



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Carolina Santos da Costa Maia

**Saúde em trânsito: o fluxo de assistência aos refugiados na atenção
primária em saúde no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2018

Ana Carolina Santos da Costa Maia

**Saúde em trânsito: o fluxo de assistência aos refugiados na atenção primária em saúde
no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M217 Maia, Ana Carolina Santos da Costa
Saúde em trânsito: o fluxo de assistência aos refugiados na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro / Ana Carolina Santos da Costa Maia – 2018.
98 f.

Orientador: Rogerio Lopes Azize

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Migração humana – Teses. 2. Refugiados – Teses. 3. Atenção primária à saúde – Teses. 4. Antropologia médica – Teses. 5. Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 6. Pesquisa qualitativa – Teses. I. Azize, Rogério. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2-054.73(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Carolina Santos da Costa Maia

**Saúde em trânsito: o fluxo de assistência aos refugiados na Atenção Primária em Saúde
no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 24 de maio de 2018.

Orientador: Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Martinho Braga da Silva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Angela Mercedes Facundo Navia

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo

Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Carolina Moulin Aguiar

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Laura Lowenkron

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

No dia 06 de abril de 2018, por volta das 7h, morreu minha avó. Maura era única avó que eu tinha e a primeira pessoa que me fez vislumbrar uma relação fora da que eu tinha com a minha mãe. Vovó era refúgio, era vontade atendida. Chamava-me de Chiquinha enquanto me mimava e minha mãe comentava como eu a fazia de gato e sapato ao chegar em casa e descobrir nosso delíto. Nosso. Vovó e eu sempre tivemos uma relação de cumplicidade meio tácita. Morei com ela durante a infância e adolescência e me acostumei com a sua comida, com o seu jeito de estar em casa.

Não deve passar batido o fato de minha avó ter sido uma migrante nordestina que criou seus três filhos sozinha no Rio de Janeiro. Veio atrás do marido que os abandonara em Aracaju e, como de praxe em várias outras histórias, não o achou. Alfabetizou-se depois de adulta para conseguir dar uma vida melhor aos seus filhos. Empregou-se no comércio, onde trabalhou por mais de trinta anos, e conseguiu sair do quartinho de cortiço que dividia com minha mãe, minha tia e meu tio quando eram crianças. Aposentou-se com um salário que permitiu que financiasse sua casa própria e vivesse uma vida de classe média na cidade do Rio - salário que, em sua terra natal, seria considerado alto. Seus filhos foram apenas a primeira geração da família a terem diploma universitário. Seus netos e netas, a segunda. Vovó acreditava fielmente na educação como uma catapulta para uma vida melhor e, por isso, proveu as condições materiais que possibilitaram que seus filhos estudassem sem trabalhar e tivessem salários dignos em sua vida adulta. Colocou um teto sobre suas cabeças e comida em suas bocas. Vovó interrompeu a transmissão geracional de pobreza na família; foi o ponto de corte para o que veio depois. Separou as futuras gerações do balcão de loja que ela mesma ocupara por toda a vida.

No mesmo dia 06 de abril, Luiz Inácio Lula da Silva tinha até 17h para se entregar à Polícia Federal e começar a cumprir uma pena de 12 anos e 1 mês. Esse homem transformou o movimento que vovó fizera décadas antes em política de Estado. E quando o Estado entra na jogada, a história única de minha avó passa a ser replicada em todo canto do país. Lula foi também o ponto de corte para milhões de brasileiros e brasileiras. Seu projeto, longe de ser inquestionável, foi mais longe do que qualquer outro: colocou comida na casa das pessoas e permitiu que sonhassem mais alto do que jamais puderam. Vovó sabia disso. Sabia muito mais do que eu jamais poderei saber, já que sempre que senti fome, fui alimentada. Vovó sabia o que Lula significava pras pessoas como ela e se via representada por ele.

Minha avó está morta e Lula está preso. Ainda vou precisar de um tempo pra transformar essas duas orações absurdas em realidade sentida. Eventualmente, no entanto, hei de transformar a dor em potência. Por Lula e por vovó. Dedico essa dissertação, que é meu primeiro movimento afetado pelo luto, aos dois.

Os agradecimentos que se seguem, sem qualquer ordem específica, são para pessoas e conjuntos de pessoas que me afetaram durante variados períodos da minha vida. Gosto de pensar que os encontros com vocês construíram quem eu sou hoje; essa dissertação é expressão disso.

À minha mãe Eliene, que me segurou sempre quando tombei, muitas vezes colocando-se entre o meu corpo e chão pra suavizar a queda. Ao meu pai Eduardo, cujo jeito de estar no mundo em muito me lembra o meu próprio. As coisas que eu mais gosto em mim foram impressões de vocês dois, que também estão impressos por todo o texto.

À Maria, que há sete anos decidiu me mostrar os efeitos das aulas de balé em seu corpo em um bar da nossa calourada e também decidiu ser minha amiga, sempre com cuidado, dedicação e as tão importantes doses de afeto capricorniano. A gente segue se revezando na tarefa de não deixar a outra surtar na academia.

À Jéssica, por crescer comigo, mudar comigo e fazer esse movimento lindo de construir consensos junto comigo. A gente concorda em quase tudo desde 2002 e vem concordando desde então. Xé, me enche de orgulho saber que estou do seu lado da História.

Ao Rafael, cuja presença diária durante o processo de escrita dessa dissertação fez mais por mim do que eu jamais poderia descrever e cujo pragmatismo político me inspira a jamais integrar um projeto que não tenha como objetivo concreto a melhoria da vida do povo trabalhador desse país.

