

Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família

Multiculturality and morbidity related by bolivian immigrants in the Family Health Strategy

Multiculturalismo y morbosidad relatada por inmigrantes bolivianos en la Estrategia de Salud de la Familia

*Rosiane Aparecida de Melo**
*Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas***

RESUMO: Algumas regiões do município de São Paulo apresentam grandes aglomerados de imigrantes latino-americanos que trabalham e vivem em condições precárias. O objetivo desta pesquisa foi identificar a morbidade referida mais frequente pelos próprios imigrantes bolivianos que frequentam uma USF do município de São Paulo. O presente trabalho teve como metodologia a pesquisa exploratória de campo, descritiva. Foram realizadas entrevistas de forma aleatória com uma amostra de 25 imigrantes de nacionalidade boliviana, costureiros, usuários de uma USF da prefeitura, moradores do bairro Brás, região central do município de São Paulo. Os resultados mostraram que entre esses imigrantes, existe um alto índice de casos de tuberculose, além de problemas dermatológicos e respiratórios. Dentre as informações necessárias no planejamento das ações de saúde, com populações particulares como a desses imigrantes, destaca-se a morbidade referida, que pode dar viés imprescindível e um importante indicador do nível de saúde da população e das condições socioeconômicas. Este estudo revelou que o imigrante tem medo de se expor, mantendo-se refratário às "especulações". Em toda assistência, é importante considerar a diversidade das pessoas, respeitar os hábitos, os costumes e a cultura de um povo. Para tanto, é necessário que a assistência seja adaptada à realidade dos usuários, para que seja garantida a implementação de qualquer ação em saúde. A busca por justiça social também deve fazer parte da vida de todo profissional de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Imigração. Enfermagem em Saúde Pública. Morbidade referida.

ABSTRACT: Some regions of São Paulo city have a great many Latin American immigrants who work and live in precarious conditions. This research aimed to identify the more frequently reported morbidity by Bolivian immigrants who are users of a USF (Family Health Unit) of São Paulo city. The methodology of this field work is exploratory and descriptive. We did random interviews with a sample of 25 Bolivian immigrants, sewers; they are users of a USF living in the Brás quarter, downtown São Paulo. Results showed the existence of a high rate of tuberculosis cases among them, in addition to dermatological and respiratory problems. Amongst the necessary information in the planning of actions for health directed to particular populations such as of these immigrants, we emphasize morbidity, which may give essential information, being an important health condition indicator for the population and their socio-economic conditions. This study disclosed that immigrants fear being exposed, and avoid making "speculations". Every assistance action must consider the diversity of people being assisted, respecting their habits, customs and culture. It requires that assistance be adapted to user's reality so as the implementation of any action in health be guaranteed. The search for social justice must also be part of the life of all health professionals.

KEYWORDS: Immigration. Nursing in Public Health. Reported morbidity.

RESUMEN: Algunas regiones de la ciudad de São Paulo tienen un grande número de inmigrantes latinoamericanos que trabajan y viven en condiciones precarias. Esta investigación intentó identificar la morbosidad más frecuentemente relatada por inmigrantes bolivianos que son usuarios de una USF (unidad de salud de la familia) de la ciudad de São Paulo. La metodología de este trabajo de campo es exploratoria y descriptiva. Hicimos entrevistas aleatorias con una muestra de 25 inmigrantes bolivianos, alcantarillas; son usuarios de un USF que viven en el barrio de Brás, centro de São Paulo. Los resultados demostraron la existencia de una alta tasa de casos de tuberculosis entre ellos, además de problemas dermatológicos y respiratorios. Entre la información necesaria al planeamiento de acciones para la salud dirigida a poblaciones particulares por ejemplo estos inmigrantes, acentuamos la morbosidad, que puede dar informaciones esenciales, siendo un indicador importante de la condición de salud de la población y de sus condiciones socioeconómicas. Este estudio verificó que los inmigrantes temen ser perjudicados, y así evitan hacer "especulaciones". Toda acción de asistencia debe considerar la diversidad de la gente que es asistida, respetando sus hábitos, costumbres y cultura. Requiere que la asistencia esté adaptada a la realidad del usuario para la puesta en práctica de toda acción en salud esté garantizada. La búsqueda de la justicia social debe también ser parte de la vida de todos los profesionales de salud.

PALABRAS LLAVE: Inmigración. Cuidado en Salud Pública. Morbosidad divulgada.

* Enfermeira. Graduação e Especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo, São Paulo. Especializanda em Docência em Enfermagem pela Faculdade de Educação São Luis. Docente do CEJAM – Centro Educacional Dr. João Amorim. E-mail: saopaulo@scala-mss.net

** Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família do Centro Universitário São Camilo. E-mail: lucia@saocamilo-sp.br

Introdução

Nos dias atuais, no mundo inteiro, movimentam-se milhões de pessoas provenientes geralmente dos países mais pobres, que se dirigem aos países mais ricos, simplesmente em busca de trabalho e melhores condições de vida. O número dos migrantes no mundo é estimado em mais de 200 milhões. Seu número cresceu rapidamente nos últimos trinta anos: de 82 milhões em 1970, atingiu a casa de 175 milhões em 2000, e de quase 200 milhões em 2005¹.

O fenômeno migratório constitui hoje uma realidade cada vez mais complexa e dramática, consequência de sistemas sócio-político-econômicos injustos, de guerras, conflitos, perseguições, explorações, violência ou violações dos direitos humanos².

No Brasil vivem cerca de um milhão de imigrantes, segundo os dados do Ministério da Justiça (2006), 55% no Estado de São Paulo. Na cidade de São Paulo, vivem muitos latino-americanos e as nacionalidades mais representadas são: bolivianos, peruanos, paraguaios, chilenos, argentinos e minorias de todos os países sul-americanos, com uma expressiva presença de imigrantes com a situação jurídica irregular: ilegais ou clandestinos³.

Em 2009, os imigrantes tiveram a oportunidade para regularizar sua estada legal no país por meio da “anistia”, a Lei n. 11.961 de 02.06.2009, regulamentada pela Lei n. 6.893 de 02.07.2009³, que concedia o documento provisório de dois anos, aos imigrantes em situação irregular que ingressaram no país antes do 1º de fevereiro de

2009^b. O prazo para requerer residência provisória por dois anos terminou no dia 30 de dezembro de 2009. As “anistias” concedidas pelo governo aconteceram em 1981, 1988 e 1998.

