

# Migração boliviana e doença de Chagas:

## limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)

Nivaldo Carneiro Junior<sup>(a)</sup>  
 Cássio Silveira<sup>(b)</sup>  
 Lia Maria Brito da Silva<sup>(c)</sup>  
 Maria Aparecida Shikanai Yasuda<sup>(d)</sup>

Carneiro Junior N, Silveira C, Silva LMB, Shikanai-Yasuda MA. Bolivian migration and Chagas disease: boundaries for the action of the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):87-96.

Migration provoke changes in epidemiological profiles impinging on the health care systems of reception countries. Immigrants come to Brazil from neighbor countries usually having precarious insertion in metropolitan areas. Chagas disease is endemic in Bolivia, something that has to be taken into account by the SUS. This paper analyzes both action and limits regarding health professionals who provide services to Bolivians in SUS with a focus on Chagas disease. Interviews were applied to primary, secondary and tertiary health services in the central region of São Paulo, the main destination of Bolivian immigrants. The precarious living conditions of Bolivians are the cause of health inequities. Language and culture also hamper their understanding about care. There is a lack of knowledge about clinic and epidemiology aspects of Chagas disease among the professionals who attend these immigrants. It is necessary to rethink strategies of health care and control of Chagas disease.

**Keywords:** Migration. Bolivians. Chagas disease. Health care. Health professionals.

Migrações acarretam mudanças nos perfis epidemiológicos, impactando sistemas de saúde dos países receptores. O Brasil atrai imigrantes que se inserem precariamente nas metrópoles. Na Bolívia, a doença de Chagas é endêmica, fato relevante para o SUS brasileiro. O texto analisa a atuação e os limites dos profissionais de saúde no atendimento aos bolivianos no SUS, enfocando a doença de Chagas, por meio de entrevistas aplicadas nos serviços primário, secundário e terciário na região central da cidade de São Paulo, principal destino dos imigrantes bolivianos. As precárias condições de vida dos bolivianos caracterizam iniquidades em saúde. Idioma e cultura limitam a compreensão sobre o cuidado. Consta-se desconhecimento da clínica e epidemiologia da doença de Chagas entre os profissionais que atendem esses imigrantes. Faz-se necessária a revisão de estratégias assistenciais e de controle da doença de Chagas.

**Palavras-chave:** Migração. Bolivianos. Doença de Chagas. Assistência à saúde. Profissionais de saúde.

<sup>(a, b)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Motta Junior, 61, Vila Buarque. São Paulo, SP, Brasil. 01221-020. nicarneirojr@uol.com.br; cassio@cealag.com.br

<sup>(c)</sup> Divisão de Psicologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. liamariabs@yahoo.com.br

<sup>(d)</sup> Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. shikanaiyasuda@gmail.com

## Introdução

As migrações são processos vivenciados pelas sociedades em muitos momentos históricos e constituem deslocamentos impulsionados por várias motivações, sejam de ordem econômica e política, situações de conflito armado, originadas por catástrofes ambientais, entre outras. Todavia, na contemporaneidade, esses fluxos assumem dimensões quantitativas e qualitativas heterogêneas, com diferentes determinações e complexidades, no contexto de um mundo globalizado, constituído de relações de extrema interdependência com desdobramentos que geram profundas desigualdades. Cada vez mais, portanto, crescem os desafios tanto para o entendimento da complexidade que esses deslocamentos assumem quanto para a formulação das políticas e das práticas sociais decorrentes das mudanças sofridas nas sociedades receptoras dos grupos sociais em deslocamento<sup>1-3</sup>.

Nas Américas, particularmente na América Central e América do Sul, a migração entre os países assume um padrão bem distinto de outros continentes, isto é, associa-se, fundamentalmente, às precárias condições de vida, marcada por perfis importantes de desigualdade social entre as regiões<sup>4</sup>.

Na América do Sul, observa-se que tanto a Argentina quanto o Brasil, a partir da segunda metade do século XX, têm atraído imigrantes vindos de países de fronteira, que ingressam, em geral, sem documentação oficial e que vão compor a força de trabalho precária em setores de serviços e fabricação têxtil em grandes centros urbanos<sup>5,6</sup>.