Ao André, cujas conversas me mantêm sã. Eu nem gostava tanto assim de Avatar quando te pinteí de Jake Sully na nossa calourada. Analisando retrospectivamente, talvez tenha sido a melhor decisão que eu tomei naquele ano, porque ela me levou a conhecer o meu melhor amigo. Faço votos para que o meu time domine o cenário nacional do futebol na década de 2020 como o seu fez na década de 2010.

À Isabela, essa irmã que a vida me deu, que mesmo sem consensuar comigo em todas as grandes questões é prova de que o afeto pode transpor fronteiras.

À Priscilla, a quem à época do vestibular eu disse que se tudo desse errado, faria Antropologia. Dez anos depois aqui estou eu, antropóloga, trocando figurinhas sobre o SUS com você. Depondo a meu favor existe o fato de que, com 16 anos, eu não tinha como saber que às vezes as coisas precisam dar errado pra começarem a dar certo.

À Wilnette, para quem, mesmo à distância, eu sempre posso voltar quando as coisas parecem turbulentas demais. Eu nem acredito que não somos mais aquelas adolescentes com o fichário do Kurt Cobain.

Às amigas e amigos do IFCS: Samantha, cujo brilhantismo e dedicação sempre me impressionam. Quem diria que o pragmatismo americano me fignaria tanto tempo depois de ter te fignado? Yasmim, cuja assertividade e militância sempre admirei. Manuella, nossa caçula, e a que primeiro tornou-se mestra. Ruan e Marta, pelo carinho com que sempre receberam nosso grupo em sua casa.

Às companheiras e companheiros de IMS: Marina, que personifica todo o carinho que eu tenho pelas Gerais. Georgia, minha irmã mais velha e companheira de orientação, por sempre estar disposta a trocar ideias e transmitir sua sabedoria. Sara e Walter, que sempre me brindaram com afeto, risadas e referências nerds.

Às amigas e amigos do Colégio Pedro II, essa instituição que liga as pessoas de um jeito que eu não vejo outras fazendo e que, portanto, nos autoriza a uma certa empáfia charmosa. Que a gente continue cantando tabuada nas reuniões por muitos e muitos anos mais.

Aos membros da banca, que tão prontamente aceitaram ler esta dissertação; tal conformação tão heterogênea de especialistas que o campo da saúde coletiva pode proporcionar em uma banca em muito me alegra.

Às professoras Claudia Mora e Laura Murray, que estiveram presentes durante todo o processo de elaboração e maturação desse trabalho e cujas contribuições foram valiosíssimas para que essa dissertação se tornasse o que se tornou. Ao professor Sergio Carrara, que me fez entender, ainda em meu período de formação no IMS, que academia e militância devem andar inapologeticamente juntas.

Às trabalhadoras e trabalhadores do país por terem financiado, via CNPq, meu mestrado e pesquisa. Se às vezes me sinto em um limbo classificatório, não me enxergando como integrante formal da classe trabalhadora, é também porque recai sobre mim a responsabilidade de reverter para essas pessoas o investimento feito em mim.

A todas as minhas interlocutoras e interlocutores, da gestão ou da ponta dos serviços, que toparam conversar comigo para os fins desta pesquisa. Ser trabalhador da saúde em tempos de desmonte é especialmente desafiador, já que o sujeito da intervenção geralmente experimenta sofrimento e dor. Seguiremos resistindo a despeito dessa coalizão golpista que segue lavrando consecutivos ataques ao SUS e ao Estado democrático de direito.

Ao Rogerio Azize, que aceitou tão generosamente o desafio de orientar um trabalho que pudesse ter algo de original a trazer. Em uma de nossas primeiras reuniões, quando eu ainda tentava entender que tipo de orientador você era, você disse que não estava interessado em uma relação de orientação que não fosse, também, atravessada por afeto. Orientar decerto não é tarefa fácil, sobretudo quando se atravessa a pior crise que a UERJ já passou em sua história. Que você tenha mantido a generosidade e o cuidado, mesmo quando materialmente era mais difícil reproduzir sua existência, sabendo dosar cobrança e afago, tornou a experiência do mestrado infinitamente mais prazerosa. Esta dissertação é construção nossa.

RESUMO

MAIA, Ana Carolina Santos da Costa. *Saúde em trânsito: o fluxo de assistência aos refugiados na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro*. 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O presente trabalho tem como objetivo analisar a construção de um fluxo para o atendimento de refugiadas congoleesas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro. Para tal, parto das narrativas dos operadores da saúde do município que lidam, direta ou indiretamente, com essa população. A metodologia utilizada foi a análise de documentos protocolares e discurso de gestores e profissionais da ponta dos serviços de saúde no tangente à incorporação dessa população aos serviços de saúde do município. A pesquisa contribui para a construção de um campo de estudos migratórios na Saúde Coletiva, já que a experiência migratória influencia os processos de saúde e doença dessa população.

Palavras-chave: Migração. Refúgio. Marcadores da diferença. Atenção Primária em Saúde; Antropologia da saúde.

ABSTRACT

MAIA, Ana Carolina Santos da Costa. The flow of institutional care for Congolese refugees in the city of Rio de Janeiro. 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The purpose of this dissertation is to analyse the construction of care for Congolese refugees in Primary Health Care (PHC) in the city of Rio de Janeiro. To this end, I analysed narratives of health workers of the municipality that deal with this population, directly or indirectly. The methodology used was the analysis of protocol documents and discourse of managers and health professionals of the health services that receive Congolese people. This research aims to contribute to the construction of a field of migratory studies in Public Health, since experiences of migration tend to influence health processes of this population.

