasil há 2 anos e 10 meses). A discriminação, como experiência pessoal relatada, decorre, segundo os entrevistados, não apenas da origem nacional, mas também da origem étnica, indígena. Este é um dos poucos relatos em que o entrevistado declara já ter sofrido, ele próprio, discriminação. De modo geral, apesar de relatarem experiências de discriminação nos serviços de saúde pública, estas não haviam ocorrido diretamente com os entrevistados, mas com terceiros.

## Considerações finais

As Constituições do Brasil e da Bolívia asseguram, formalmente, o acesso universal à saúde em ambos os países. Contudo, esta formalização é, na Bolívia, mais recente, e ainda se encontra em fase de implementação. Assim, os bolivianos que emigram para o Brasil não vivenciaram, de fato, pleno acesso à saúde em seu país. As entrevistas revelam que o acesso é um problema lá, mas não é um problema para eles na cidade de São Paulo (Brasil). Os dados macrossociais

evidenciam a enorme discrepância na extensão da cobertura dos sistemas públicos de saúde dos dois países, especialmente relevantes quando consideradas as taxas de mortalidade infantil, maternal e vacinação. A perspectiva comparativa entre os dois países reforça as condições de saúde vivenciadas pelos entrevistados antes da emigração e ajuda a explicar por que os bolivianos valorizam positivamente o atendimento prestado no Brasil.

A literatura especializada tem abordado o tema saúde e imigração a partir das implicações relativas ao contexto de saída e ao contexto de recepção, de modo a articular analiticamente as várias pontas dos fluxos migratórios. Nossa pesquisa evidenciou que os principais fatores relativos ao contexto de saída dos bolivianos atualmente residentes em São Paulo referem-se especialmente às dificuldades de acesso lá existentes, a ponto de fazer com que, para alguns deles, a primeira consulta médica que tiveram na vida tenha ocorrido no Brasil. Parte dos entrevistados morava e trabalhava no campo e tinham que ir à cidade para receber tratamento médico. Contudo, a maioria residia na periferia de La Paz e, entre eles, fica bastante nítida a ideia de que saúde na Bolívia apenas não é problema, quando se tem dinheiro e se paga pelos serviços. É possível que a ocorrência de casos como a tuberculose possa ser explicada considerando-se os fatores que impactam o contexto de saída, também porque há casos semelhantes entre os imigrantes bolivianos na Argentina<sup>19</sup>. Ademais, segundo a Organização Mundial de Saúde, no Brasil a incidência de tuberculose é de 60 a cada 100 mil habitantes (para todas as formas de tuberculose) enquanto a Bolívia tem a maior taxa das Américas, com uma incidência de 217 para cada 100 mil habitantes (Teixeira, 2006).

Quanto aos fatores relativos ao contexto de recepção, a literatura tende a reforçar dois aspectos que, no caso desta pesquisa, revelam algumas diferenças e peculiaridades. O primeiro diz respeito ao *status* legal do imigrante e o segundo às redes familiares. O primeiro dificulta o acesso especialmente aos não documentados e, o segundo é visto como o facilitador

mais relevante. No caso desta pesquisa, vimos que para a obtenção do atendimento não é necessária a verificação do *status* legal, uma vez que o acesso é universal. A única condição, obter a “Carteirinha do SUS”, pode ser alcançada incondicionalmente sendo a carteirinha, inclusive, usada como uma espécie de documento de identidade, pelos não documentados. Quanto às redes familiares, as entrevistas reafirmam sua importância na promoção do acesso, mas a pesquisa mostra outros dois atores relevantes nesse sentido, que aparecem pelas especificidades das instituições brasileiras e da estrutura social desse fluxo migratório: os proprietários de oficinas e os agentes comunitários de saúde.

Curiosamente, os proprietários das oficinas tendem a ser retratados na imprensa e em alguns trabalhos acadêmicos como agentes de exploração direta da mão de obra dos bolivianos em São Paulo. Alguns estudos apontam as condições de insalubridade das oficinas e a extenuante jornada de trabalho, como fatores determinantes de enfermidades (Rizek e col., 2010; Melo e Campinas, 2010). Pode-se supor que haja um interesse óbvio em se manter saudáveis seus empregados, como forma de assegurar produtividade. Contudo, há relatos, como os que foram aqui apresentados, de ações menos autointeressadas, em que os proprietários de oficinas aparecem como peças-chave na facilitação do acesso à saúde.

Quanto aos agentes de saúde, por sua vez, embora não tenham sido mencionados em todas as entrevistas, fica claro que, quando estes agentes conseguem chegar às casas dos imigrantes bolivianos, ou seja, uma vez que a Estratégia Saúde da Família atinge esta população, eles promovem um acesso ao sistema de saúde público mais abrangente e constante. Os casos relatados evidenciam, inclusive, que os agentes de saúde auxiliam nos processos para se obter documentação e prestam outros tipos de ajuda de caráter humanitário.

É curioso observar que a língua aparece nos estudos sobre saúde e migração como um fator que dificulta o acesso dos imigrantes à saúde, mas no caso dos bolivianos, a situação mostrou-se ambí-

19 GOLDBERG, A. Paciente boliviano tuberculoso: representaciones del personal sanitario sobre la identidad y el estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. In: REUNIÓN DE ANTROPOLOGÍA DEL MERCOSUR, 8., 2009, Buenos Aires, Anais... Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), 2009. Disponível em: <<http://www.ram2009.unsam.edu.ar>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

gua. Por um lado, a semelhança entre o português e o espanhol apareceu como um ponto francamente facilitador. Por outro, sentem dificuldades para expressar sintomas e sentimentos em português com exatidão.