Ao estrangeiro beneficiado por essa Lei são assegurados os direitos e deveres previstos na Constituição Federal, excetuando-se aqueles reservados exclusivamente aos brasileiros. No prazo de 90 dias anteriores ao término da validade do documento provisório, o estrangeiro poderá requerer sua transformação em permanente, devendo comprovar o exercício de profissão ou emprego lícito ou a propriedade de bens suficientes à manutenção própria e da sua família³.

Algumas regiões do Município de São Paulo apresentam grandes aglomerados de imigrantes latino-americanos, especialmente bolivianos, que trabalham em condições precárias. A maioria deles trabalha em “oficinas de costura” fechadas, onde há pouca circulação de ar⁴.

Na região do Brás, conhecida como abastecedora do mercado da moda, observa-se uma grande produção diária de lixo, resultante principalmente das confecções têxteis e de costura, além dos resíduos de papel e plástico; o que pode trazer o aumento de doenças para a população que reside na região. Por outro lado, as indústrias têxteis geram mais de cem mil empregos diretos. Os imigrantes chegam, principalmente, para o mercado informal da confecção têxtil e de costura aceitando trabalhar em condições muito precárias. Sobre tudo os imigrantes bolivianos, que na maioria das vezes são ilegais, de modo sucessivo mudam de moradia e/ou de trabalho⁵.

Caminhando por bairros como Brás e Bom Retiro, em São Paulo, algumas características saltam aos olhos: lojas de tecidos, de máquinas de costura, de roupas a todos os preços, além dos mais variados rostos e sotaques⁶.

Apesar de muitos brasileiros aceitarem as condições de trabalho e remuneração oferecidas pelas oficinas de costura, os bolivianos estão em posição de vantagem, pois são os mais adequados para cumprir a função de mão-de-obra irregular: possuem as qualificações mais baixas e a disciplina alta para o trabalho e não representam ameaça de processos trabalhistas. Atualmente existe uma tentativa de mudar isso, aqui em São Paulo – pois muitos não possuem permissão de trabalho ou sequer conhecimentos básicos sobre direitos trabalhistas. Tampouco devemos ignorar o efeito das redes de conhecimento e parentesco para explicar o surgimento desse nicho boliviano de trabalho em São Paulo⁷.

Os imigrantes enfrentam, então, situações como: postos e processos de trabalho obsoletos e/ou inadequados, riscos e cargas de trabalho, dilemas como trabalho prescrito x trabalho real, dupla jornada, dificuldades para conseguir e/ou manter o emprego; baixos salários, falta de moradia, dificuldades no relacionamento interpessoal (nas diversas esferas sociais), má qualidade da alimentação, dificuldades no acesso à rede pública de saúde, problemas com a educação dos filhos e a manutenção da família, entre outras causas, podendo causar diversas morbidades.

O imigrante quando deixa seu país de origem, seus familiares e amigos, vive um forte desenraizamento, como uma planta quando

a. Ilegal é o estrangeiro que, tendo entrado legalmente no país, nele permaneceu deixando vencer o “visto de entrada”. Clandestino é o estrangeiro que tem entrado nos países sem a autorização dos órgãos competentes, passando despercebido pela fiscalização de fronteira^a.

b. Os bolivianos encabeçam a lista dos maiores beneficiados pela medida, com 17 mil inscritos, a maior parte - em torno de 16,3 mil - só no Estado de São Paulo. Na sequência dos pedidos de regularização estão os chineses (5,5 mil), Peruanos (4,6 mil), paraguaios (4,1 mil) e coreanos (1,1 mil). E uma surpresa: aproximadamente 2,4 mil europeus procuraram a PF.

tirada de sua terra. No novo ambiente, ele encontra dificuldades de inserção, por causa da nova língua, costumes, modo diferente de viver e de se relacionar, preconceitos e leis restritivas, além da saudade, sempre presente no imigrante. Especialmente os que vivem em situação irregular, sofrem o medo de ser encontrados sem documento e, conseqüentemente, serem deportados, por isso, vivem numa situação de insegurança e angústia, que pode incidir na saúde desse grupo populacional⁸.

O processo migratório torna, então, mais difícil a integração no novo ambiente, constituindo um agravo relacionado à saúde, uma vez que o desequilíbrio social leva à desorganização no processo saúde-doença⁹.

Muitas vezes, os imigrantes ficam alheios à condição física pessoal até surgir prejuízos importantes no desempenho do trabalho. Levando-se em conta o fato de serem em maioria trabalhadores braçais, como no caso nas oficinas de costura, acontecendo uma doença deixarão de trabalhar sem encontrar meios substitutos de renda. Nesse caso, eles percebem a importância de procurar um serviço de saúde¹⁰.

Em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde e a Pastoral do Imigrante, preocupadas com o aumento dos casos de tuberculose, principalmente entre os bolivianos, decidiram promover algumas medidas: nos serviços de saúde das regiões com maior presença de imigrantes, não seria solicitada a esses a apresentação de documentos; seria produzido material informativo em espanhol sobre a tuberculose.

Foram promovidas também medidas para aproximar os imigrantes bolivianos das unidades de saúde, principalmente através de visitas domiciliares das equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF), contratação de profissionais boli-

vianos, curso de língua e cultura para os profissionais dos serviços de saúde. Aos poucos, os bolivianos começaram a frequentar mais as Unidades de Saúde (US). Se antes o problema era favorecer o acesso, com a entrada dos estrangeiros no cotidiano dos serviços de saúde, outras questões começaram a surgir¹⁰.

Uma das questões que surgiram nesse serviço de saúde foi a do preconceito com o diferente, a diversidade de costume, hábitos e língua, que aos poucos a equipe da saúde percebe, reconhece e trabalha para diminuir esse distanciamento sociocultural entre profissionais de saúde e imigrantes.

Nos contatos com os profissionais de saúde, constatam-se estratégias por esses realizados para conhecer mais a cultura dos imigrantes bolivianos, com vistas ao encontro dessa população em seus problemas de saúde e de inserção no meio¹¹.