Keywords: Migração. Refúgio. Marcadores da diferença. Atenção Primária em Saúde; Antropologia da saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMS	Instituto de Medicina Social
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MSF	Médicos Sem Fronteiras
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	República Democrática do Congo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Única de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	OS REGIMES	17
1.1	O regime da saúde	20
1.1.1	<u>A Medicina de Família e Comunidade: uma nova epistemologia em cena</u>	21
1.1.2	<u>A Estratégia de Saúde da Família: entre seus limites e potencialidades</u>	25
1.1.3	<u>Os distritos sanitários e os agentes comunitários de saúde</u>	28
1.2	O regime da diferença	29
1.2.1	<u>A colonialidade do gênero</u>	33
1.2.2	<u>Marcadores sociais da diferença e seus desdobramentos em saúde</u>	36
1.3	O regime do refúgio	42
1.3.1	<u>Migração: um fato social total</u>	43
1.3.2	<u>‘Inventando pessoas’: a produção da categoria refugiado</u>	48
1.3.3	<u>Negociação do estigma: a agência dos marcados pela diferença</u>	51
2	O CAMPO DE PAPEL	53
2.1	A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	54
2.2	A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher(PAISM)	58
2.3	“Recomeço: A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados”	61
3	O CAMPO EM ATO	66
3.1	‘Quatro horas de culto [e] na segunda-feira isso aqui tava que era congelês puro’: a construção do fluxo de atendimento para os refugiados	66
3.2	“Mas vai cadastrar ela?”: território e poder	71
3.3	“Elas usam planta e tabelinha, método casado”: classe e saúde	75
3.4	Saúde em trânsito: a Estratégia é uma boa estratégia na atenção aos refugiados?	84
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A - Roteiro para entrevistas semi-estruturadas para operadores de saúde do município do Rio de Janeiro	97
	APÊNDICE B – Lista de profissionais entrevistados por equipes	98

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fronteiroço tanto em método como em objeto. Constitui-se a partir de uma bricolagem de conhecimentos sócio-antropológicos e conhecimentos do planejamento e gestão em saúde¹ – ambos beneficiários das ciências sociais. Minha pesquisa envolve pessoas cujas experiências e subjetividades são marcadas pelo trânsito, por múltiplos lugares: analiso a construção de um fluxo de atendimento em saúde para refugiados no município do Rio de Janeiro. Encontro-me também em um lugar fronteiroço na academia: antropóloga de formação, migrei para um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 2016. Em algum momento da entrevista diante da banca de seleção mencionei que cursar disciplinas de saúde coletiva me cacifaria para mobilizar a língua da saúde, que naquele momento ainda era estrangeira para mim.

A saúde coletiva é, também, fronteiroça: como parte de um programa de pós-graduação integrado também por profissionais da saúde – psicólogos, médicas, enfermeiras e nutricionistas –, o mestrado e doutorado acadêmicos do PPGSC contam com cadeiras no primeiro ano de formação nas quais saberes das humanidades conversam com saberes biomédicos. Esse trânsito era percebido nas discussões que travávamos: as ciências sociais, que para mim e colegas da antropologia eram velhas conhecidas, para parte dos profissionais da saúde era também uma língua inteiramente nova. Naquele momento eu percebi que não apenas eu estava adquirindo um novo ferramental para analisar o mundo social; para eles também as ciências sociais se revelavam dia após dia poderosa ferramenta de interpretação e análise das dinâmicas relacionadas à saúde.

Tendo trabalhado durante grande parte da graduação com gênero e políticas públicas, meu interesse em estudar processos migratórios é relativamente recente. Ao entrar no PPGSC, intentava analisar a experiência de mulheres com contracepção no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a partir de uma perspectiva informada por questões de assimetria de gênero que atravessavam a relação das mulheres com essas tecnologias contraceptivas. Minha formação nas ciências sociais, no entanto, me levou a perceber que a categoria “mulheres” é mera coalizão construída num momento histórico situado, do qual emerge uma categoria

¹ Planejamento e gestão em saúde aqui tratada como ramificação da saúde coletiva e encarada como uma ciência do Estado, isto é, uma ciência que tem o próprio Estado como objeto de análise, como postulado por Foucault (1979).

política que possuía uma agenda também situada. Eu precisava também definir um recorte racial e de classe para as mulheres com as quais queria trabalhar na pesquisa, posto que suas experiências podem diferir radicalmente se observadas certas diferenças.

Não por acaso, ao ser provocada – no melhor sentido da palavra – pelo meu orientador sobre a construção de um campo dentro da saúde coletiva que estava de forma embrionária se voltando para a questão da saúde da população migrante, muito me agradou a ideia de trabalhar com refugiados. O desafio de escrever uma dissertação que costurasse as três temáticas – migração, marcadores da diferença e saúde – de uma forma original e que contribuísse de forma concreta para o debate e para a melhoria da vida dessas pessoas me seduziu bastante. Isso porque eu suspeitava – já que nunca iniciamos nosso campo descontaminadas por nossas pré-noções acerca dos nossos sujeitos de pesquisa (BECKER, 2007) – de um perfil para as mulheres refugiadas do município: supunha eu tratarem-se de mulheres negras e pobres, moradoras da periferia. Isso porque ao longo dos anos de 2016 e 2017, quando ainda mapeava como se organizava institucionalmente o refúgio no município, aproximei-me da Cáritas Arquidiocesana, entidade ligada à Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) e que é a principal organização civil envolvida na questão do refúgio no município.