Dentre as várias transformações decorrentes dos processos migratórios, destaca-se o impacto para os sistemas de saúde dos países que recebem esses fluxos, provocando mudanças nos perfis epidemiológicos e impulsionando a revisão das estratégias de controle de doenças e de assistência à saúde das pessoas. Nesse contexto, a doença de Chagas desponta como uma dessas preocupações, particularmente no território brasileiro<sup>7</sup>.

A doença de Chagas é endêmica na América Latina e sua transmissão se dá por insetos triatomíneos, via oral, transmissão materno-fetal, sangue e hemoderivados, transplantes de órgão ou acidentes com material biológico. Estima-se que haja cerca de seis milhões de pessoas infectadas. Na Bolívia, a doença de Chagas está presente em praticamente em todo seu território, representando um sério problema de saúde pública<sup>8-11</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o controle da transmissão da doença de Chagas em 2010<sup>12</sup>. No Brasil, já em 2006, a interrupção da transmissão vetorial foi reconhecida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e, no estado de São Paulo, essa condição já era verificada na década de 1970<sup>13</sup>.

O desafio, portanto, que se coloca em nosso meio é a manutenção desse controle, por meio de ações de saúde permanentes e qualificadas, envolvendo todos os níveis da atenção. O alerta que vem sendo dado é que a doença de Chagas tem ficado fora da agenda de prioridades das políticas de saúde. Essa questão se potencializa diante dessa nova realidade social constituída pelos processos migratórios. Além do mais, devemos levar em consideração que a população boliviana é uma das mais numerosas entre esses fluxos migratórios atuais no Brasil e concentra-se, em sua maioria, em São Paulo<sup>14-16</sup>.

Assim sendo, faz-se necessário apreender como os serviços de saúde e os seus profissionais têm respondido às demandas assistenciais trazidas nos contextos dos fluxos migratórios, particularmente, em relação à doença de Chagas.

Nessa perspectiva, este artigo tem como objetivo apresentar uma análise sobre a atuação e os limites dos profissionais de saúde no atendimento aos bolivianos no SUS, enfocando a problemática da doença de Chagas em serviços de saúde situados na região central da cidade de São Paulo, Brasil.

## Metodologia

Este estudo é parte da pesquisa “A doença de Chagas em população de migrantes bolivianos na cidade de São Paulo: uma análise da prevalência da infecção por *Trypanosoma cruzi* e da morbidade da doença de Chagas; do conhecimento da população sobre a doença e do acesso aos diferentes níveis

de atenção à saúde” (CNPq, 404336/2012-4), projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No segundo semestre de 2015, foram realizadas 19 entrevistas, com roteiro semiestruturado, envolvendo trabalhadores dos níveis de formação médio e superior de serviços públicos de saúde da região central da cidade de São Paulo. Os entrevistados foram selecionados conforme a definição amostral para representação das diferentes densidades tecnológicas na organização dos serviços de saúde, subdivididas pelos setores primário (Unidade Básica de Saúde, UBS), secundário (Serviço de Urgência) e terciário (Maternidade).

A escolha dessa região deve-se ao fato de que o estudo de prevalência e de morbidade da doença de Chagas em bolivianos deu-se em um desses serviços (CNPq, 404336/2012-4), como também pela concentração dessa população nesse território<sup>16</sup>.

As entrevistas foram realizadas nos contextos dos serviços e as falas dos entrevistados foram gravadas em formato digital e, posteriormente, transcritas. Dos textos daí derivados, foram selecionados conteúdos com base nos seguintes temas que orientaram o roteiro de entrevista: organização dos serviços de saúde; reconhecimento das demandas e necessidades dos imigrantes bolivianos; reconhecimento dos limites e estratégias de atuação do profissional de saúde ante as demandas/necessidades dos imigrantes bolivianos; e conhecimento sobre a doença de Chagas, particularmente, na população boliviana.