Não tendo possibilidade de acesso gratuito aos serviços de saúde na sua terra, os bolivianos que vivem no Brasil têm também dificuldade em se adaptar às "rotinas" de um serviço de saúde pública, não acompanhando muitas vezes as indicações para a continuidade do tratamento.

No entanto, constata-se, que a Unidade Saúde da Família (USF), muitas vezes, para alguns bolivianos, é o único espaço de convivência com brasileiros ou outras nacionalidades, espaço de descoberta de algo sobre a própria humanidade; de um horizonte mais amplo para quem vive a maioria de seu tempo fechado no restrito espaço das oficinas de costura.

Objetivos

Identificar a morbidade referida em imigrantes bolivianos que frequentam uma USF/ESF do Município de São Paulo.

Metodologia

A pesquisa foi de campo, através de abordagem quantitativa, com usuários de uma USF do Município de São Paulo. Realizada de forma aleatória, a casuística foi de 25 estrangeiros de nacionalidade boliviana.

A realização do estudo obedeceu às premissas da Resolução 196/96, e foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo.

Os resultados quantitativos encontrados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, utilizando referencial teórico epidemiológico e embasamento científico.

Resultados e discussão

O fato de constatar que 100% dos entrevistados são de nacionalidade boliviana indica a presença expressiva desses imigrantes no bairro do Brás, como também em outros bairros da cidade de São Paulo.

Observou-se que todos os entrevistados, mulheres e homens, exercem o trabalho de costureiros. De fato, no bairro do Brás estão presentes inúmeras fábricas têxteis, chamadas "oficinas de costuras"; de pequeno porte, na grande maioria compostas pelos membros de uma mesma família. "A região do Brás é o centro comercial de roupas e tecidos, e é para esta região que se dirigem comerciantes do todo o Brasil"⁵.

O perfil característico dos imigrantes bolivianos em São Paulo, que foi sendo construído mostra que eles são, em sua maioria, jovens, de ambos os sexos, solteiros, de escolaridade média, e vieram atraídos principalmente pelas promessas de bons salários, feitas pelos empregadores coreanos, bolivianos ou brasileiros da indústria de con-

fecção, ou pelos agenciadores de imigrantes no local de partida. O que é comum para a maioria dos imigrantes, de todas as diferentes nacionalidades, é a decisão de imigrar ancorada em idéias positivas que são construídas sobre o lugar de destino, as quais são veiculadas, em geral, pela imprensa⁷.

Durante a entrevista, porém, vários sujeitos revelaram, informalmente, ter outras profissões, as quais exerciam em sua pátria, como: motorista, estilista, cabeleireiro. “Isto revela que o imigrante ao chegar ao novo país é obrigado a aceitar qualquer tipo de trabalho para poder sobreviver”⁷⁴.

A desocupação ou desemprego entre os bolivianos é extremamente baixa. Tampouco se trata de comunidade de refugiados ou *desplazados* por motivos políticos ou religiosos; os motivos da imigração boliviana para São Paulo são eminentemente econômicos. A inscrição territorial dos bolivianos em São Paulo parece desafiar também o padrão de distribuição territorial dos imigrantes na história da própria cidade. Territórios étnicos como o Bom Retiro dos judeus e, posteriormente, dos coreanos, a Liberdade dos japoneses assemelham-se razoavelmente aos entraves étnicos canadenses, guardadas as grandes diferenças entre as duas sociedades: foram ocupados por grupos específicos que passaram por grande ascensão social e que marcaram permanentemente seus espaços com a forte presença no espaço público, além de equipamentos de comércio e serviços. Tais elementos são fracamente presentes no que diz respeito à comunidade boliviana¹².

Presenciou-se, nas visitas domiciliares com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF, que os imigrantes bolivianos residem nos estabelecimentos de trabalho, em situações precárias, em locais sem ventilação, respirando o pó dos

tecidos amontoados que ocupam todo o ambiente já restrito, e trabalham em um ritmo incessante de até 16 - 18 horas por dia. Enquanto as mães costuram, as crianças dormem ou brincam no meio dos retalhos, ficando mais vulneráveis aos problemas respiratórios. De fato, no decorrer da pesquisa, constatou-se que muitas mães levam as crianças à USF devido a esses problemas. As condições de trabalho nas oficinas de costura, como já amplamente divulgado pela mídia e por estudos, demandam sérios riscos à saúde¹³.

Quanto ao gênero, as entrevistas mostram que são as mulheres (60%) que mais frequentam a USF, não somente pelos próprios problemas de saúde, mas também de seus filhos. Muitas delas levam as crianças até três vezes ao dia na USF para fazer uso de inalação.

A respeito da faixa etária, os resultados das entrevistas revelaram a presença majoritária de jovens: 76% dos entrevistados têm de 20 a 30 anos. Esses dados confirmam, que a imigração boliviana em São Paulo é composta pela maioria de jovens, em geral, marcada por sonhos e projetos para o futuro¹⁴.

Lopes (2000, p. 143) afirma que “a migração, mesmo a de jovens solteiros, em geral, não acarreta a dissolução completa dos laços com o grupo original. O migrante passa a ser um ponto de contato entre a sociedade na qual se estabelece e a comunidade de origem”¹⁵.

A escolaridade, apresentada pelos participantes do estudo, mostrou que 70% deles concluíram o colegial na Bolívia, entre eles 10% iniciaram algum curso de graduação, enquanto 30% não conseguiram concluir o ensino médio. Nota-se um bom grau de instrução nesses jovens.

Vários dos participantes desse trabalho manifestaram durante a entrevista grande desejo de poder continuar os estudos. Revelan-

do assim, que para os imigrantes, principalmente os mais jovens, o trabalho da costura é visto como algo transitório. Poder estudar é poder mudar de profissão num futuro não tão distante, ou simplesmente voltar a exercer a atividade que realizavam na Bolívia, antes de emigrar. Para isso, eles terão que estar regularizados no país. Contudo, para esses jovens, o grande desafio é conciliar as exigências do trabalho na oficina de costura com os horários de estudo⁷.