Compareci em alguns eventos realizados na Cáritas em meu pré-campo, quando ainda começava a ensaiar interlocuções, e um evento específico foi uma espécie de catalisador das minhas indagações, ainda àquela época em construção. Refiro-me à Feira de Saúde realizada na sede da Cáritas, na Zona Norte do município, evento materializado no âmbito da parceria entre essa entidade e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro. Em conversa com as organizadoras do evento naquele dia, soube que o objetivo final da atividade era referenciar os refugiados que ali comparecessem para sua Unidade Básica de Saúde (UBS). Eu ainda não sabia à época a extensão pretendida deste objetivo, tampouco o que tornava uma UBS referência para alguém. A organização territorial da Atenção Primária em Saúde (APS) no município, que obriga o cadastramento do usuário refugiado a uma clínica perto de sua residência, acabou por se tornar um dos principais eixos de análise deste trabalho.

Descobri como essa organização territorial se dava em meu pré-campo ao testemunhar uma cena paradigmática que me apontou para a proficuidade da noção de “território” dentro da intersecção entre saúde e refúgio. Enquanto sentava na sala de espera de uma outra UBS do município esperando para conversar com a gerente, um senhor brasileiro de aparentemente 50 anos esperava em frente à farmácia da unidade um medicamento e tinha seu pedido recusado. Os profissionais da unidade pareciam não saber lidar com a situação e então a gerente foi

chamada a conversar com ele. O senhor dizia ser morador de um outro bairro relativamente longe na Zona Norte do município, e afirmava ter sido informado de que poderia pegar seus medicamentos em qualquer UBS que escolhesse. Ela, então, explicou ao senhor como funcionava a organização da Atenção Primária, informando que lhe fora designada uma clínica de referência, e esse era o local onde deveria pegar seus medicamentos. O senhor argumentou que a área onde mora estava passando por conflitos ligados a facções criminosas, de modo que não poderia ultrapassar a fronteira estabelecida pela facção rival e ir até sua unidade de saúde de referência pegar os medicamentos. A gerente recuou, e então sugeriu que o senhor fosse a uma unidade de saúde em localidade que pudesse transitar dentro de seu bairro, argumentando que eventualmente faltariam remédios para a população residente da área de atuação da clínica caso todos os usuários tivessem a possibilidade de escolher em qual clínica pegariam seus remédios. Por fim, acabou por abrir uma exceção para aquele senhor, lhe concedendo os medicamentos e enfatizando que, da próxima vez, levasse essa demanda para a clínica no território mais próximo de sua residência onde fosse autorizado a circular. Se é bem verdade que a lógica territorial do SUS vale também para os “nativos”, quando válida para a população refugiada nos faz pensar em como essas pessoas são confrontadas com novas noções de fronteira a todo o tempo, de pertencimento ou não pertencimento pleno a um determinado local.

Narro esse pequeno acontecido na tentativa de fornecer um exemplo de como os caminhos do campo foram se dando; algumas cenas ocorridas quando eu ainda tentava compreender como poderia fazer uma entrada estratégica em campo foram capazes de fazer emergir conflitos que guiaram minhas questões de pesquisa. A ida à Feira de Saúde da Cáritas – talvez o mais perfeito exemplo disso – merece alguma atenção.

Aquela foi minha primeira incursão em um tipo de situação que não envolvia apenas conversas com gestores ou profissionais, mas em um espaço onde várias cenas se desenrolavam simultaneamente e a interação entre equipes e refugiados, a maior parte oriundos da República Democrática do Congo (RDC) e de Angola, era a das mais ricas. O nome do evento não deve ser dado como barato: tratava-se de uma “feira” de promoção de saúde no mais literal dos sentidos, com ofertas de orientação pelas equipes em pequenas barracas temáticas. De um lado do pátio da Cáritas, a barraca de saúde bucal, em que odontologistas e técnicos orientavam a população refugiada. De outro, a barraca de saúde sexual e reprodutiva, onde médicos e enfermeiros orientavam uma inquestionável maioria de homens que por ali passou no período que acompanhei as interações à distância. Camisinhas masculinas e femininas, além de ilustrações representativas de sistemas reprodutivos

masculino e feminino, compunham o arsenal do qual dispunha a equipe. Em um desses momentos, dois jovens moços congolezes fazem perguntas em francês à tradutora voluntária que fora recrutada para a ocasião, que as transmite para a médica de família. Pareceu-me curioso que nenhuma refugiada tivesse se aproximado da barraca. Percebi posteriormente que aquela lógica de organização da Feira merecia alguma atenção. A escolha por ofertar aquele tipo de orientação em saúde em detrimento de outros tipos indicava uma certa reificação do que se espera de demanda das mulheres sobre sua saúde. Eu não ignorava, decerto, o que era reportado sobre as vítimas de violência de gênero na RDC. Estaria essa falta de interesse dessas mulheres pela oferta de saúde sexual e reprodutiva relacionada a isso? Seria essa uma questão que guiava as escolhas da gestão na organização dos serviços ofertados?

Dessa forma, o esforço por visibilizar refugiados em trânsito e articuladamente marcadas pela diferença guiou meus caminhos de pesquisa, bem como minhas escolhas metodológicas durante todo o trabalho. A questão de pesquisa que conduziu o trabalho diz respeito a como está sendo organizada a assistência à saúde em contextos onde o marcador da nacionalidade é o principal organizador da relação que os refugiados têm com os serviços de saúde. Para tal, me volto para as narrativas dos operadores da saúde – gestores e profissionais da ponta – que lidam direta ou indiretamente com essas pessoas em UBSs do município. A escolha pela interlocução apenas com operadores neste trabalho deve-se ao fato de que a presente pesquisa é apenas a primeira parte de um projeto maior, de seis anos, que também envolve o doutorado. Sendo a chegada da população refugiada no Rio de Janeiro algo que apenas há pouco tempo chamou a atenção da Secretaria, optei por tentar compreender como foi construída a resposta estatal a essa nova demanda a partir do nível de atenção que deve funcionar como a “porta de entrada” do SUS.