Para preservar as identidades dos entrevistados, os trechos destacados das entrevistas foram classificados por números em ordem crescente, de acordo com o nível da atenção: primário (médico – 1; médico – 2; enfermeiro – 3; assistente social – 4; auxiliar administrativo – 5; auxiliar administrativo – 6); secundário (médico – 7; assistente social – 8; enfermeiro – 9; enfermeiro – 10; enfermeiro – 11; auxiliar administrativo – 12; farmacêutico – 13; médico – 14); e terciário (médico – 15; enfermeiro – 16; assistente social – 17; médico – 18; assistente social – 19).

## Resultados e discussão

### Organização dos serviços de saúde

No contexto do SUS, é de elevada importância a discussão e todos os esforços da gestão pública em relação ao arranjo e à lógica que devem nortear a organização dos serviços de saúde para garantir sua eficácia no cuidado das demandas e necessidades da população.

Nessa perspectiva, a proposição de Redes de Atenção à Saúde apresenta as melhores respostas à superação da forma organizativa dos serviços, viabilizando de forma mais integral e horizontal as linhas de cuidado. Mesmo assim, é um grande desafio a efetiva implementação, exigindo grandes esforços para superar barreiras, particularmente as de ordens comunicacionais entre os serviços e profissionais<sup>17,18</sup>.

Essas questões são apreendidas neste estudo quando os entrevistados reconhecem a organização da atenção à saúde no nível local, tanto no seu processo de trabalho assistencial – referência e contrareferência – quanto na própria trajetória dos imigrantes usuários desses serviços e de sua inserção no território.

Todavia, constatam-se problemas na operacionalidade do acesso e comunicação dos serviços dessa rede, expressos na garantia de uma assistência mais oportuna, na efetividade do seguimento ambulatorial e na relação comunicacional, que podem trazer fragilidade ao acesso efetivo da população assistida:

A maioria [das mulheres] é residente aqui da região. A maioria passa nas Unidades Básicas de Saúde Santa Cecília, Sé, Bom Retiro, Centro de Saúde Escola Barra Funda e Boraceia [Unidades Básicas da região central da cidade de São Paulo]. Algumas que nós temos observado têm vindo do bairro da Casa Verde, da Vila Maria [região norte da cidade de São Paulo], mas são poucas, é pouca quantidade. A maioria é daqui da região central. (Entrevistado 17)

[...] Nós temos um nível de atenção que é pelo pronto-socorro. Como a porta é aberta, a grande demanda acaba sendo esta. Temos o atendimento ambulatorial, mas a procura desse serviço pela população já não é tão expressiva. A paciente que vai hoje ao ambulatório é aquela que foi atendida no pronto-socorro, ou aquela que ficou internada aqui e é encaminhada. Então, esse é o maior público. Às vezes é encaminhada por outro serviço da rede. (Entrevistado 15)

As dificuldades no agendamento de consultas [...] às vezes eles estão necessitando de uma consulta um pouco mais rápida, e o período que se tem é muito extenso para isso. (Entrevistado 8)

[...] O número de gestantes sem o acompanhamento no pré-natal realizado em outras unidades de saúde vem crescendo, ocasionando a vinda direta para o pronto-socorro [...], muitas vezes trazem intercorrências mais complexas, sobrecarregando a unidade hospitalar com desfechos mais complicados às gestantes parturientes e aos seus filhos recém-nascidos. (Entrevistado 18)

Eles [o serviço de referência que atendeu o paciente] não mandam relatórios que a gente solicita, a maioria não manda, a gente até solicita através de receituário carbonado, pedindo por favor, né, para mandar um relatório atualizado do que está sendo feito com esse paciente e só minoria manda [...]. (Entrevistado 3)

### **Reconhecimento das demandas e necessidades dos imigrantes bolivianos**

Nessa temática aparece muito forte a associação do processo migratório e as inserções precárias no tecido social do qual essa população faz parte, determinando seu “modo de andar a vida”. Essa condição se expressa no contato desses usuários com os serviços de saúde e é, pelos profissionais, apreendida e contextualizada no momento da assistência:

A maioria delas [usuárias bolivianas] são costureiras, trabalham de doze a quatorze horas por dia e cuidam de seus filhos ali mesmo, no ambiente doméstico e de trabalho. (Entrevistado 17)