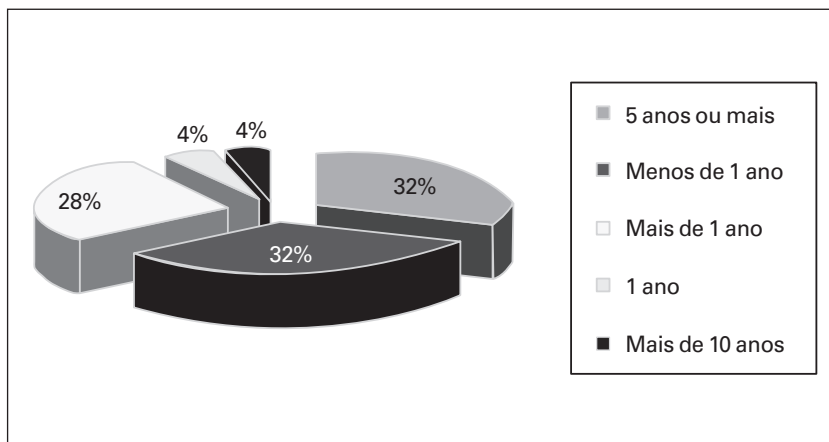
Com relação ao estado civil, 80% declararam ser casados. Informalmente, porém, alguns dos entrevistados vestaram que se uniram no Brasil com o objetivo de ter um filho, o que dá direito à legalização no país mediante um processo de permanência junto à Polícia Federal⁸.

Quanto ao tempo de chegada desses imigrantes bolivianos no Brasil, os dados revelam que se trata de uma imigração muito recente, o que acarreta toda a dificuldade da inserção no novo país. De fato, 36% estão no Brasil há menos de um ano, 28% há mais de um ano e 32% há mais de 5 anos. Por fim, somente 4% residem no Brasil há mais de 10 anos. Especialmente, os que vivem em situação irregular, sofrem o medo de serem encontrados sem documento e, conseqüentemente, serem deportados. Por isso, vivem numa situação de insegurança, angústia e precariedade, o que pode incidir no processo saúde-doença, conforme demonstrado na Figura 1.

Caracterização da Morbidade da População Estudada

Foi necessário conhecer os ambientes e as condições de vida e saúde dessa população de imigrantes bolivianos, através de visitas domiciliares junto aos ACS, do USF.

Figura 1. Tempo que os participantes do estudo moram no Brasil



De fato, não é possível interpretar as situações-problema e trabalhar com uma população sem conhecer seus determinantes de saúde. Por isso, atualmente, fala-se muito da importância do trabalho intersetorial, dentro do USF, uma vez que, quando bem articulado, permite a identificação dos problemas e sua resolução¹⁶.

Existe um envolvimento maior da equipe junto à comunidade, quando vivencia o ambiente, tornando-se participativa, passando a ser atuante dentro desse espaço, permitindo o reconhecimento da saúde como direito da cidadania e expressão de qualidade de vida¹⁴.

A unidade produtora dos serviços de saúde não é formada por profissionais isolados, mas uma equipe, assim como o foco central de atenção não é um indivíduo e sim a família¹⁷. Por isso, é fundamental que os profissionais conheçam sua área de abrangência e colham dados referentes às populações para subsidiar as ações de saúde que se fizerem necessárias¹⁶. Considera-se, dentre as informações essenciais, o conhecimento da morbidade da população.

Segundo Pereira (2000), “morbidade designa um conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma

de agravos que atingem um grupo de indivíduos”¹⁸.

Conforme a Tabela 1, em relação à morbidade referida, 36% declarou ter tuberculose (TB) e estar fazendo o Tratamento Supervisionado na USF.

Uma morbidade que pode acometer esses grupos populacionais é de fato a TB, pois a forma como eles residem, a má alimentação, as condições de trabalho e a falta de acesso aos serviços de saúde, muitas vezes, por medo da ilegalidade no país, contribuem para a incidência e prevalência desse agravo. A propagação da TB está intimamente ligada às condições de vida da população, tanto sócio-econômicas como sanitárias, constituindo a TB um problema de saúde pública¹⁹.

A TB é uma doença infecto-contagiosa com evolução crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK), sendo sua

transmissão pelas vias aéreas superiores²⁰.

Em função da transmissão pela tosse, a forma clínica pulmonar é a mais importante do ponto de vista epidemiológico, porém, qualquer órgão pode ser acometido. Uma vez estabelecida a infecção, a TB pode se desenvolver dentro de meses, ou pode aparecer anos ou mesmo décadas depois²¹.

O contágio se dá através da respiração (inalação). Quando o portador da doença fala, espirra ou tosse, ele espalha no ar minúsculas gotas com o bacilo da TB. Essas gotículas podem ser inaladas diretamente ou através da poeira, chegando aos pulmões de outras pessoas. Isso não quer dizer que todas as pessoas que estão contagiadas vão adoecer, pois isso depende da resistência da pessoa e do número de bacilos que entraram no organismo²².

A TB é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que obedecidos os princípios da moderna quimioterapia. A associação medicamentosa adequada, a dose correta, o uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos são os meios para evitar persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando, assim, a cura do paciente²².

Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), 6 mil pacientes vão a óbito anualmente, no Brasil, com o diagnóstico de TB; são notificados cerca de 100 mil casos, sendo que desses, 85 mil casos são novos. Os

Tabela 1. Morbidade referida pelos usuários participantes do estudo

Morbidade referida	n.	%
Tuberculose	9	36
Problemas dermatológicos	8	32
Problemas respiratórios	3	12
Não quiseram responder	5	20
TOTAL	25	100

fatores que mais contribuem para a manutenção e agravamento do problema são a pobreza e a aids nos grandes centros, bem como o aumento da ocorrência da resistência medicamentosa e da multidrogaresistência (MDR) devido ao abandono do tratamento, uma vez que o paciente observa uma grande melhora no início do tratamento e pensa estar curado.

No Brasil, há esquema padronizado para o re-tratamento de casos com falência do primeiro tratamento, pois até 2004 se recomendava aplicar rifampicina, isoniazida e pirazinamida, independentemente da realização de teste de sensibilidade aos fármacos¹⁹.