No Capítulo 1, apresento os eixos temáticos que conduzem a análise a partir de três dos regimes que organizam a relação entre refugiados e o Estado brasileiro: da saúde, do refúgio e da diferença. O primeiro dos regimes diz respeito ao sistema de saúde ao qual essa população está (ou não) integrada: verso sobre o espírito que alimenta a criação do SUS brasileiro, bem como o papel central da Atenção Primária à Saúde (APS) em sua reorganização. A seção sobre o segundo dos regimes – o do refúgio –, para além de relacionar a questão migratória com as narrativas sobre direitos humanos e iniciativas humanitárias, diz respeito a uma série de perspectivas de autoras e autores que estão pensando como experiências migratórias criam processos de subjetivação próprios. Também apresento, nessa seção, a categoria do refúgio, recorrendo à lei que a rege juridicamente, bem como as condições que precisam ser atendidas para que uma pessoa seja contemplada com esse estatuto. O regime da diferença, embora não

constitua um regime juridicamente amparado, situa hierarquicamente os sujeitos e tem correlação com a sua capacidade de serem e se manterem sadios. Nessa seção, elaboro sobre a gramática social organizada a partir de quatro marcadores sociais da diferença: gênero, raça, classe e nacionalidade. Além disso, discuto a construção de diferenças inscritas (ou não) nos corpos a partir de trabalhos que abordam a produção da diferença e sua tradução em iniquidades com sérios desdobramentos em saúde.

Os capítulos sobre o campo etnográfico foram divididos em dois. Contrapartes de um mesmo todo, capítulos 2 e 3 são tentativas de dividir didaticamente o universo social analisado. No Capítulo 2, debruço-me sobre três documentos que informam e são informados por cada um dos regimes e que possuem em menor ou maior grau viés normatizador. São eles: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento ministerial que traça as principais diretrizes do âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), documento que trata gênero e raça como marcadores sociais que influenciam estados de saúde, alçando o regime da diferença a um papel central no desenho da política e na assistência. Por fim, *Recomeço: A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados*, documento publicado pela SMS no final de 2017 a partir de relatos de refugiados, operadores da saúde e outros profissionais sobre a relação entre população refugiada e saúde pública no município. Entendo que embora não sejam elementos centrais de minha análise, documentos constituem artefatos produtores de conhecimento, relações, efeitos e contra-efeitos (VIANNA, 2014). Quando informam políticas de saúde, são especialmente interessantes porque são retratos de uma conformação mais ou menos hegemônica de interesses.

No Capítulo 3, apresento os regimes materializados na construção do fluxo de atendimento para a população refugiada no município. A partir de trabalho de campo em uma Clínica da Família localizada em um bairro do Rio com grande concentração de congolesas, analiso a leitura que operadoras/es e gestoras/es fazem da incorporação dessas refugiadas aos serviços de saúde. Como se dá a conjugação entre regime da saúde e regime do refúgio na assistência, já que os refugiados colocam várias das noções organizativas do Atenção Primária – distritos sanitários, vínculo, integralidade, adscrição territorial – em cheque? A noção de território, cara a ambos os regimes, é chave empírica nesse capítulo para pensar a gestão de corpos refugiados que idealmente estariam fixados em pontos administráveis pelo poder estatal. Nessa seção, apresento as políticas em ato na ponta do serviço através das narrativas de dois tipos de atores diferentes. De um lado, conversei com gestores – gerentes de UBS e profissionais da SMS – para entender, a nível central, como o cuidado à população refugiada

entra na agenda estatal. Por outro lado, entrevistas com profissionais da ponta dos serviços – equipes de saúde da família que lidam diretamente com essa população – nos ajuda a ajustar nossas lentes para o nível da micropolítica, além de evidenciar uma heterogeneidade de percepções acerca da população refugiada dentro do grande-chuva a que chamam de Equipe de Saúde da Família.

Dessa forma, o que espero produzir com essa pesquisa é uma contribuição concreta para a construção de um olhar sobre processos migratórios que tome a experiência da mobilidade como um dos pontos centrais para os estudos de saúde coletiva. Se admitirmos que desigualdades sociais são traduzíveis em desigualdades de saúde, a situação da população refugiada é especialmente precária, já que se encontram numa posição de intersecção de processos de discriminação baseados em diversos marcadores sociais da diferença. É a partir deste contexto e dessa percepção que as reflexões antropológicas podem trazer relevantes contribuições para o campo da saúde coletiva, já que as categorias que emergem do campo podem incidir sobre o complexo processo saúde e doença. Refletir antropológicamente sobre os modos com que os sujeitos produzem estados de saúde e são produzidos por eles nos permite grandes avanços, por exemplo, na compreensão da forma com que essas pessoas se relacionam com os serviços de saúde.

1 OS REGIMES

As seções que se seguem constituem os marcos teóricos da pesquisa. Meu movimento, no entanto, não foi o de procurar meu objeto nas linhas dos clássicos da Antropologia: pelo contrário, as categorias emergidas no campo me fizeram eleger um percurso teórico-metodológico construído para interpretá-las e dar sentido aos dados produzidos. Nesse sentido, minha abordagem em muito se inspira na concepção de Becker (2007), que defende a inexistência de uma teoria fechada em si mesma, apartada do mundo prático: “definir um termo verificando como seu significado surge numa rede de relações” (BECKER, 2007, p. 19) é um dos “truques” – no sentido mesmo que dá nome à obra do sociólogo americano – úteis ao fazer pesquisa em ciências sociais.

