

INTERAÇÃO TRANSCULTURAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Elaine Cristina Camillo da Silva*, Dalton Luiz de Paula Ramos**

Resumo: Este estudo teve como proposições: compreender o processo da interação entre profissionais de saúde e usuários estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF); conhecer o significado da experiência dos profissionais de saúde ao interagir com os usuários estrangeiros; evidenciar questões bioéticas na experiência de interação entre profissionais e usuários estrangeiros. Utilizou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, até a codificação axial. A análise dos dados, apresentada como *ordenamento conceitual*, levou à definição de quatro grandes temas: (1) “procurando comunicar-se”; (2) “percebendo limites”; (3) “percebendo interação como processo”; (4) “percebendo perspectivas diferentes”. O percurso de interação profissional – usuário estrangeiro foi desencadeado a partir de uma escolha: atender a todos indiscriminadamente, tornando possível a aproximação. Perceber ou não no usuário estrangeiro sua dignidade de pessoa humana parece ser determinante na abertura do profissional à interação, na sua disposição a buscar estratégias.

Palavras-chave: bioética, humanização, relacionamento profissional-paciente, transcultural

TRANSCULTURAL INTERACTION IN HEALTH SERVICES

Abstract: This study had the following objectives: to understand the interaction processes among health professionals and foreign users in the *Unidades Básicas de Saúde (UBS)* and the Program for Family Health (*PSF*); to get to know the significance of the health professional's experience as they interact with foreign users; to put in evidence bioethics issues in the experience of professionals and foreign users interaction. It was used as a theoretical referential the Symbolic Interacionism and as methodological reference a Grounded Theory up to an axial coding. Data analysis presented as conceptual ordering, lead to the definition of four great issues: (1) “trying to communicate”; (2) “detecting limits”; (3) “recognizing interaction as a process”; (4) “recognizing different perspectives”. The route of professional – foreign users interaction was developed from one choice: attend everyone (indiscriminately) making approximation possible. To recognize or fail to recognize in the foreign user the dignity of human person seems to be the determining factor for the openness of the professional to the interaction, in his disposition to seek strategies.

Key-words: bioethics, humanization, physician-patient relationship, transcultural

INTERACCIÓN TRANSCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Resumen: El presente estudio tuvo los siguientes propósitos: comprender el proceso de la interacción entre los profesionales de salud y los pacientes extranjeros en las Unidades Básicas de Salud (UBS) y en el Programa Salud de la Familia (PSF); conocer el significado de la experiencia de los profesionales de salud en proceso de interacción con los pacientes extranjeros; poner de manifiesto cuestiones bioéticas observadas en la experiencia de interacción entre los profesionales y los pacientes extranjeros. Se utilizó la referencia teórica del Interaccionismo Simbólico y la referencia metodológica de la Teoría Fundamentada en los Datos, hasta la codificación axial. El análisis de los datos, presentado bajo la forma de ordenamiento conceptual, llevó a la definición de cuatro grandes temas: (1) “la búsqueda de comunicarse”; (2) “percibiendo los límites”; (3) “percibiendo la interacción bajo la forma de proceso”; (4) “percibiendo perspectivas diferentes”. La trayectoria de la interacción profesional – paciente extranjero fue definida a partir de una elección: atender a los pacientes indistintamente, haciendo posible la aproximación. La percepción o no de la dignidad de la persona humana en el paciente extranjero puede ser el motivo para la sensibilidad del profesional a la interacción, en su disposición por la búsqueda de estrategias.

Palabras clave: bioética, humanización, relación profesional-paciente, transcultural

* Doutoranda em Ciências Odontológicas. Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Brazil

Correspondencia: elainecriis@usp.br

** Professor livre-docente do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Brazil

Publicações nacionais recentes trazem estudos sobre o acesso de estrangeiros aos serviços de saúde na zona de fronteira, tratando sobre cidadania, acesso e fruição do direito à saúde(1-3). Porém, outras regiões no Brasil com problemática semelhante carecem de estudos com essa temática. Por exemplo, São Paulo.

Atualmente, uma das maiores presenças de estrangeiros na cidade de São Paulo é a de bolivianos, sentida principalmente em alguns bairros¹, como Brás, Bom Retiro e Pari. O final da década de 90 trouxe um aumento do fluxo dos imigrantes bolivianos a São Paulo. Segundo dados da Polícia Federal, em 1995 eram 255 bolivianos, sendo que em 1999 chegou a 17.897. Sabe-se, no entanto, tratar-se sempre de um número subdimensionado, a motivo do grande número de indocumentados; no que as várias estimativas concordam é em reconhecer que a cidade de São Paulo abriga o maior número de imigrantes bolivianos no Brasil(5).

Um dos documentos oficiais mais citados sobre a presença dos bolivianos no município de São Paulo é o Relatório final Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instituída em 2005, a motivo de denúncias nos meios de comunicação, sobre a existência de trabalho escravo. Tal Relatório cita o Projeto *Somos Hermanos*, o qual concretizou o início de uma ação intersetorial iniciada em 2003, entre o setor Saúde (Coordenadoria de Saúde da SP-Mooca) e a Pastoral dos Migrantes. O objetivo do projeto, iniciado em 2004, era de construir uma rede de solidariedade em favor dos imigrantes. As ações propostas foram: ampliar acesso às informações sobre os direitos dos imigrantes; elaborar material informativo sobre saúde em espanhol; contratar agentes comunitários de saúde da mesma nacionalidade dos imigrantes; articular poder público e sociedade civil para ampliar a rede de apoio; sensibilizar profissionais sobre a problemática da migração; proporcionar noções básicas de língua e cultura dos imigrantes para os profissionais; acompanhar a evolução das ações de saúde(6,7).