Considera-se multirresistente, para fins de notificação e tratamento, aquele caso que apresente resistência *in vitro* à rifampicina e à isoniazida, e a mais um terceiro fármaco dos esquemas padronizados. O conceito de caso de TBMR no Brasil é o seguinte:

Confirmado – caso de TB com diagnóstico confirmado por cultura e identificação de *Mycobacterium tuberculosis*, e teste de sensibilidade, com resistência a (rifampicina + isoniazida) e mais um fármaco;

Provável – falência ao esquema de re-tratamento (esquema III) com sensibilidade a rifampicina ou isoniazida¹⁹.

Os principais elementos de políticas públicas da TB, no Brasil e no mundo foram: diagnosticar, tratar precocemente os doentes e prevenir a tuberculose primária com vacinação de BCG; enfocar o problema nas populações mais vulneráveis, nos municípios com alta endemicidade e nos grupos de populações com maior potencial social e risco biológico de adoecer³⁸.

As principais diretrizes sustentam a idéia de que grande parte dos casos de TB podem ser encaminhados e tratados em ambulatórios, a cargo das USFs, com profissionais

generalistas, em unidades de baixa complexidade, incluindo Equipes de Saúde da Família. Para os casos de TB de média complexidade, o paciente deve procurar suportes hospitalares de tratamento sofisticado e acompanhamento de especialistas para ampliar a capacidade de atendimento²³.

No Brasil, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) a implantação dessa política de saúde, mais especificamente ao Programa Nacional de Controle à Tuberculose (PNCT), cuja atual estratégia adotada é o Plano Nacional de Controle da TB²².

Retomando os dados do presente estudo, a porcentagem dos doentes com tuberculose parece ser ainda mais elevada que o resultado obtido, de 36%. De fato, falando informalmente com o enfermeiro responsável pelas doenças de notificação compulsória da USF/ESF, ele considerava que o 20% dos entrevistados não quiseram responder ao formulário porque se encontravam na Unidade de Saúde, tinha suspeita ou já estavam em tratamento, uma vez que estavam na fila de espera para entrar na sala específica de Tratamento Supervisionado.

Esse índice elevado de casos de tuberculose é assustador, considerando que essa doença é de transmissão por vias aéreas e que esses imigrantes costureiros estão o tempo todo, dia e noite, no mesmo ambiente. Pode-se dizer, pela situação encontrada, que os problemas de saúde apresentados pelos entrevistados são consequências das péssimas condições de moradia, trabalho, alimentação e higiene¹¹.

Dos participantes do estudo, além de apresentarem o problema da TB, 32% declararam também terem problemas dermatológicos, especialmente a dermatite de contato. Esses imigrantes, incluindo as crianças que normalmente não frequentam escolas ou creches, estão

em contato com o pó fino dos tecidos aspirado durante as 24 horas do dia; o lugar, geralmente, é úmido e pouco ventilado; a alimentação é pobre em proteínas e a higiene local, precária. Os trabalhadores dormem ao lado das máquinas, que são usadas para seu trabalho, com divisórias de compensado e com a fiação exposta, com corrente elétrica passando acima de suas cabeças¹⁰.

Dos entrevistados, 12% declarou frequentar a unidade de saúde até 3 vezes ao dia para fazer inalação devido aos problemas respiratórios. A pesquisadora presenciou nas visitas domiciliares, com ACSs da USF, que enquanto as mães costuravam, as crianças dormiam ou brincavam no meio dos retalhos dos tecidos, provavelmente ficando mais suscetíveis a doenças pulmonares ocupacionais que causam problemas diretamente relacionados com materiais inalados do ambiente ocupacional.

A aglomeração é extremamente comum nas famílias das regiões em desenvolvimento, nas quais a taxa de natalidade é quase sempre muito elevada e as condições de moradia são ruins, inclusive por um limitado número de cômodos utilizados por seus habitantes. Especialmente quanto ao número de moradores e ao número de crianças menores de cinco anos no domicílio, existe clara associação com as doenças respiratórias²⁴.

Esses imigrantes, quando chegam à Unidade de Saúde para o Tratamento Supervisionado da tuberculose, para realizar o procedimento inalatório ou por outros problemas de saúde, geralmente estão muito ansiosos, pois desejam voltar logo ao trabalho, porque ganham em média 25 centavos por peça que costumam. Isso quer dizer que eles têm de trabalhar intensamente ao longo do dia para poder ganhar o que necessitam para o aluguel do quarto, a alimentação,

a água e a luz. Esse pode ser um dos fatores da grande dificuldade que eles têm para concluir o tratamento da tuberculose. De fato, é frequente na Unidade de Saúde a notificação de casos com vários tipos de entrada: caso novo ou tratamento anterior, re-tratamento, abandono, recidiva; o que ainda está longe do atingimento das metas do Ministério da Saúde.

Nota-se como é relevante a presença atenta do profissional enfermeiro na Unidade de Saúde tradicional ou no ESF ao acompanhar a prevenção e a evolução dos casos de tuberculose desses imigrantes; levando em conta também sua diversidade cultural e o espaço de acolhimento que os mesmos necessitam, a fim de que eles possam encerrar o tratamento com base nos critérios: Alta por cura ou Alta por completar o tratamento²⁵.

A relação interpessoal é, em geral, um dos instrumentos por meio do qual os profissionais de saúde conseguem entrar em contato com o paciente, estabelecendo um relacionamento de confiança, de empatia. No âmbito intercultural, isso pode ser muito complexo, por problemas de relacionamento que podem se estabelecer, em uma situação onde não é possível considerar como óbvio que o paciente e/ou os seus familiares compartilhem um mesmo sistema médico de referência, iguais conceitos de doença, de dor, de cura¹⁴.

Um gesto ou uma palavra que no Brasil tem um significado, para outras culturas pode ter um significado totalmente diferente e contrário, assim como, por exemplo, existem várias maneiras de enfrentar e considerar o processo de doença ou a morte; necessita-se, então, da adoção de novas atitudes de aproximação¹⁴.