Com efeito, foi apenas no decorrer da pesquisa que meu foco se voltou gradativamente para o desenho do fluxo de atendimento à população refugiada. Ser capaz de analisar como se desenha a construção desse fluxo para o atendimento a essas pessoas nos serviços de saúde do Rio era, no início de 2016, apenas uma hipótese, já que eu sequer sabia se havia qualquer sensibilidade da SMS à questão dos refugiados que habitam o município. A partir de uma conversa com duas interlocutoras da gestão municipal, percebi que a questão da presença refugiada já chegara aos níveis centrais da Secretaria. Nessa conversa, foi-me também dito que uma publicação da Prefeitura especificamente voltada para o tema do refúgio e saúde estava em andamento naquele momento. Torci para que a data da publicação fosse disposta de modo que eu pudesse incorporá-la em minha dissertação: decerto uma narrativa estatal para a relação entre refugiados e sistema público de saúde em muito poderia adicionar elementos à análise. Os elementos fornecidos nos documentos que analiso ajudam a compor o desenho da governamentalidade (FOUCAULT, 2008) – indicação de que há um investimento racional do governo na produção de atores, interesses e identidades – no que concerne aos três grandes regimes que compõem o meu campo.

São eles: o regime da saúde, o regime da diferença e o regime do refúgio. Meus interlocutores – operadores da saúde do município cuja atuação profissional envolve a população refugiada – encontram-se na intersecção desses sistemas de signos agrupáveis para os fins desta pesquisa. Voltando ao defendido por Becker, esses três regimes organizaram-se dessa forma apenas porque emergiram no campo.

Exemplo disso: muitas vezes, em campo, meus interlocutores acionaram a categoria “equidade”. Pode-se atribuir toda sorte de significados a essa palavra: do dicionário, da

álgebra etc. No entanto, importava-me saber que significado tinha para aqueles que acionaram a categoria: os profissionais da APS. Para isso, precisei me voltar para os textos – acadêmicos ou programáticos – que informavam, em maior ou menor grau, tanto a prática como o *habitus*² profissional dos membros das equipes de saúde da família. Descobri, ao fazer isso, como esse conceito era tecido dentro de uma teia de significados dentro do campo do planejamento e gestão em saúde e que, para entender que noções estavam sendo mobilizadas por esse conceito, precisava qualificá-lo dentro do regime da saúde.

Faço esse preâmbulo para ilustrar o caminho percorrido até que eu tivesse três seções agrupáveis tematicamente: ainda que os regimes sejam inseparáveis entre si, faço esse recorte analítico por entender que meus sujeitos de pesquisa estão na intersecção desses regimes: saúde, diferença e refúgio.

1.1 O regime da saúde

Para entender, nas palavras de uma importante interlocutora, “a construção de um fluxo de para o atendimento à população refugiada”, faz-se necessário compreender como é organizado o sistema de saúde ao qual essa população será incorporada. Para esse fim, é preciso recuperar o contexto no qual o SUS brasileiro emerge, bem como a epistemologia que o norteia.

A forma como se desenha a política de saúde pública brasileira em muito está relacionada com a emergência do que Foucault (2008 [1979]) chama de “medicina social” na Europa em fins do século XVIII: trata-se do momento em que a medicina engloba em suas compreensões e práticas dimensões coletivas, em oposição a uma medicina individual e individualista. O corpo, para Foucault realidade biopolítica das mais contundentes, passa a ser central nas formulações de tecnologias sociais de controle. O crescimento dos espaços urbanos à época teve seus desdobramentos: amontoamento populacional, construção de oficinas e fábricas insalubres, esgotos a céu aberto, que acabam por criar, nas palavras de Foucault, “pequenos pânicos” que atravessaram a experiência urbana em cidades como Paris, por exemplo. Essas intercorrências fizeram crescer uma inquietude político-sanitária alimentada pela complexificação do tecido urbano: coube acionar a medicina urbana que,

² Entendido aqui em seu sentido bourdieusiano de “sistema socialmente construído de disposições estruturadas e estruturadoras, adquirido mediante a prática e sempre voltado para funções práticas” (BOURDIEU e WACQUANT, 1995, p. 83).

arvorada em um sistema “de vigilância generalizada que dividia, esquadrihava o espaço urbano” (FOUCAULT, 2008 [1979]), é desenvolvida especialmente na França na segunda metade do século XVIII.

Na Inglaterra, outra forma de medicina social aparece: a “medicina da força de trabalho”. A Lei dos Pobres é a primeira corporificação jurídica do espírito que viria a reger a medicina social inglesa: ao prever que os pobres se beneficiassem do sistema assistencial, estes foram submetidos ao escrutínio médico, enquanto um “cordão sanitário autoritário” transformou-se na fronteira entre a cidade dos pobres e dos ricos – esses últimos que não mais precisavam se importar em ser vítimas de fenômenos epidêmicos suscitados pelos operários. A Lei dos Pobres funda as bases para o aprimoramento do serviço de controle médico da população: tratam-se dos sistemas de *health service* e *health officers*, iniciados na Inglaterra em 1875. Tinham como objetivos (1) controlar a vacinação, obrigando a população a se imunizar; (2) averiguar patologias existentes na população, obrigando que as pessoas declarassem se tinham doenças perigosas; e (3) localização de lugares insalubres e intervenção nesses locais. Portanto, o sistema inglês de saúde pública era capaz de atuar em três frentes de poder: na forma de uma medicina assistencial destinada aos pobres, de uma medicina administrativa encarregada de questões mais gerais como a vacinação e de uma medicina privada que beneficiava quem possuía meios de pagar por ela, o que possibilitava a existência de um esquadrihamento médico bem completo. De posse desse esquadrihamento rigoroso da população e das conseqüentes distinções que esse esquadrihamento provocava, tem a medicina social o poder tornar uma “população” – conjunto de corpos que guardam entre si alguns traços biológicos comuns – objeto de análise, de vigilância, de intervenções cujo poder de ação é maximizado.