Desse modo, se antes o problema era favorecer o acesso, com a entrada dos estrangeiros no cotidiano dos serviços de saúde, outras questões começaram a surgir. É sobre tais questões, vivenciadas na interação entre os profissionais dos serviços de saúde e os usuários estrangeiros, que discorreremos neste artigo.

1 “Do ponto de vista espacial, os bolivianos(as) estão concentrados em bairros da Zona Central da cidade, como Bom Retiro, Brás, Pari, Barra Funda, Cambuci, entre outros”(4).

Optamos pelo método qualitativo, a motivo de sua aplicação ao estudo das relações, das percepções, das interpretações que fazem a respeito de suas vivências, daquilo que sentem e pensam. Também por propiciar o estudo de processos sociais pouco conhecidos, buscando o olhar das pessoas que participam de tais processos, pertencentes a um grupo delimitado, no caso, profissionais e usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF). A busca de interpretar os dados segundo a própria lógica dos entrevistados possibilita gerar uma contribuição original, provoca o conhecimento científico a dar novos passos(8).

Para a coleta e análise dos dados, seguimos os passos indicados por Strauss e Corbin(9), autores de referência para a Teoria Fundamentada nos Dados. Nesta pesquisa, optamos pelo Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Desenvolvemos quatro grandes temas, apresentados nos resultados, até chegar ao que Strauss e Corbin chamam de *ordenamento conceitual*, organizando os dados em torno de temas, não conectados em um esquema teórico.

Dialogamos com os resultados trazendo a contribuição de Gadamer(10) e retomando aspectos da revisão de literatura, para refletir sobre o processo de interação, de compreensão um do outro na interação, continuando no pano de fundo do trabalho: a reflexão bioética que considera a centralidade da pessoa humana.

Metodologia

O Interacionismo Simbólico traz o conceito de perspectivas, como parte integral do ser humano, algo que é 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. A perspectiva, contudo, não causa diretamente um comportamento, de modo determinista. Existe a escolha consciente de como ordenar as perspectivas e definir a situação, de modo *imprevisível*(11). Esse conceito acompanhou todo o processo de pesquisa, bem como o de *símbolo*, algo que tem um significado conhecido e partilhado pelos interlocutores, e o conceito do *self*, a percepção de si mesmo na interação.

Os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados nos levaram a fazer a experiência da “escuta”

dos dados(9), servindo-nos da nossa experiência, observação e consulta da literatura para fazer perguntas aos dados, aos sujeitos de pesquisa.

Os sujeitos entrevistados eram todos maiores de idade. Como critérios de inclusão, consideramos a interação entre pessoas de culturas diferentes, bem como algum nível de reflexão sobre esta experiência. Trata-se de uma amostra intencional, como define Turato: “busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco e/ou têm conhecimentos sobre ele” (12:511).

O número de entrevistados seguiu o critério da amostragem teórica e da saturação, ou seja, até que as informações comecem a se repetir. Ao todo, foram 17 entrevistas (12 profissionais, 5 pacientes). Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais da equipe de saúde e pacientes estrangeiros, buscando conhecer qual *significado* dão para a interação(13). Com todos os entrevistados seguimos o processo de esclarecimento sobre a pesquisa, finalizando com a apresentação do termo de consentimento assinado em duas vias, uma para o sujeito uma para o pesquisador. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido enviado para ciência do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP.

As entrevistas, semi-estruturadas, foram conduzidas com as seguintes perguntas-norteadoras:

- a) Profissionais: Como é a tua experiência na relação com pessoas de culturas diferentes na UBS, no PSF?
- b) Usuários: Como é a tua experiência na relação com os médicos, enfermeiros, com os Agentes do PSF?

Vale lembrar que o roteiro “pode e deve ser modificado durante o processo interativo, quando o investigador percebe que determinados temas, não previstos, estão sendo colocados por seus interlocutores, apresentando-se como de elevada significância para eles” (8). Tendo a intenção de explorar aspectos ainda não conhecidos do tema, permitir que surgissem temas novos a partir dos entrevistados era imprescindível.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente pelo próprio entrevistador/pesquisador. Ao percebermos necessidade de esclarecimento, retomamos contato em uma conversa informal.

Além das entrevistas, o que foi observado e identificado como pertinente ao foco do estudo, durante a presença nas UBSs, foi registrado em um diário de campo, ou passou a fazer parte dos memorandos². A observação trouxe informações importantes para interpretar os *significados* expressos nas entrevistas(8).

A Teoria Fundamentada nos Dados, ou *Grounded Theory*, indica estratégias do **processo analítico** para desenvolver e encontrar a relação entre os conceitos: coleta e análise simultânea dos dados, processo de codificação, método comparativo, redação de memorandos para registrar a descoberta e articulação dos conceitos, amostra teórica em busca de refinar as categorias emergentes, integração dos conceitos(14). Os autores entendem a *teoria como um processo*, em contínuo desenvolvimento, não um produto acabado, até mesmo depois de publicado. Esse modo de conceber a teoria espelha a realidade da interação social(15).