A atenuação da dor física é um dos pontos que mais se sobressaem nos depoimentos dos bolivianos. Valorizam o acesso a remédios para a dor, assim como a hospitalização e tratamentos sem dor. Nesse sentido, a cesariana é um dos indicativos das vantagens dos tratamentos e serviços de que dispõem no Brasil. Os remédios alopáticos são amplamente utilizados, inclusive os analgésicos. O fato de, no Brasil, os bolivianos não se utilizarem tanto de recursos médicos ligados à sua tradição cultural, pode estar associado à facilidade em se obter medicamentos alopáticos gratuitos e à dificuldade de se obter acesso às ervas medicinais tradicionais na Bolívia, já que, quando vendidas no mercado étnico, costumam ser caras, se comparadas aos preços de chás vendidos nos supermercados e ao recebimento gratuito de medicamentos.

## Referências

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974.

BATAIERO, M. O. *Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose*: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BENHABIB, S. *The rights of others: aliens, residents and citizens*. Cambridge: Cambridge University, 2007.

BORJAS, G. *Friends of strangers: the impact of immigrants on the U.S. economy*. New York: Basic Books, 1990.

BOLÍVIA. Ministerio de Salud y Deportes. *Plan Nacional de Desarrollo Sectorial: salud*. La Paz, 2006. Disponível em: <[http://saludpublica.bvsp.org.bo/constituyente/politica\\_nacional/3.htm](http://saludpublica.bvsp.org.bo/constituyente/politica_nacional/3.htm)>. Acesso em: 25 abr. 2010.

CAPPS, R.; ROSEMBLUM, M. R.; FIX, M. *Immigrants and health care reform: what's really at stake*. Washington, DC: National Centre on Immigrant Integration Policy, 2009. Disponível em: <<http://www.migrationpolicy.org/pubs/healthcare-octo9.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

CORTÉS, D. E. *"No one asked me": Latinos' experiences with Massachusetts health care reform*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation, 2009. Disponível em: <<http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2009/01/-no-one-asked-me-.html>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

FALEIROS, S. M. *Universalidade e políticas públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde*. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

KLIKSBERG, B. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões?: o caso da saúde pública. In: SEN, A.; KLIKSBERG, B. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p. 139-211.

LECLERE, F.; JENSEN, L.; BIDDLECOM, A. E. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, Washington, v. 35, n. 4, p. 370-384, 1994.

LOTTA, G. S. *Saber e poder: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas*. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

MADI, M. C. C. et al. Study on social representations of pregnancy in Bolivian women in the context of primary health care in the central area of the city of São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 67-71, 2009.

MARTES, A. C. B. Gestión pública de la inmigración em Brasil. In: FISHER-BOLLIN, P. (Ed.). *Migración y políticas sociales en América Latina*. Rio de Janeiro: F. K. Adenauer, 2009. p. 59-79.

- MARTES, A. C. B.; SPRANDEL, M. A. *Mercosul e as migrações: os movimentos nas fronteiras e a construção de políticas públicas nacionais de imigração*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008.
- MELO, R.; CAMPINAS, L. L. S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2010. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/03\\_original\\_multiculturalidade.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/03_original_multiculturalidade.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2012.
- OIM - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. Perfil migratório no Brasil 2009. Brasília, DF, 2010.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OPAS - Organización Panamericana de la Salud. *Sistema regional de datos en salud - perfil de país: resumen del análisis de situación y tendencias de salud - Bolivia*. La Paz, 2004. Disponível em: <[http://www1.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_068.htm](http://www1.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_068.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2010
- PIORE, M. *Birds of passage: migrant labor and industrial societies*. New York: Cambridge University, 1979.
- PORTES, A. (Ed.). *The economic sociology of immigration*. New York: Russell Sage Foundation, 1995.
- PORTES, A.; KYLE, D.; EATON, W. W. Mental illness and help-seeking among Mariel Cuban and Haitian refugees in South Florida. *Journal of Health and Social Behavior*, Washington, v. 33, n. 4, p. 238-298, 1992.
- RAWLS, J. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University, 1971.
- RIZEK, S.; GEORGES, I.; SILVA, C. Trabalho e Imigração: uma comparação Brasil e Argentina. *Lua Nova*, São Paulo, n. 79, p. 111-142, 2010.
- ROMERO-ORTUÑO, R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law*, Netherlands, v. 11, n. 3, p. 245-272, 2004.
- SASSEN, S. *The mobility of labor and capital*. New York: Cambridge University, 1988.
- SASSEN, S. *Guests and aliens*. New York: The New Press, 1999.
- SILVA, E. C. C. Rompendo barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. *Travessia: Revista do Migrante*, São Paulo, ano XXII, n. 63, p. 26-31, 2009.
- SILVA, S. A. *Costurando sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo*. São Paulo: Paulinas, 1997.
- TEIXEIRA, G. M. Tuberculose na América do Sul: a posição do Brasil. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 133-134, 2006.
- TILLY, C. Transplanted networks. In: MACLAGHLIN, V. *Immigration reconsidered*. Oxford: New Oxford University, 1990. p. 79-95.
- WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianos em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 90-114, 2011.
- XAVIER, I. R. *Projeto Migratório e Espaço: os migrantes bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo*. 2010. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

Recebido em: 21/10/2011

Reapresentado em: 27/09/2012

Aprovado em: 25/10/2012