Isso porque a Revolução Industrial acabou por impactar fortemente as necessidades em saúde da massa trabalhadora que agora migrava ferozmente das regiões rurais para as grandes cidades – cidades que não estavam preparadas para receber milhões de novos habitantes. Aglomerações de famílias operárias habitavam velhos cortiços localizados em locais insalubres, trabalhando até 18 horas por dia. Esse novo universo sanitário, em que os locais de moradia e fábricas acabaram se tornando locais de propagação de doenças, gerou uma questão para o Estado, que acabou por operacionalizar a racionalidade capitalista da época. Era preciso, em um contexto de acelerado crescimento econômico, cuidar da saúde da mão-de-obra. A ordem capitalista dita toda uma agenda em saúde e torna responsabilidade do Estado o cumprimento dessa agenda.

Por que recuperar esse processo histórico para falar do SUS? Porque as condições sociais para a emergência de um arena de disputas de projetos para a saúde pública é produto da conjuntura na qual está inserida e da correlação de forças dos atores sociais e políticos que almejam imprimir suas agendas nas políticas de saúde. Nas sociedades capitalistas, essas agendas são fortemente dependentes de variações na conjuntura econômica dos países e os modelos assistenciais em saúde que derivam disso são, em grande medida, respostas dos governos a essas conjunturas específicas. Franco e Mehry (2007), nesse sentido, argumentam:

O setor saúde, como segmento produtivo, inserido no contexto do desenvolvimento capitalista da sociedade, vive os mesmos processos dos outros setores de produção, no contexto macroeconômico, ou seja, o processo de acumulação de capital. (...) O processo de produção de saúde, portanto, está incorporado ao desenvolvimento do capital e por consequência atende à geração e acumulação de riquezas (FRANCO e MEHRY, 2007, p. 74).

Parece evidente, portanto, que a modelagem dos serviços de saúde está intimamente ligada à ordem capitalista: o corpo saudável do trabalhador é essencial para a produção de mercadorias e serviços. Roga-se aos serviços de saúde que mantenham esse corpo saudável para a manutenção do sistema produtivo.

Longe, no entanto, de apresentar uma leitura achatada da realidade – em que o Estado, de cima para baixo, dita as políticas de saúde para a população e não encontra qualquer resistência para isso – é importante salientar que, simultaneamente aos interesses do capital, há também outros interesses em jogo. Temos dentro da esfera institucional uma disputa entre os que pensam a saúde como ferramenta para a acumulação de capital e ofertada em consonância com as regras do mercado e aqueles que pensam a saúde como um direito inalienável, que deve ser ofertada universalmente pelo Estado. Mesmo fora do âmbito estritamente institucional, a consciência política entre as classes menos abastadas faz com que, quando insatisfeitas com sua situação de marginalidade em relação à garantia do direito à saúde, estas sejam capazes de tensionar o Estado para a obtenção da garantia desse direito. A política de saúde resultante desse jogo de forças será definida por um perfil de modelo assistencial pensado pelo grupo – ou grupos – que forem capazes de hegemonizar esse processo.

Segundo Franco e Mehry (2007), houve três momentos em que um grupo foi capaz de hegemonizar sua visão de mundo e responder a momentos econômicos específicos, imprimindo sua agenda na política de saúde: no período de crescimento econômico do pós-guerra – cuja resposta é o desenvolvimento da Medicina Comunitária (MC) nas décadas de

1950/60; na Conferência de Alma-Ata (1978), que inaugura o debate sobre “Cuidados Primários em Saúde” e é uma resposta à grave recessão mundial que compromete os investimentos sociais, dentre eles os investimentos no setor saúde; e, por fim, nos anos 1990, em que grupos hegemônicos adotam a doutrina neoliberal e buscam uma configuração em que o Estado perde espaço, e só deve integrar o setor saúde a partir de complementações.

O crescimento econômico verificado no período pós-guerra possibilitou, sobretudo na Europa, o surgimento e fortalecimento de amplas políticas sociais, dentre elas um modelo sistema de saúde universalizante. O chamado “Estado de bem-estar social” é uma doutrina que vigora em vários países europeus nesse período, em consonância com demanda de movimentos da sociedade civil que reivindicavam políticas de saúde que garantissem o direito à saúde a todos. No entanto, apesar de pesados investimentos estatais no setor saúde, o modelo tecnoassistencial adotado – centrado na figura do médico (“médico-hegemônico”), focado em garantir procedimentos (“procedimento-centrado”) e cujo espaço por excelência de formação e atuação é o hospital (“modelo hospitalocêntrico”) – encarecia de sobremaneira os custos com a saúde pública nesses países. Esse modelo assistencial impulsiona e é impulsionado por um currículo que visava uma formação altamente especializada nas escolas de medicina. Além disso, como o modelo está intimamente ligado à ordem capitalista, sua dinâmica de produção de serviços é estruturada por interesses dessa ordem. A indústria farmacêutica ocupa um lugar de destaque na organização da assistência e no aumento dos custos desse setor no orçamento público. Dessa forma, temos à época um modelo centrado no profissional médico, cuja formação é altamente especializada, cujo principal compromisso da assistência à saúde é o de garantir a realização de procedimentos – consultas, exames, prescrições de medicamentos.