Ao abrir o texto, fragmentamos os dados, submetendo as partes distintas às perguntas e comparações, relacionando os fenômenos; aos poucos os fragmentos são reagrupados por significados semelhantes, em conceitos mais abstratos, as *categorias*, as quais também se relacionam entre si, alinhavadas pela hipótese.

“Codificação axial” é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias, com suas propriedades e dimensões, em torno de um eixo. Identificar as condições, ações/interações e conseqüências de cada fenômeno. Os dados, inicialmente fragmentados na codificação aberta, começam a ser reagrupados na axial, relacionando as categorias umas às outras e gerando explicações sobre os fenômenos. As categorias, por sua vez, foram unidas em quatro grandes temas.

Resultados

A reflexão foi elaborada em torno de quatro grandes **TEMAS**, em letras maiúsculas e negrito; as **categorias** de cada tema estão em negrito e sublinhadas. Todos os temas estão relacionados, de certo modo desencadeados por um acontecimento: o encontro com os pacientes estrangeiros nos serviços de saúde.

2 Todo processo de análise, do início ao fim, é registrado por escrito nos chamados *memorandos*, ajudando o pesquisador a distanciar-se dos dados brutos, dos casos específicos, levando-o a abstrair, identificar e relacionar conceitos(9).

Os profissionais de saúde estão **PROCURANDO COMUNICAR-SE** com os pacientes estrangeiros, ou seja, estão empregando os recursos disponíveis a fim de estabelecer comunicação, diante da dificuldade pelo pouco conhecimento da língua (e dialetos) dos estrangeiros. Apesar de ser tanto um esforço para entender o paciente quanto para se fazer entender, assume um significado de angústia muito maior, para o profissional, a falta de feedback do paciente quanto à compreensão sobre as orientações para a continuidade do tratamento (adesão³).

Os profissionais estão **encontrando barreiras**, ou seja, estão vivenciando dificuldade no entendimento da língua estrangeira por não conseguir uma comunicação eficaz em uma língua comum, com os pacientes.

Para os profissionais, a interação com o paciente coreano é o extremo da impossibilidade de compreensão. Quanto aos bolivianos, normalmente a dificuldade maior é com os recém-chegados ou quando falam dialetos. Nesses casos, os pacientes não falam o português, nem o profissional a língua estrangeira, sendo a língua percebida como uma “barreira”.

A possibilidade de entender-se tende a aumentar com o tempo de permanência no Brasil e de convivência. Percebe-se, portanto, um processo, onde o *tempo de interação* entre os sujeitos é um fator importante para partilhar *significados*, estabelecer *símbolos*, seja na comunicação verbal, seja na não verbal.

Nesse contexto, os **profissionais buscam estratégias** para comunicar-se com os pacientes estrangeiros, ou seja, mobilizam os recursos disponíveis com o objetivo de obter a adesão dos pacientes estrangeiros às ações de saúde. Por exemplo, estão procurando

conhecer a língua do estrangeiro (espanhol), pedindo intérprete. O intérprete pode ser alguém trazido pelo próprio paciente (tem-se incentivado sempre mais que venham acompanhados, quando ainda não souberem o português), um colega de trabalho do profissional (normalmente um Agente Comunitário de Saúde boliviano) ou, em último caso, um outro paciente que se disponha a ajudar. O intérprete pode ajudar na consulta ou ser procurado depois, para esclarecer dúvidas.

Ainda que o intérprete preferencialmente seja da mesma origem do paciente, existem casos em que não é possível, criando uma situação que pode propiciar a descoberta de outras competências interpessoais⁴.

Outra estratégia acionada, tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes, é a comunicação não-verbal, estabelecendo *símbolos* durante a interação, cujos *significados* passam a ser partilhados no processo. A maior dificuldade é percebida, reforçamos, no início da interação, nas primeiras tentativas de estabelecer comunicação.

Se bem que como o pré-natal é uma coisa muito repetitiva no caminhar aqui dentro, então eu ia sinalizando, “sobe na balança”, ela não entendeu, eu subi na balança. Aí, sobe ali, ela foi... sentou, deitou. Ela já sabia mais ou menos o que eu ia fazer. Mas imagina se ela vem numa primeira consulta, como é que eu vou fazer isso? [e acontece?] Acontece! (E 10, profissional).

De certo modo, os profissionais estão **superando a incompreensão**, desencadeando ações que possam proporcionar o resultado desejado quando percebem que os interlocutores não estão entendendo: marcar consultas e exames pessoalmente, pedir uma visita posterior do Agente Comunitário de Saúde, ou mesmo o profissional que for ministrar o medicamento procura retomar o que o paciente entendeu, ou não, da consulta.

3 Empregamos o termo adesão não somente em relação aos medicamentos, mas também a vários comportamentos, influenciados por fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde, ao relacionamento com a equipe de saúde, ao paciente - inclusive seus hábitos de vida e culturais -, ao tratamento e à própria doença - por exemplo, se é crônica ou não, a presença ou ausência de sintomas(16). Parece-nos que os entrevistados tinham essa concepção, ainda que nunca tenham usado o termo “adesão”. “Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive. [...] Nesta perspectiva de ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento, e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde”(17:94).