Com relação à última vez que apresentaram doenças, 60% indicaram entre 2003 e 2006. Esses

dados correspondem ao mesmo período da chegada deles ao país, mostrando que o desenraizamento, a mudança cultural, o novo ambiente, o novo trabalho estressante, a nova moradia precária, a saudade, tudo isso pode afetar a sua saúde. Outros 40% declararam nunca ter manifestado problemas de saúde. Um dado explicável por ser uma imigração predominantemente jovem e recém chegada a maioria desses 40% acompanhava os doentes para ajudá-los na compreensão do português. Cabe aqui dar orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A respeito da morbidade declarada pelos entrevistados, 60% relatou que já teve tuberculose, 20% problemas dermatológicos e 20% não quis responder, o que mostra que o imigrante é refratário às especulações. Esses dados ressaltam ainda a grave situação desses imigrantes com tuberculose, constatando que 40% já tiveram esta patologia, causada pelo degradado contexto social em que vivem, e pelo alto índice de abandono do tratamento. O mesmo acontece para os problemas dermatológicos, como mostra a Tabela 3.

Apesar das condições de trabalho, moradia e saúde dessa po-

pulação ser gritantes, esperando usufruir melhores possibilidades, os imigrantes ainda continuam acolhendo conterrâneos que chegam da Bolívia. Muitos são chamados com promessas ilusórias.

Cafardo apud Patarra²⁶ cita reportagens sobre imigrantes sul-americanos pobres, principalmente bolivianos, que se adentram no país em busca de melhores condições de vida, aspirando a ter direitos à saúde e educação, mesmo vivendo em situação irregular. Isso significa que as condições sociais na Bolívia são precárias, por exemplo, não existe um sistema público de saúde gratuito, como no Brasil²⁶.

No Fórum Social das Migrações, realizado em Porto Alegre, em janeiro de 2005, foi discutido o acesso desses imigrantes às políticas universalistas – saúde e educação – constatando-se que o Sistema Único de Saúde – SUS é o único programa que, por sua regulamentação universalista, possui o respaldo de atendimento a todos, indistintamente²⁶. A promulgação da Constituição em 1988 contempla um conceito ampliado de saúde e o reconhecimento dos direitos de cidadania ao acesso a cuidados e atenção à saúde²⁷.

Tabela 2. Distribuição em relação à última vez em que os usuários participantes do estudo manifestaram problemas de saúde

Problema de morbidade	n.	%
Última vez que apresentaram problemas de saúde	15	60*
Nunca apresentaram problemas de saúde	10	40
Total	25	100

* entre 2003 e 2006.

Tabela 3. Morbidade já apresentadas aos usuários da unidade de saúde participantes do estudo

Morbidade que já apresentaram	n.	%
Tuberculose	15	60
Problemas dermatológicos	5	20
Não quiseram responder	5	20

Morbidade referida

Morbidade referida é uma das informações essenciais para conhecer as condições de saúde de uma população para poder planejar ações e medidas preventivas em benefício da mesma.

Forattini²⁸ afirma ser “Inquérito Epidemiológico o nome dado, em Epidemiologia, à coleta direta de informações necessárias, na população”.

Segundo Viacava²⁹, os inquéritos de saúde são pesquisas populacionais que incluem questões que, na maioria das vezes, não estão disponíveis nos sistemas nacionais de informações. Isso é confirmado também por Lebrão³⁰ com as seguintes palavras:

“[...] avaliar a ocorrência de morbidade através de inquérito domiciliar, além de fornecer subsídios ao planejamento do cuidado à saúde em diferentes níveis geográficos ou administrativos, permite descobrir o componente submerso do processo saúde-doença, isto é, a morbidade “percebida” ou “sentida”, ou ainda reprimida, sem acesso aos serviços de saúde, o que possibilita a análise da determinação social desse processo”³⁰.

Theme Filha³¹ afirma que “inclusão do questionamento sobre a percepção da morbidade referida permite construir indicadores para o monitoramento do estado de saúde da população nos seus vários domínios”. Almeida Filho e Rouquayrol³² mencionam que “inquéritos domiciliares de morbidade são realizados através da definição de uma base populacional clara para o estudo, por meio da amostragem ou do recenseamento, examinando-se todos os sujeitos incluídos na investigação”.

Desse modo, tanto a consulta médica como a de enfermagem e a visita domiciliar podem se tornar os instrumentos mais indicados para

começar a trabalhar o usuário, a família e a comunidade na prestação de assistência à sua saúde, dentro do seu contexto socioeconômico e cultural.

Na verdade, a utilização de dados de morbidade e mortalidade de diferentes fontes representa uma das estratégias possíveis para avaliar a situação de saúde dos trabalhadores. As principais restrições às informações geradas por esses dados são de várias ordens, sendo a principal sua não-categorização por profissões; ou seja, quando as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença são desvendadas, torna-se fácil avaliar o impacto das mudanças ocorridas na sociedade sobre o homem, possibilitando o delineamento de cenários para o futuro e a indicação dos caminhos para a atuação do setor saúde³³.

Os estudos de morbidade referida iniciaram-se, na década de 1920, nos países industrializados e, a partir da década de 1950, nos países em desenvolvimento. Caracterizam-se como levantamentos por inquéritos populacionais para a descrição da doença comunicada pelas pessoas.

Lebrão³⁰ afirma que dessa forma, tais estudos apresentam características próprias, como coleta de dados feita por pessoal não especializado, ausência do exame clínico na entrevista e identificação da morbidade através dos relatos da população, e não por meio de critérios clínicos, o que os diferencia de outros estudos de morbidade.

Segundo Szwarcwald³⁴, estudos têm mostrado que os indicadores de morbidade referida sofrem influência de características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade), e devem ser levadas em consideração nas análises.

Rozemberg³⁵ demonstra como utilizou o inquérito de morbidade referida em sua pesquisa que: “compreendia o registro dos pro-

blemas de saúde vividos pela família nas últimas 48 horas, através das respostas às questões: *Alguém da família está com algum problema de saúde? Qual?* Registrava-se o nome, a idade, o sexo, tempo de duração do problema, sua descrição integral nos termos do informante e as atitudes tomadas frente a cada um dos problemas descritos (questões abertas e de múltipla escolha). O número de problemas referidos não foi limitado”.