[...] Muitos vêm em situação clandestina para o Brasil e precisa regularizar essa documentação, e a gente acaba por fazer contato com o Consulado da Bolívia e dando as orientações necessárias. (Entrevistado 4)

Eles chegam em São Paulo, vêm, abre um cartão do SUS [...]. Eles falam que lá [na Bolívia] não existe médicos, e que para eles conseguirem uma consulta é bem difícil. (Entrevistado 14)

Em uma perspectiva analítica mais abrangente, pode-se perceber que durante o século XX houve a formação de um espaço transnacional, no qual ocorreram (e ocorrem) os processos migratórios. Estariam incluídos aí os fenômenos da internacionalização da produção e o da reorganização da economia mundial que expõem a complexidade de contextos internacionais. Nessa visão, a circulação de trabalhadores é mais um dos fluxos, entre outros, que movimentam intensamente as relações sociais no plano internacional. Constata-se uma ruptura com a estrutura tradicional de trabalho e a criação de espaços no mercado para a subcontratação organizada e a viabilização de oportunidades de formação de pequenos negócios. Ou seja, permite-se que antigos sistemas de trabalho fundados no espaço doméstico, com organização de base familiar e com as características do trabalho artesanal, possam crescer e criar extensões internacionais pela via desses fluxos migratórios. As consequências desse processo de internacionalização, já amplamente investigado, resultam, em boa parte dos casos, na organização de uma rede clandestina de relações de trabalho, estruturada fundamentalmente em um mercado informal e com consequências deletérias em pessoas, famílias e grupos<sup>4,19</sup>.

Essas condições de vida e trabalho, às quais estão submetidos em sua maioria os imigrantes bolivianos, determinam perfis de adoecimentos específicos que demandam utilização muito frequente

dos serviços de saúde. Os entrevistados apontam, predominantemente, agravos respiratórios, dermatológicos e gastrointestinais. A tuberculose é o problema de saúde mais relatado e o que mais está associado às condições de moradia. Também em estudo na Argentina, que possui uma população boliviana em condições muito próximas à nossa realidade, a tuberculose aparece como um importante agravo à saúde<sup>20</sup>:

Eles [bolivianos] frequentam sempre [o serviço de saúde]. Todos os dias [...]. (Entrevistado 9)

Existem muitos bolivianos com tuberculose. Eles reclamam muito do lugar onde eles moram, sem sol. Muitas vezes vem um com sintomas de diarreia, e de repente vem um monte [várias pessoas] com os mesmos sintomas, pois a maioria mora no mesmo lugar. (Entrevistado 6)

Falando da população boliviana em geral, eles têm muito problema de pele e pediculose, pois, como eles vivem em aglomerados, isto acaba facilitando. (Entrevistado 14)

A maior frequência no uso dos serviços identificados pelos entrevistados nos diferentes níveis assistenciais é a de mulheres, em sua maioria gestantes, seguida por atendimentos infantis. No contexto da assistência à mulher, uma questão complexa aparece de forma muitas vezes velada: a violência doméstica. Essa situação particular explicita uma tensão existente entre as demandas apresentadas pelo segmento de imigrantes bolivianos, em particular na relação de gênero, e as necessidades observadas pelos serviços de saúde<sup>16,21</sup>:

[...] As mulheres [bolivianas] tão vindo muito no pré-natal e no papa [papanicolau]. As crianças [filhos de bolivianas] na puericultura também tão vindo bastante [...]. (Entrevistado 3)

Pediatria, procuram bastante, as mães [bolivianas] trazendo as crianças. Ou até mesmo mulheres [bolivianas] que vêm à procura do Pregnosticon [teste de gravidez] para verificar se estão gestantes ou não. (Entrevistado 8)

Sempre tem alguém [mulher boliviana] que sofreu abuso. Eu já vi algumas [pacientes] e a agressão parte do próprio marido ou do pessoal que mora na mesma casa. Isso de vez em quando tem. A gente acaba orientando o que fazer [...]. (Entrevistado 19)

### **Reconhecimento dos limites e estratégias de atuação do profissional de saúde ante as demandas/necessidades dos imigrantes bolivianos**

A utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes bolivianos traz para o interior dessas unidades e, particularmente, para o exercício das práticas profissionais e do processo de trabalho gerado por esse uso, uma complexidade marcadamente social e específica, muitas vezes estranha (por ser diferente) à realidade dos usuários brasileiros, mesmo que estes sejam de segmentos sociais vulneráveis. As demandas de saúde expressas no cotidiano do trabalho vão além do acometimento biológico. As necessidades de atuação profissional na assistência a essa população deparam, portanto, com uma 'complexidade de problemáticas médico-sociais' que impõe limites tanto no plano relação profissional-usuário quanto na relação serviço-usuário, provocando, nesse contexto, sofrimento psíquico entre os trabalhadores, pelo grau de frustração na sua efetiva ação<sup>22</sup>.

Para além dessa situação de precarização das condições de vida que esse fluxo migratório vai determinando, outra dimensão que traz dificuldades nas ações de saúde diz respeito ao idioma e à cultura. Além da barreira linguística, interpõem-se, também, a incompreensão de traços culturais e as diferentes concepções sobre saúde e sobre o adoecer, que afastam as partes envolvidas nos processos de comunicação, colocando em conflito contextos socioculturais bastante distintos<sup>23,24</sup>.

As falas dos entrevistados revelam bem essa problemática no atendimento da população boliviana. Mas, por outro lado, é nesse campo que se observa um processo rico de iniciativas e atitudes que

os profissionais desenvolvem no cotidiano das práticas quando procuram transpor o “mundo” de obstáculos com os quais eles se deparam.

A não adesão ao tratamento, na perspectiva desses entrevistados, ocorre pelas condições de vida dos imigrantes bolivianos e pela maneira como cuidam de sua saúde segundo suas próprias necessidades. Para esses profissionais, a situação migratória, as condições de trabalho e a ausência de rede sociofamiliar para apoio fragilizam a condução dos processos de cuidado em saúde, demandando diferentes estratégias dos serviços de saúde para resultados satisfatórios na assistência:

O motivo [não adesão ao seguimento ambulatorial] geralmente é por trabalharem nas oficinas de costuras, os patrões não deixam eles saírem. Eles trabalham feito escravos. Nós [serviço de saúde] procuramos facilitar para eles [bolivianos], vendo qual horário é mais flexível, o que tem no sábado, a gente agiliza para ajudá-los [...], pois o número de faltas [nas consultas de rotina] é muito grande. (Entrevistado 5)

Tem alguns [bolivianos] que eu não entendo absolutamente nada. Os que estão chegando agora [da Bolívia], então, é terrível! Eu acho que a maior dificuldade no trato com eles é o relativo ao idioma. (Entrevistado 6)

O que acontece é que vários bolivianos vêm de zonas rurais [Bolívia] e às vezes não falam bem inclusive o espanhol. Eles falam dialetos indígenas, mas dá para se comunicar. (Entrevistado 7)

Talvez a causa do absentismo [falta na consulta agendada] seja a dificuldade de nós [serviço de saúde] passarmos para ele [usuário boliviano] a situação, ou seja, o motivo do retorno, da importância do retorno, e principalmente quando nós vamos fazer um trabalho de prevenção. (Entrevistado 1)

Na verdade, o que limita [...] é não saber realmente onde ele [boliviano atendido] mora, porque muitas vezes eles não dão o endereço correto. (Entrevistado 9)

[...] Mas eu tenho minhas estratégias. Falo letra por letra, desenho, por exemplo [...] mostro um copinho, pergunto [ao paciente boliviano] se está entendendo. [...] Geralmente eles vêm acompanhados de alguém que está há mais tempo no Brasil. Muitas vezes o tradutor é o irmão mais velho. (Entrevistado 4)

Eu mesmo não falo espanhol e tento me comunicar fazendo mímica [...]. (Entrevistado 1)

São relatadas situações de muita dificuldade na condução dos casos que são atendidos no serviço terciário, especialmente quando são evidenciados sinais de prematuridade no nascimento que requerem a internação da parturiente. Porém, os depoentes dizem que as mulheres colocam obstáculos à sua permanência na unidade hospitalar e, em muitos casos, os maridos também não querem deixá-las por receio de que a situação de afastamento configure a perda do trabalho em que estão envolvidas. Nesses casos, há relatos de evasão do hospital e posterior retorno ao pronto-socorro já em condições de saúde bastante precárias, com o parto ocorrendo no transporte para o hospital, resultando, muitas vezes, na morte do recém-nascido e em consequências à saúde das mães:

[...] Elas [bolivianas] faltam muito. Elas têm esse problema de adesão ao tratamento e assim que elas vêm é preciso laçá-las de alguma forma. Vamos tomar, por exemplo, o caso de uma gestante em trabalho de parto prematuro. É muito difícil interná-la porque o marido não quer. Tem medo do trabalho. Medo que ela seja mandada embora. [...] Elas [bolivianas] são muito caladas. Nós percebemos que existe uma espécie de intimidação [dos maridos] nesse momento. Só para citar um exemplo, nós tivemos uma paciente em trabalho de parto, com apresentação pélvica, primeira gravidez, que necessitava de uma cesárea e foi difícil a intervenção, pois ela

tinha medo de ficar por causa do trabalho, por questões trabalhistas. Ela [paciente boliviana] se negou a internar e foi embora. Ela se evadiu do hospital, voltando uma semana depois com o bebê morto e pendurado. Por quê? Ele começou a nascer e como era parto pélvico, um pouco mais complicado, acabou perdendo o bebê. (Entrevistado 15)

Os limites, portanto, estariam postos por uma incapacidade de modificar algo que antecede a entrada no serviço, ou seja, as condições sociais e as iniquidades que incidem sobre esse grupo populacional.

### Conhecimento sobre a doença de Chagas, particularmente na população boliviana

Diante da complexidade dessa realidade social da migração boliviana e de sua inserção precária no nosso meio, particularmente em São Paulo e, também, ante os limites na atuação do profissional de saúde no atendimento a essa população, a problemática da doença de Chagas tende a não emergir como uma preocupação na assistência à saúde, não sendo identificados os casos e deixando-se de estabelecer terapêuticas oportunas e necessárias para evitar e/ou controlar o agravamento da doença<sup>14</sup>.

A não prontidão nas práticas de saúde em nosso meio em relação à doença de Chagas é uma questão preocupante, que extrapola o fluxo migratório boliviano aqui estudado. Talvez pela condição da interrupção na transmissão vetorial, essa abordagem tanto na formação profissional<sup>7</sup> quanto nas diretrizes que orientam os processos de trabalho dos serviços de saúde não é enfatizada. Configura-se aí um grande problema para o sistema de saúde, pois deixa-se de assistir muitos indivíduos chagásicos assintomáticos, acarretando, em muitos casos, impactos na assistência à saúde, situação que se agrava quando nos deparamos com o atendimento de bolivianos, oriundos de locais onde a transmissão da doença de Chagas não está interrompida, atingindo boa parte da população<sup>25-27</sup>.

Essas questões sobre o estado atual do conhecimento da doença de Chagas foram constatadas nas entrevistas com os profissionais de saúde, que demonstraram um entendimento muito genérico sobre a doença e muito pouco esclarecimento sobre a realidade desse agravo na população boliviana.

Os entrevistados desconhecem a existência de um protocolo para doença de Chagas. Todavia, aparece uma referência de uma iniciativa em um dos serviços no rastreamento para doença de Chagas em gestantes bolivianas, que corrobora a necessidades de capacitação técnica e protocolos assistenciais:

Em relação ao diagnóstico [doença de Chagas], é mais uma questão de rastreamento mesmo. É preciso ver que existe um problema epidemiológico, que existe uma população migratória. É se fazer a triagem, como se fazia nos anos oitenta, para as pessoas que vinham de estados [brasileiros] que se sabia que tinha a transmissão. (Entrevistado 7)

Não [sobre a doença de Chagas na população boliviana]. Estou sabendo agora [com a pesquisa], porque durante estes seis anos que estou aqui [trabalhando no serviço], só tem um boliviano que eu já tive várias oportunidades de atender e eu sei que ele tem um problema cardíaco, mas não que seja Chagas. (Entrevistado 11)