4 Competências interpessoais: com esse termo entendemos a competência exigida dos profissionais na relação, na interação entre pessoas, no caso, com os pacientes de modo geral, incluindo os estrangeiros. Competência, segundo Machado, é constituída por três elementos fundamentais: é característica de uma pessoa (portanto há de se considerar o ser “pessoa”), implica na necessidade de determinar um âmbito, um contexto (competente “em que?”), bem como a capacidade de mobilização daquilo que a pessoa sabe para “realizar o que deseja [...] Naturalmente, antes da mobilização referida, é preciso haver o desejo, a vontade, o projeto”(18:140).

O significado da dificuldade em entender e fazer-se entender, para o profissional de saúde, está relacionado à possibilidade de adesão ao tratamento, por parte do paciente, trazendo uma preocupação diretamente proporcional à condição de saúde do mesmo. Por essa razão, os profissionais estão **sentindo insegurança** quando não conseguem comunicar-se.

O que eu sinto enquanto gerente é a dificuldade dos funcionários mesmo, vejo a angústia deles, tentar explicar como usa o remédio na farmácia, no dentista, no balcão... vejo a angústia dos profissionais, para se fazer entender, para ver o resultado... empenho... será que entendeu? Será que consegui me fazer entender? (E 9, profissional).

Para os pacientes, as dificuldades na interação com os profissionais fazem com que sintam medo. O “medo” é uma palavra muito presente na fala dos bolivianos, pacientes e Agentes Comunitários, sendo considerado inclusive como característico dos bolivianos, a timidez, o medo. Não conseguiam expressar o porquê do medo, mas é algo que permeia as relações, relacionado de certo modo aos costumes ou à presença irregular no país⁵.

Nesse contexto, os profissionais também estão **pretendendo a reciprocidade**, considerando que os estrangeiros têm o dever de aprender a língua e os costumes locais, ou seja, gostariam de ver um esforço nesse sentido da parte dos imigrantes.

Os profissionais estão **PERCEBENDO LIMITES** para as ações de saúde, isto é, percebem, no cotidiano de trabalho, fatores que interferem nas metas de um serviço de saúde - integralmente concebida.

Os profissionais estão **sentindo-se pressionados**, reconhecendo fatores que interferem na qualidade da interação profissional – paciente, ou seja, fatores além das próprias possibilidades de intervenção para promover mudanças.

5 Medo de serem denunciados à Polícia Federal, arriscando a deportação. Tanto os ilegais quanto os clandestinos, segundo o *Estatuto do Estrangeiro* (Lei 6815, art. 57), podem ser multados e deportados. Ilegal é o estrangeiro que entrou legalmente no país, mas deixou vencer o “visto de entrada”. Clandestino é quem entra sem autorização, de algum modo evitando o controle das fronteiras. Existe um prazo para o estrangeiro deixar o país quando descoberto sem os documentos regulares (para o ilegal, 8 dias, para o clandestino, 3); passado esse prazo, pode ser deportado a qualquer momento pela autoridade policial(19).

Não só a motivo da demanda, mas também na busca ativa, os profissionais estão **percebendo limites no contexto**, que dificulta o planejamento de ações, principalmente pela instabilidade da população no território coberto pela Unidade, percebendo grande rotatividade dos latinos. De certo modo, é ainda o “tempo” a fazer-se sentir, tempo para elaborar estratégia, tempo para dar continuidade.

O contexto das regiões estudadas é fortemente marcado pela mobilidade, não só dos latino-americanos (que ainda estão chegando de seus países de origem, ou mudam de um endereço para outro), mas também dos brasileiros que trabalham naquelas regiões e habitam em outra.

Os profissionais estão **percebendo limites no conhecimento**, ou seja, percebendo a necessidade de conhecer a realidade com métodos apropriados, considerando a complexidade da análise do processo saúde / doença.

Os profissionais consideram que quem conhece o contexto da área coberta é capaz de interpretar os índices, sendo que dentro das possibilidades estão agindo de modo adequado. Para transformar a realidade seria necessário um esforço intersetorial. Diante do que consideram uma percepção simplista da complexidade que estão enfrentando, os profissionais sentem angústia e frustração por não conseguirem mudar a realidade, ou irritação pelos comentários infundados, conscientes do próprio esforço.

Os profissionais estão **percebendo limites em si mesmos**, sentindo frustração, angústia, desespero, stress, por não conseguirem controlar ou encontrar soluções para tuberculose, violência doméstica, planejamento familiar, ou seja, pela percepção da falta de controle dos vários fatores do contexto, pela dificuldade de planejamento e continuidade.

Eu fico num desespero, tem hora! Ontem eu ‘tava pensando isso à noite... eu não consigo ver solução mas a gente não pode também ficar sem trabalhar, sem atender, a gente não pode ficar sem ver a pessoa, o ser humano (E 2, profissional).

Às vezes assim, eu sou meio curiosa, aí eu pergunto: “como é na Bolívia isso, ou aquilo?” Então elas até me falam, pra eu tentar ver o que está acontecendo... porque você acaba

falando, “nossa, eu sou uma droga de profissional, porque não consigo melhorar nada!” (E 3, profissional).