O inquérito de morbidade referida se limita a refletir aqueles problemas de saúde, dentre os vivenciados, que são percebidos pelos informantes e por eles considerados relevantes, além de passar pelos critérios culturais e pessoais de “pertinência” de referência a um entrevistador até então desconhecido, em uma situação de exceção que é a da entrevista. Apenas um entrevistador colheu todos os depoimentos de modo a minimizar as variações decorrentes do estilo de abordagem e da relação entre os sujeitos em situação de entrevista³⁵.

Segundo Pereira¹⁸, “morbidade designa um conjunto de casos de uma afecção ou a soma de agravos que atingem um grupo de indivíduos”, o mesmo autor afirma que: “[...] as estatísticas que expressam a situação das doenças na população têm múltipla utilização: elas permitem inferir os riscos de adoecer a que as pessoas estão sujeitas, bem como constituem indicações a serem utilizadas na preparação das investigações dos seus fatores determinantes e na escolha das ações saneadoras adequadas”; é, o que o usuário refere como doença que o aflige e prejudica sua dinâmica de vida.

Segundo Ferreira³⁶, morbidade é a capacidade de produzir doença num indivíduo ou num grupo de indivíduos. Relação entre o número de pessoas sãs e o de doentes, ou de doenças, num dado tempo e quanto à determinada doença.

Na opinião de Pereira¹⁸, a morbidade referida pelo indivíduo, durante a entrevista, é resultante da percepção que ele tenha das alterações de saúde, o que varia nos diversos segmentos de saúde, pois este é influenciado por aspectos socioculturais.

Tais autores entendem que morbidade referida é perceptível ao indivíduo e comunicada pelo mesmo durante o inquérito, de modo que o repetir-se da doença em uma determinada população variam em função das atitudes e comportamentos assumidos pelos indivíduos que percebem desvios dos quais conceituam saúde. A manifestação de entendimento do que é doença depende de diversos fatores, como por exemplo, culturais como é o caso da população boliviana estudada.

De acordo com o Ministério da Saúde³⁸, os indicadores de morbidade são baseados nos casos diagnosticados e notificados, como por exemplo, os casos de tuberculose. A incidência refere-se ao total de casos novos diagnosticados em um determinado período e a prevalência ao total de casos em tratamento do período anterior, mais os casos novos do novo período.

Há pouca dúvida de que os altos coeficientes de morbidade e de mortalidade observados nas classes sociais de menor renda se devem, em parte, ao atendimento médico inadequado, assim como ao impacto de um ambiente físico, tóxico e perigoso. O fato de tantos tipos diferentes de doenças serem mais frequentes em grupos de classe social inferior, indica susceptibilidade generalizada à doença e comprometimento dos sistemas de defesa contra a mesma³⁷.

É necessário, portanto, estudar as morbidades associando-as com os indicadores de saúde, como condições socioeconômicas: educação, saneamento básico, perfil

demográfico, condições de trabalho e condições de habitação, pois dessa forma é possível realizar um diagnóstico de saúde local e assim planejar ações de saúde com base nas reais necessidades de saúde.

Por meio dessa investigação, detectou-se a escassez de pesquisas que se referem à população latino-americana, especialmente a boliviana, que constrói sua história na cidade de São Paulo, em condições de vida insalubres e de trabalho degradante, com comprometimento de sua saúde.

A assistência de saúde aos imigrantes deve ter como prioridade a educação em saúde, voltada para a melhoria das condições sanitárias e nutricionais desta população, visto que o predomínio da ocorrência de tuberculose, está diretamente relacionada às condições de trabalho, moradia, hábitos alimentares e de higiene.

Considerações finais

Esse estudo refletiu sobre as condições em que vivem e trabalham os imigrantes bolivianos, usuários de uma USF, no bairro Brás região central do Município de São Paulo, alcançando os objetivos propostos.

Os bolivianos entrevistados nesta pesquisa exercem o trabalho de costureiros, a maioria em condições sociais precárias.

Considerando que o processo saúde-doença é compreendido por apresentar natureza biopsicossocial, isto é, determinado pela estrutura orgânica do indivíduo e pelo meio em que vive, e reforçando que a saúde não deve ser somente a ausência de doença, mas a melhoria da qualidade de vida dos usuários, as condições encontradas nas "oficinas" de costura prejudicam e comprometem a cada dia o processo saúde-doença dessa população imigrante, porque toca fatores ambientais, físicos e biológicos.

Por isso, a necessidade imprescindível de conhecer a localidade onde ocorrem as doenças, isto é, "conhecer a realidade a partir de dentro", livre de preconceitos.

É de suma importância, no planejamento das ações de saúde, realizar o levantamento do maior número possível de informações acerca da comunidade a ser trabalhada. Essas informações podem dar vieses imprescindíveis para o planejamento de ações e, dentre elas, destaca-se a morbidade referida que constitui um importante indicador do nível de saúde da população e das condições de desenvolvimento de uma determinada localidade.

Nesse sentido é importante considerar a morbidade referida, associando-a com os indicadores de saúde e condições socioeconômicas, educação, saneamento básico, perfil demográfico, cultural, condições de habitação, pois desta forma é possível levantar o diagnóstico de saúde local e assim planejar ações eficientes com base nas reais necessidades de saúde de populações particulares, como a desses imigrantes.

Observou-se, com preocupação, que a morbidade referida mais frequente entre eles é a tuberculose, os problemas dermatológicos e respiratórios que são causados, na maioria das vezes, justamente pelas péssimas condições de trabalho, moradia, alimentação e higiene.

Conclui-se que qualquer assistência, independente das emergências e necessidades de longo prazo, de acordo com o princípio da equidade da lei que institucionalizou o SUS, o serviço ao outroprecisa converter-se em uma "escuta", uma atenção, um ir ao encontro da dádiva que cada um é para quem o interpela. Isso a fim de que possam ser respeitados os hábitos, os costumes e a cultura de uma população diferente, de modo a permitir o estabelecimento de diálogo construtivo e o crescimento para ambas as

partes, no tão necessário trabalho de prevenção.

A alteridade, definida como “qualidade do que é o outro”, implica em considerar qualquer pessoa, com todas as suas características e peculiaridades e respeitando sua identidade.