É de praxe, a gente pede sim [sorologia para Chagas em gestantes bolivianas]. Esta é uma disposição nossa [do serviço] de instituir esse exame. Não faz parte do protocolo da Prefeitura [Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo]. Quando o paciente é boliviano, nós fazemos as perguntas de praxe, tais como se morava no campo, tipo de moradia, etc. Sempre pergunto se ele já fez exame alguma vez e se gostaria de estar fazendo. (Entrevistado 2)

Sim, facilitaria muito [ter um protocolo específico para doença de Chagas], e até se possível uma capacitação [sobre investigação e tratamento de doença de Chagas] que seja curta para quem trabalha na área da atenção básica, porque é como eu te falei, se pegar um caso vou ter que pedir socorro, pois nem na faculdade a gente não tem muito isso. (Entrevistado 3)

Eu não sei [sobre protocolo de doença de Chagas]. Qual seria a relação da doença de Chagas, eu precisaria conhecer a doença para te falar o que influenciaria numa gestação, a transmissão para esse recém-nascido, o tratamento imediato ou não [...] a gente tem um número elevado de mulheres bolivianas que internam aqui [serviço de maternidade] [...]. (Entrevistado 17)

## Considerações finais

As precárias condições de vida da população boliviana que utiliza os serviços de saúde caracterizam processos relevantes de iniquidades em saúde. A inserção no processo de trabalho funciona como um determinante de agravos à saúde e gera limitações para o cuidado.

A situação da mulher boliviana é destacada como extremamente vulnerável. Relação de gênero, inserção no trabalho e maternidade são dimensões que se apresentam no cotidiano dos serviços com grandes tensões, dificuldades e sensação de impotência dos profissionais de saúde diante de determinadas demandas e necessidades.

Obstáculos linguísticos e culturais são aspectos limitantes na assistência à população boliviana. Essa questão pode, por exemplo, causar problema na compreensão sobre o uso contínuo de medicação, que, no caso de enfermidades crônicas como a doença de Chagas, é elemento de não eficácia do tratamento.

O desconhecimento sobre o quadro clínico e epidemiológico da doença de Chagas entre os profissionais entrevistados é preocupante para a assistência integral da população, particularmente no cenário atual dos fluxos migratórios. Nesse sentido, urge uma ação conjunta dos gestores do SUS, das instituições formadoras de recursos humanos e da sociedade organizada para a formulação de estratégias que orientem a assistência integral à população, incorporando as especificidades dos grupos migratórios.

### Colaboradores

Nivaldo Carneiro Junior e Cássio Silveira participaram ativamente da elaboração, da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação final do texto. Lia Maria Brito da Silva e Maria Aparecida Shikanai Yasuda participaram da discussão dos resultados e revisão do texto.

### Agradecimentos

Este trabalho é parte da pesquisa desenvolvida pelo “Grupo de Pesquisa Doença de Chagas e Imigração” (autoria coletiva). Os pesquisadores a seguir relacionados contribuíram durante a discussão dos resultados em alguns aspectos gerais, qualificando a elaboração do texto pelos autores principais: Camila Satolo, Célia Furuchó, Dalva Marli Valério Wanderley, Expedito Luna, Fernando Aith, Luzia Martinelli, Noêmia Barbosa Carvalho, Rubens Antônio Silva, Ruth Moreira Leite e Sônia Regina de Almeida.