Estão **PERCEBENDO A INTERAÇÃO COMO PROCESSO**, isto é, desde que a interação começou a acontecer, tem-se observado mudanças na percepção um do outro.

Os profissionais estão **reconhecendo preconceitos**, em si mesmos, em outros colegas da equipe e na população que frequenta a unidade, até mesmo nos próprios estrangeiros que chegam. Os profissionais reconhecem a expressão do preconceito nas atitudes de intolerância, hostilidade, discriminação.

Refletindo sobre as causas dos preconceitos, emergem questões como a relação com o desconhecido, o sentir-se ameaçado, por ter a sensação que o estrangeiro está “invadindo” o território, que aprendemos a defender. A sensação de ameaça, de estar sendo invadidos, parece estar relacionada com o fato de os estrangeiros serem aparentemente em grande número naquelas regiões, bem como nos serviços, enquanto usuários.

A partir do reconhecimento, portanto, da existência do preconceito, os profissionais estão **buscando estratégias**, que variam desde situações onde os profissionais não podem intervir diretamente na expressão do preconceito de terceiros, mesmo sem aprovar suas afirmações ou atitudes, até estratégias diante do reconhecimento do próprio preconceito, como a busca do conhecimento.

Dentro da unidade, no espaço de atuação do serviço, uma estratégia encontrada é continuar a atender indiscriminadamente a todos, entendendo inclusive como uma postura característica do profissional⁶.

Por outro lado, estão percebendo processo de integração, ainda não concluído, mas já em andamento. Um espaço de convivência é a própria unidade de

saúde, por ser um dos poucos espaços freqüentados pelos bolivianos adultos, fora das oficinas de costura. As crianças e jovens, freqüentando as escolas, têm um processo mais acelerado.

Ainda que não seja possível apontar uma única causa para desencadear o processo, os profissionais estão percebendo o PSF como um marco importante na interação, considerando como uma das ferramentas mais significativas para aproximar-se dos bolivianos. A percepção é que propiciou tanto o acesso às casas quanto a frequência na unidade, considerando sempre desde os primeiros contatos.

Uma das possibilidades que o Programa Saúde da Família trouxe foi a contratação de Agentes Comunitários de Saúde bolivianos; de fato, alguns profissionais estão considerando a contratação de um profissional boliviano como estratégia importante, quanto à interação com os pacientes bolivianos, principalmente para o acesso às oficinas de costura, mas também a vinda dos pacientes para a Unidade, até mesmo pelo simples fato da presença de alguém com um aspecto físico semelhante, representando que o serviço valoriza essa presença.

Algumas equipes, porém, estão considerando a não obrigatoriedade de contratação dos agentes comunitários bolivianos, uma vez que a possibilidade de contratarem bolivianos não é um critério das vagas do PSF⁷, disponíveis segundo a área de abrangência. Portanto, mesmo reconhecendo a presença de um conacional no quadro de profissionais como importante, não necessariamente deve ser um ACS, podendo ser outro profissional, como, por exemplo, um médico.

Os profissionais estão **percebendo-se em processo** de transformação: considerando uma linha do tempo desde o primeiro contato com os pacientes estrangeiros, que permanece na lembrança como um encontro com uma realidade até então desconhecida, percebem que aprendem a se relacionar, desenvolvem estratégias (ver tema PROCURANDO COMUNICAR-SE), entre as quais, imaginar-se no lugar do outro, buscando compreender a perspectiva do outro. Nem todos os profissionais entram no processo de interação; alguns permanecem resistentes; as diferentes perspectivas

6 Muitos dos entrevistados enfatizaram ações relacionadas ao “ser profissional”. Não só a competência técnica, mas também os deveres, o compromisso público (o quanto ditado pelo Código de Ética). Naturalmente não somente fatores externos, mas a própria consciência do profissional, a auto-regulação⁽¹⁸⁾, é o que de fato vai conduzir suas escolhas e ações, tanto no que é controlado por terceiros quanto no que depende somente dele. De fato, tanto o “profissionalismo”, quanto a idéia de “perfil” e de “competência” estão relacionadas entre si e com a idéia de “pessoa”. O contato com situações-limite chama em causa algo a mais do que o cumprimento dos deveres profissionais passíveis de controle; a consciência da pessoa-profissional reconhece a necessidade de um envolvimento-comprometimento mais abrangente.

7 A questão da contratação dos ACS bolivianos foi cuidadosamente explicada pelos gerentes das unidades – desenvolver a questão que não podem explicitar publicamente a procura de um profissional boliviano, porque as vagas estão disponíveis para todos.

podem gerar uma situação conflituosa entre os colegas de trabalho:

PERCEBENDO PERSPECTIVAS DIFERENTES

no cuidado à saúde é perceber diferenças entre a própria perspectiva do processo saúde-doença e a do paciente, e ao identificar um critério que caracteriza um limite para a tolerância, propõe mudança ou intervém.

Os profissionais estão **vivenciando a diferença** quando, no processo de interação, os profissionais (e os pacientes) percebem que ainda não existe uma comum compreensão sobre as ações de saúde; os profissionais, ao procurar explicar a própria compreensão tanto do processo saúde / doença quanto dos cuidados necessários, encontram dificuldades, a motivo da linguagem, da cultura, da experiência pregressa, do contexto sócio-econômico em que vivem os pacientes, não só estrangeiros.