A possibilidade de aprender a respeitar os hábitos e costumes diferentes pode ser construída por meio do conhecimento do significado da experiência que o outro tem e de seu modo de ser e de agir. Por isso, a importância da forma de se aproximar e se relacionar

com o diferente para conhecer e se “in-formar” sobre o real problema específico. Somos aprendentes um do outro, para o modo peculiar de cada um viver respeitar e adoececer, compreender as necessidades de cada um em direção a uma vida saudável em sentido mais amplo.

REFERÊNCIAS

1. Soares W. Da associação entre os retornados internacionais e os intermediários da rede migratória valadarense. *Remhu Rev Inter Mobilidade Humana*. 2009 Mai 22(32):47-58.
2. Milesi R. “Migrações Internacionais fluxos e desafios”. In: Milesi R. Políticas públicas migratórias internacionais. Brasília: Allience; 2005. cap. 3, p. 56-60.
3. Brasil. República Federativa do Brasil. Lei n. 6.893 de 2 Jul 2009. Diário Oficial da União, Brasília, 3 Jul 2009.
4. Silva S. Costurando sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo. São Paulo: Paulinas; 2001. 292 p.
5. Gaeta R. Projeto somos hermanos. In: SPM Forum Social das Migrações: travessias na desordem global em Porto Alegre. São Paulo: Paulinas; 2005. cap. 4, p. 337-48.
6. Silva ECC. Pessoas, culturas, escola: nosso dia a dia. In: Launnd J, organizador. Filosofia e educação: estudos 9. São Paulo: CEMOROC/ EDF Feusp; Factash; 2008. cap. 3, p. 47-56.
7. Silva S. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Rev Estudos Avançados* [Internet]. 2006 [citado Ago 2009];20(57):157-70. Disponível em: <http://www.bireme.br>
8. Bonassi M. Canta América sem fronteiras!: imigrantes latino-americanos no Brasil. São Paulo: Loyola; 2000. 220 p.
9. Moura ERF, Diógenes MA, Varela ZMV. Famílias migrantes vivendo na periferia de uma grande metrópole: análise reflexiva sobre o papel do enfermeiro. *Rev Cubana Enfermería* [Internet]. 2005 [citado Jun 2009];21(1):9-13. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>
10. Silva MAM, Queiroz MS. Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil. *Rev Psic Social* [Internet]. 2006 [citado 10 Fev 2009];18(1):31-9. Disponível em: <http://www.bireme.br>
11. Silva ECC. Percursos de interação transcultural nos serviços de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo USP; 2009. 174 p. Doutorado em Odontologia Social e Bioética Personalística.
12. Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrópole*, São Paulo. 2007;2(17).
13. Silva ECC. Rompendo barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. *Travessia*. 2009;22(63):26-31.
14. Nava MC. O papel da enfermagem e agentes comunitários de saúde em um contexto multicultural: experiência de atendimento em uma USF/ESF de São Paulo [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2008. 76 p. Graduação em Enfermagem.
15. Lopes JCC. A voz do dono e o dono da voz: trabalho, saúde e cidadania no cotidiano fabril. São Paulo: Hucitec; 2000. 187 p.
16. Mendes RDA. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Sanare Ceará*. 2003;4(1):39-42.
17. Centa ML, Almeida BMM. O Programa de Saúde da Família sob olhar da equipe multidisciplinar. *Rev Família Saúde Desenvol Curitiba*. 2003;5(2):103-13.
18. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 174 p.
19. Dalcolmo MMP, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Rev Saúde Pública*, São Paulo. 2007;41(7):34-42.
20. Stiehm ER. Manual Merck de medicina: diagnóstico e tratamento. 16a ed. São Paulo: Roca; 1995. 2701 p.
21. Jardim JR, Oliveira JCA, Pinheiro B V. PneumoAtual [Internet]. 2003 [citado Mai 2009];2(2). Disponível: <http://www.pneumoatual.com.br>

22. Pinto AMM. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5a ed. Rio de Janeiro: Funasa; 2002. 186 p.
23. Dalcolmo MMP, Melo FAF, Pereira Pinto W. II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. J Bras Pneumonia, São Paulo. 2004;30(1):69-72.
24. Prietsch SOM. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. Rev Pediatría. 2002;78(5):415-22.
25. Melo RA. Saúde e imigrante: o enfermeiro com o olhar voltado ao imigrante latino-americano: sua importância na promoção da saúde deste grupo populacional [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007. 84 p. Graduação em Enfermagem.
26. Patarra NL. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo : volumes, fluxos, significados e políticas. Rev São Paulo Perspectivas [Internet]. 2005 [citado 10 Abr 2009];19(3):23-33. Disponível em: <http://www.scielo.org>
27. Bahia L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. cap. 13, p. 26-31.
28. Forattini OP. Epidemiologia geral. 2a ed. São Paulo: Artes Médicas; 1996. 188 p.
29. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):607- 11.
30. Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983 - 1984. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-> Acesso em: Ago 2009.
31. Theme-Filha M. Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health among individuals who reported six chronic diseases in Brazil. Cad Saúde Pública. 2003;21(1):43-51.
32. Almeida Filho NA, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2002. 187 p.
33. Carvalho WO, Cesar CLG, Goldbaum M et al. Inquéritos de saúde e uso de serviços materno-infantis em três municípios da grande São Paulo. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2008;24(5):314-23.
34. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa mundial de saúde no Brasil. Cad Saúde Publica. 2008; Jun 21(1):4-5.
35. Rozemberg BO. Consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. Rev Saúde Pública. 1994;28(300):8-12.
36. Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva, São Paulo. 2004; 9(1):141-5.
37. Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Funasa. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino – serviço. 5a ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde Funasa; 2002.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br> Acesso em: Mai 2009.
- São Paulo (Estado). Decreto n. 42.209, de 15 set 1997. Programa Estadual de Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.justica.sp.gov.br> Acesso em: 5 Jun 2008.
- São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica e ESF. Documento norteador: compromisso das unidades básicas de saúde com a população; 2005. Disponível: <http://www.portal.saude.gov.br> Acesso em: 20 Mai 2009.
- Brasil. Lei Federal n. 8.080, Lei Orgânica da Saúde de 19 set 1990. Disponível em: http://www.saude.gov.br/doc/lei_8080.htm Acesso 10 Jun 2009.

*Recebido em 22 de outubro de 2009
Aprovado em 5 de dezembro de 2009*