## Referências

1. Goldberg A, Martin D, Silveira C. Por um campo específico sobre processos migratórios e de saúde na saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):229-32.
2. Rocha-Trindade MB. *Sociologia das migrações*. Lisboa: Universidade Aberta; 1995.
3. Sassen S. *Sociologia da globalização*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2010.
4. Rizek C, Georges I, Freire C. Trabalho e imigração: uma comparação Brasil/Argentina. *Lua Nova*. 2010; 79(6):111-43.
5. Goldberg A, Sow P. Las migraciones de africanos hacia Brasil y Argentina: nuevas dinámicas y espacios territoriales en transformación. In: Pineau M, editor. *Huellas y legados de la esclavitud en las Américas*. Sáenz Peña: Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero; 2012. p. 149-64 (Proyecto Unesco La Ruta del Esclavo).
6. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc*. 2013; 22(2):283-97.
7. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 Sup 1:13-22.
8. World Health Organization. Chagas disease (American Trypanosomiasis) [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 09 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>.
9. Guillen G, Diaz R, Jemio A, Cassab A, Pinto TC, Schofield CJ. Chagas disease vector control in Tupiza, Southern Bolívia. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1997; 92:1-8.
10. Organización Panamericana de la Salud. Relatório da reunion de la comision intergubernamental de la iniciativa subregional Cono Sur de eliminación de *triatoma infestans* y la interrupción de la transmisión transfusional de la tripanosomiasis americana; 27-29 Jul 2011; Cochabamba, Bolivia. Montevideo: OPAS; 2011. 69p.
11. Alabajar-Viñas P, Janin J. The hidden Chagas disease burden in Europe. [editorials], *Euro Surveill*. 2011; 16(38):pii:19975.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas. Brasília: OMS; 2012.
13. Silva RA, Barbosa GL, Rodrigues VLCC. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas no estado de São Paulo no período de 2010 a 2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2014; 23(2):259-67.
14. Silveira AC. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011; 44 Supl 2:122-4.
15. Barata RB, Ribeiro MCSA, Cassanti AC, Silveira C. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cad Saude Publica*. 2011; 27 Supl 2:164-75.
16. Silveira C, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, Barata RB. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(10):2017-27.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
18. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(3):469-78.
- 19 Sassen S. *As cidades na economia mundial*. São Paulo: Studio Nobel Editora; 1998.

20. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. *Cuad Antrop Soc.* 2014; 39:91-114.
21. Carneiro Junior N, Oliveira RLS, Jesus CH, Luppi CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *Bol Inst Saude.* 2011; 13(2):177-81.
22. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saude Soc.* 2012; 21(4):884-94.
23. Fuertes C, Martin Laso MA. El inmigrante em la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar.* 2006; 29 Supl 1:9-25.
24. Maurício IL. Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos cuidados de saúde primários? *Rev Port Clin Geral.* 2009; 25:56-64.
25. Gontijo ED, Rocha MOC, Oliveira UT. Perfil clínico-epidemiológico de chagásicos atendidos em ambulatório de referência e proposição de modelo de atenção ao chagásico na perspectiva do SUS. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1996; 29(2):101-8.
26. Colosio RC, Falavigna-Guilerme AL, Gomes ML, Marques DSO, Lala ERP, Araújo SM. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre os profissionais de saúde – Paraná, Brasil. *Cienc Cuid Saude.* 2007; 6 Supl 2:355-63.
27. Dias JCP, Prata A, Correia D. Problems and perspectives for Chagas disease control: in search of a realistic analysis. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(2):193-6.

Carneiro Junior N, Silveira C, Silva LMB, Shikanai-Yasuda MA. La migración boliviana y la enfermedad de Chagas: límites en la actuación del Sistema de Salud Brasileño (SUS). *Interface (Botucatu).* 2018; 22(64):87-96.

Las migraciones traen consigo cambios en los perfiles epidemiológicos, impactando los sistemas de salud de los países receptores. Brasil atrae a inmigrantes que se insieren de forma precaria en las metrópolis. En Bolivia, la enfermedad de Chagas es endémica, hecho relevante para el SUS. El texto analiza la actuación y los límites de los profesionales de salud en la atención a los bolivianos en el SUS, enfocando la enfermedad de Chagas, por medio de entrevistas realizadas en los servicios primario, secundario y terciario en la región central de la ciudad de São Paulo, principal destino de los inmigrantes bolivianos. Las precarias condiciones de vida de los bolivianos caracterizan iniquidades en salud. El idioma y la cultura limitan la comprensión sobre el cuidado. Se constata el desconocimiento de la clínica y de la epidemiología de la enfermedad de Chagas entre los profesionales que atienden a esos inmigrantes. Es necesaria la revisión de estrategias asistenciales y de control de la enfermedad de Chagas.

*Palabras clave:* Migración. Bolivianos. Enfermedad de Chagas. Asistencia a la salud. Profesionales de salud.

Submetido em 17/05/16. Aprovado em 06/02/17.