Outra razão para a dificuldade de compreensão e adesão, ainda segundo a perspectiva dos profissionais, é que os bolivianos não tiveram experiência de um sistema de saúde na Bolívia, uma vez que lá os serviços não eram gratuitos – fato muito enfatizado por todos, profissionais e pacientes – chegando ao Brasil quase sem a vivência de ações como promoção e prevenção de saúde, pré-natal, por exemplo. A vacinação das crianças era feita, mas com um padrão diferente do Brasil.

Os profissionais estão **buscando critérios** para propor mudança de costume, tendo como orientação inicial a tolerância e o respeito pela cultura do outro, mas, diante de algumas situações, percebem que é preciso intervir. Precisam identificar um critério que de certo modo defina um limite até onde é possível tolerar. No caso do profissional de saúde, estaria relacionado com a percepção de um risco evidente, como, por exemplo, um costume ou atitude que propiciaria o desenvolvimento de uma infecção, ou da possibilidade de contágio da tuberculose.

Da mesma forma, escolhem agir por estarem reconhecendo um problema de saúde pública, como a transmissão da tuberculose, ou as mulheres que chegam sem exame de pré-natal já em gestação avançada.

A percepção do risco e do problema de saúde pública leva a um conflito: de um lado, sabem não dever impor sua visão - apropriaram-se do conceito que o saber biomédico, uma entre tantas culturas, não se

pode outorgar o poder de definir o que está certo ou errado-, de outro, quando não têm tempo para interagir com o paciente, são tomados pela responsabilidade de promover a saúde, com ações impositivas.

A interpretação da realidade do outro, a própria percepção da visão de mundo junto à leitura da situação como de “emergência” vai determinar uma conduta, vai legitimar ações que em outras condições não seriam aceitas. Mas tudo isso é percebido como algo que não deveria ser assim, que é contra o modo como se deveria agir, sendo aceitável somente por identificar a situação como de extrema gravidade.

Os profissionais estão **construindo conhecimento** para orientar conduta. Se a formação biomédica os capacitou em uma determinada cultura, conhecer a cultura do outro exige um novo percurso de aprendizagem, que se dá como uma construção, recebendo informações de várias fontes. Estão, de fato, procurando modos de conhecer a cultura do estrangeiro, relacionando o quanto vivenciado nas consultas anteriores com outros pacientes em situações similares, leituras, observações inclusive nas visitas domiciliares, perguntando aos Agentes Comunitários de Saúde bolivianos, relacionando informações para propor tratamento. Fazer este esforço de conhecimento da cultura do outro varia de profissional para profissional.

Tendo, portanto, percebido costumes diferentes, avaliado a necessidade e oportunidade de propor algo, os profissionais estão apresentando possibilidades diferentes dos costumes. Por exemplo, explicando sobre a possível necessidade de uma cesariana já desde as consultas de pré-natal, principalmente quando perceber a indicação de fato, explicando sobre o banho do bebê, sobre a alimentação do bebê.

Em todo esse processo de interação, os profissionais estão **percebendo mudança** de comportamento dos estrangeiros. Percebendo mudanças principalmente a motivo do conhecimento sobre as ações de saúde, transmitido direta ou indiretamente para os estrangeiros, como, por exemplo, o fato de estarem trazendo as crianças periodicamente para o acompanhamento, bem como uma melhora na adesão do pré-natal. As mudanças no comportamento estão, novamente, relacionadas ao tempo de interação com a equipe ou mesmo de estadia no Brasil.

Discussão

Esse percurso de interação vivenciado pelos profissionais de saúde e pacientes estrangeiros, apresentado através de temas e categorias, revela a complexidade da experiência. Diante dos dados, a primeira atitude foi de admiração e respeito pelo trabalho diário dos profissionais de saúde entrevistados, pelo empenho em buscar estratégias, pela seriedade com que assumem suas responsabilidades.

A presença dos imigrantes tem provocado um questionamento sobre o princípio da universalidade do SUS. Os estrangeiros estariam ou não contemplados? Frente a essa situação, a escolha dos profissionais no município de São Paulo tem sido pela vida: interpretam a legislação a serviço da vida, da dignidade da pessoa. São sempre pessoas, independentemente de qual lado da fronteira nasceram. As fronteiras não delimitam a condição de pessoa humana. Nas regiões estudadas, felizmente, os profissionais de saúde entenderam que por se tratar do valor da vida da pessoa humana, não podem negar atendimento.

A escolha de atender a todos, na UBS ou através da busca ativa do PSE, inicialmente motivados pela preocupação com doenças como a tuberculose, provocou a aproximação dos profissionais de saúde à comunidade boliviana, de modo especial (comunidade mais numerosa nas regiões estudadas). 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 dessa realidade ainda estão sendo construídas, como vimos nos resultados.

Não basta, de fato, um estar ao lado do outro, fisicamente. Na interação, “o que importa é experimentar o tu realmente como um tu, isto é, não passar ao largo de suas pretensões e permitir que ele nos diga algo. Para isso é necessário abertura.”(10:471). A *abertura*⁸ ao outro requer uma escolha, uma disponibilidade de “permitir que ele nos diga algo”. Aqui surge a diferença fundamental, segundo nossa interpretação, no modo como pode dar-se a interação profissional de saúde – paciente estrangeiro: quando existe a *abertura*,

os interlocutores se colocam em jogo e investem suas competências, ou o oposto.

Assim, desenvolver ou ativar estratégias vêm depois da escolha de estar *aberto* ao outro, de reconhecer sua presença e sentir-se provocado a dar uma resposta: procurar comunicar-se, procurar aprender algumas palavras na outra língua, pedir ou não intérprete. Fazer uso das próprias competências, de certo modo, parece estar relacionado ao processo de *compreensão* da situação do outro.

Os resultados de um estudo que pretendia observar a influência do contexto sobre o preconceito automático (sem a intenção consciente) contra os negros, mostram que uma possível estratégia de combate ao preconceito seria estimular as pessoas a refletirem sobre a igualdade nas relações sociais (integração, solidariedade, respeito das diferenças). Isso porque, em tal contexto, verificou-se que o preconceito automático era anulado, enquanto se manteve em um contexto marcado pela competição e pelo mérito(20).

Criar esse ambiente que enfatize a igualdade nas unidades de serviço seria favorável, uma vez que a freqüente repetição de comentários degradantes sobre as características e condições de vida dos estrangeiros pode influenciar negativamente.

Não reduzir a pessoa a uma dimensão, pressupõe de algum modo o conhecimento de quais seriam as dimensões que a compõem. Com Gadamer(10), aprendemos que alguns conceitos podem conduzir a um conhecimento apropriado da realidade; outros preconceitos devem ser revistos. Portanto, se alguns conceitos prévios poderiam reduzir a pessoa na sua dignidade, outros poderiam auxiliar na sua compreensão. Segundo Gadamer, a estratégia é explicitar, tornar consciente o processo de compreensão e interpretação.

Quando se ouve alguém ou quando se empreende uma leitura, não é necessário que se esqueçam todas as opiniões prévias sobre seu conteúdo e todas as opiniões próprias. O que se exige é simplesmente a abertura para a opinião do outro ou para a opinião do texto. Mas essa abertura implica sempre colocar a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias, ou que a gente se ponha em certa relação com elas. [...] Em princípio, quem

8 A *abertura* se dá através da pergunta, desejar saber, reconhecer que não sabe. A arte de perguntar pressupõe a liberdade das opiniões vigentes(10:477-478).

quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente deve, desde o princípio, mostrar-se receptiva à alteridade do texto. Mas essa receptividade não pressupõe nem uma “neutralidade” com relação à coisa nem tampouco um anulamento de si mesma; implica antes uma destacada apropriação das opiniões prévias e preconceitos pessoais. O que importa é dar-se conta dos próprios pressupostos, a fim de que o próprio texto possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as opiniões prévias pessoais(10:358).

O conceito de *fusão de horizontes* , que nos parece central para nosso estudo, traz consigo o questionamento se de fato existem horizontes diferentes. Gadamer acredita que o horizonte fechado de uma cultura é uma abstração. Considerar um outro *horizonte* é um momento da compreensão, destacando um horizonte distinto ao perceber sua alteridade, honestamente não anulando a tensão de modo ingênuo, mas percorrer o processo de compreensão de modo consciente. Mas, se a tradição da história de um povo, usada como exemplo por Gadamer, no processo se descobre em continuidade com o *horizonte* do presente, o mesmo poderia valer para as culturas diferentes.

A *fusão de horizontes* poderia ser o novo espaço onde entram o profissional de saúde e o paciente, em uma relação de igual para igual, com tantos questionamentos, onde o melhor guia são as palavras do paciente (o ideal seria que participasse da interação como sujeito ativo), a expressão do significado que confere às suas vivências, inclusive do processo saúde – doença, no qual o profissional vai interferir(21-23).

Essa *abertura* pode ser bloqueada pelos preconceitos, que não permitiriam a expressão do outro; por isso os profissionais têm buscado estratégias, como já vimos. E sendo uma *fusão de horizontes* , a visão de mundo do profissional também faz parte. Como a do estrangeiro. Por exemplo, a comum afirmação que os bolivianos estariam acostumados com o tipo de trabalho e habitação coletiva em que vivem nas regiões cobertas pelas unidades, não foi confirmada pelos pacientes e Agentes Comunitários de Saúde, nas entrevistas ou conversas informais. De fato, declaravam ter condições diferentes na Bolívia, sendo que muitos são enganados pelos agentes de migração. Sobretudo incomoda o fato

de morar todos juntos, várias famílias, dentro do local de trabalho.

Tantos passos já foram dados, dignos de reconhecimento. Apenas um alerta: as equipes dos serviços de saúde ainda precisam refletir, não estão consolidadas as estratégias. Há quem tenha demonstrado, nas entrevistas e conversas informais, a percepção da necessidade de formação nesse âmbito, de interação com estrangeiros. A nosso ver, seria importante retomar um espaço de debates, de reflexões sobre a experiência de cada profissional. Oferecer a disponibilidade de material formativo⁹ e pessoal qualificado¹⁰ para colaborar no processo de conhecimento da realidade, de planejamento de ações.

É proposta do SUS que os profissionais sejam gestores do processo de trabalho, com condições dignas e que possibilitem a criação de novas ações. As ações nascem de uma troca de saberes, entre os profissionais e pacientes, familiares, na equipe, construindo e atuando propostas(24).

Esse espaço de protagonismo e valorização das ações dos profissionais, junto à ação em rede intersetorial, é de fundamental importância para que possam surgir respostas adequadas ao contexto, no caso específico de nossa pesquisa, considerando a presença dos imigrantes. Nosso estudo vem contribuir para tornar visível algumas dessas iniciativas, desenvolvidas pelas equipes das UBSs – PSF do Brás, Bom Retiro e Pari.

Conclusão

Na busca de compreender o processo de interação profissional – paciente estrangeiro, percebemos que o percurso se deu a partir de uma escolha: atender a todos indiscriminadamente; e de um acontecimento: o encontro com os imigrantes.

9 Proporíamos como possível material para o debate entre os profissionais textos de Salvatore Geraci, Bianca Maisano e Marco Mazzetti, sob a denominação de Medicina Transcultural(23), por trazer subsídios importantes principalmente como chaves de interpretação da realidade. Existem, também, contribuições apresentadas de modo mais objetivo, principalmente quanto às estratégias usadas na interação, elaboradas pelos estudiosos da teoria de Madeleine Leininger(22), Enfermagem Transcultural, ou roteiros-guia para os profissionais usarem nas consultas a fim de conhecerem o significado pessoal e social do processo saúde-doença, Antropologia Médica(24).

10 Alguns profissionais demonstraram interesse e necessidade em serem ajudados por especialistas de áreas como antropologia, outros na questão dos direitos e deveres dos estrangeiros, por exemplo.

Na perspectiva dos profissionais, o modo como compreendem o outro, o usuário / paciente estrangeiro, parece determinar a *abertura* na interação, a possibilidade de buscar estratégias.

Surge, então, a questão bioética: reconhecer o estrangeiro como pessoa humana, seja ele quem for. Mas a presença do imigrante não pode ser separada do contexto mais amplo: leva a descobrir a dimensão social da pessoa humana, quase exige isso. Buscar o bem comum e o bem integral de cada um. A saúde do imigrante, da sua rede de relações mais próximas, da

área de abrangência, o trabalho em equipe no serviço de saúde, a busca de trabalho em rede, intersetorial (a motivo da complexidade do contexto), a busca de políticas públicas municipais e de possíveis acordos com o País de origem.

Nesse processo surgem muitas angústias, frustrações, questionamentos, junto a estratégias bem sucedidas e projetos em gestação. O protagonismo das equipes dos serviços de saúde tem sido e poderia ser ainda mais incentivado, apoiado, subsidiado inclusive pela Academia, através da pesquisa e educação continuada.

Referências

1. Nogueira VMR, Simonatto I, Silva MG. Fronteira Mercosul – processos de Inclusão/exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Serviço Social em Revista* 2003; 6(1). Disponível em: <http://www.sservista.uel.br>
2. Nogueira VMR, Dal Pra KR, Fermiano S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha de fronteira do MERCOSUL. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(Suppl 2): S227-S236.
3. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damascena GN. 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* 2007; 23(Suppl 2): S251-S266.
4. Da Silva S. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estudos avançados* 2006; 20(57): 157-169.
5. Cymbalista R, Xavier IR. *A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade*. Cadernos Metrópole / Observatório das Metrópoles. n 17. São Paulo: EDUC; 2007: 119-133.
6. Câmara Municipal de São Paulo. CPI – *Trabalho Escravo*. Relatório Final. Processo nº 0024/2005: Comissão Parlamentar de Inquérito para Apurar a Exploração de Trabalho Análogo ao de Escravo nas Empresas, Regular ou Irregularmente Instaladas em São Paulo. Publicado em fevereiro de 2006. Disponível em: http://www.camara.sp.gov.br/central_de_arquivos/vereadores/CPI-TrabalhoEscravo.pdf
7. Gaeta R. *Projeto somos hermanos. Travessias na desordem global*. Fórum Social das Migrações. São Paulo: Paulinas; 2005: 337-348.
8. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2006.
9. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Gadamer HG. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Editora Universitária São Francisco; 2008.
11. Charon JM. *Symbolic interactionism*. New Jersey: Prentice Hall; 1989.
12. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública* 2005;39(3): 507-514.
13. Minayo MC, et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Charmaz K. Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. In: Denzin NK, Lincoln IS, (eds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 2000: 509-522.
15. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
16. Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão* 2006; 13(1): 23-25.
17. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2004/2005; 9(16): 91-104.

18. Machado NJ. *Conhecimento e valor*. São Paulo: Moderna; 2004.
19. Bonassi M. *Canta América sem fronteiras! Imigrantes latino-americanos no Brasil*. São Paulo: Loyola; 2000.
20. Lima MEO, Machado C, Ávila J, Lima C, Vala J. Normas sociais e preconceitos: o impacto da igualdade e da competição no preconceito automático contra os negros. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2006; 19(2): 309-319.
21. Leininger M, (ed.) *Culture care diversity and universality: a Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.
22. Geraci S, Maisano B, Mazzetti M, (orgs.) Migrazione, salute, cultura, diritti. Um lessico per capire. *Studi Emigrazione CSER* 2005; 42(157).
23. Helman C. *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Recibido: 20 de abril de 2009
Acceptedo: 16 de agosto de 2009