1.1.1 A Medicina de Família e Comunidade: uma nova epistemologia em cena

Paralelamente aos debates travados em torno da organização dos serviços de saúde na década de 1960, temos a emergência da Medicina Comunitária, fruto de um debate travado nos Estados Unidos e que aparecia como uma alternativa ao modelo centrado em procedimentos, em voga à época e altamente custoso aos cofres públicos. A Medicina Comunitária é estruturada a partir dos campos da epidemiologia e vigilância à saúde, e valoriza ações coletivas de promoção e proteção à saúde, não mais tomando como base para o

cuidado o indivíduo, mas sim o compreendendo como parte de uma coletividade. Essa nova perspectiva assistencial organiza o fluxo de atenção de modo hierarquizado em níveis de atenção, de menor para maior complexidade, enquanto outros profissionais não médicos ganham importância na assistência.

Se o debate é iniciado nos anos 60, é na década de 70 que esse modelo ganha força como resposta à adversidade econômica do período, já que a saúde, no contexto de grandes crises, torna-se uma questão para a maioria da população. Como responder à crise provocada por um cenário adverso de recessão, desemprego, arrochos salariais, que impactam diretamente na saúde das pessoas? Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reúne 144 países em Alma-Ata (URSS) para a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde. As propostas que surgem nessa conferência procuram responder aos altos custos da manutenção do sistema de saúde a partir de uma razão funcionalista que articula uma proposta eficiente, de baixo custo, que seja capaz de contemplar amplas camadas da população com ações básicas de assistência à saúde. Os Cuidados Primários em Saúde representariam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Essa nova proposta organizativa acaba por ganhar força junto a movimentos da sociedade civil por todo o mundo que se utilizavam amplamente dessa razão funcionalista advinda da epidemiologia e da vigilância que é base da APS.

No Brasil não é diferente, e a reforma brasileira da saúde de 1988 constitui um momento em que determinado segmento da sociedade conseguiu hegemonizar sua visão do sistema de saúde e introduzir mudanças significativas no modo como esse era operado. A criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, ocorre paralelamente à reforma do modelo de assistência.

O que preconiza, então, esse novo modelo? Que valores devem guiar a formação de uma nova epistemologia para a organização da assistência? E em que medida esse modelo de fato rompeu com o modelo médico-hegemônico que lhe precedeu?

A epistemologia da Medicina de Família e Comunidade e da APS, que muito influenciaram a própria criação SUS, é fruto de uma mescla de saberes oriundos da medicina clínica, do pensamento sanitário e também das ciências sociais e psicológicas. A ideia de totalidade vem no bojo do conceito de Atenção Primária à Saúde e norteia o paradigma que pretende superar a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo. Talvez o conceito que melhor englobe essa amálgama de saberes – e que se pretende algo totalizante – seja o conceito de biopsicossocial, termo cunhado pelo psiquiatra americano George Engel com o objetivo de superar as bases epistemológicas do modelo médico-hegemônico, de cunho

profundamente biológico-reducionista. O que se propõe é pensar a concepção saúde-doença não apenas como estados, algo estoico, dado, mas sim como um processo, processo esse que dialoga flagrantemente com o contexto social e comunitário no qual aquele usuário dos serviços de saúde está inserido. Há uma mudança de foco de atenção de uma equipe de saúde de um “indivíduo em relação” para um “indivíduo biológico”. A doença, de acordo com essa nova concepção, tem sua materialidade, mas seus efeitos, representações, esses são construídos nas interações sociais. Além disso, passa-se a adotar uma concepção dilatada de doença, tratada não apenas como ausência de doenças, mas sim como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 12/09/1978, p. 2).

Segundo Octavio Bonet (2014),

No modelo psicossocial é dada uma importância fundamental à concepção de *pessoa*: derivado dessa importância está o fato de que as consultas serão estruturadas segundo o *método centrado no paciente*, isto é, a estruturação das consultas vai depender dos problemas que o paciente traga, do problema que a pessoa perceba (BONET, 2014, p. 171).

Se o que havia antes era um modelo centrado em procedimentos, o que é proposto agora é um método clínico centrado no paciente que só pode ser materializado em ato se entram em jogo dois conceitos caros à especialidade da Medicina de Família e à Atenção Primária: integralidade e continuidade. Rubem Mattos (2001, p. 45), a esse respeito, cunhou uma definição de integralidade: “atitude dos médicos que se caracterizaria por uma recusa em reduzir o paciente a um aparelho ou a um sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste”. O que se almeja, a partir desse conceito, é que a responsabilidade médica não é terminada no momento em que o usuário é curado, mas que pode e deve existir antes mesmo que o usuário venha a ter um problema em saúde.

Fortalece-se a noção, em meados do século XX no Brasil, de que a medicina não poderia deixar de estar vinculada às problemáticas sociais do país. Tais problemáticas eram duas: a saúde de coletivos de pessoas e a prática médica. Para lidar com a primeira delas, a retórica que se construiu contribuiu para a cristalização do conceito de APS. Para a segunda, a solução apresentada, fruto também de uma crise no atendimento médico, foi a emergência de “um outro tipo de médico”, aquele que seria capaz de atuar no âmbito da Atenção Primária. Esse tipo de médico deveria concretizar em sua prática profissional uma posição político-ideológica que propunha um projeto de país e um médico a serviço desse projeto. Bonet (2014) narra que a necessidade de dialogar com os problemas sociais e seus desdobramentos em saúde é central na construção na escolha da especialidade e na identidade profissional de

muitos médicos generalistas – terminologia utilizada na Argentina, onde ele fez parte de seu estudo comparativo.

No entanto, havia a problemática significativa de que, uma vez elaborada o âmbito de atuação desse profissional – a APS, que abrangeria uma ampla variedade de problemas de saúde e uma atuação médica que considerasse as necessidades locais em saúde das comunidades – o material humano que concretizaria esse modelo na ponta dos serviços de saúde simplesmente não existia. Já foi aqui apontado que o modelo que vigorara até então – que teóricos da saúde coletiva, sanitaristas, militantes do movimento antimanicomial, dentre outros, tentavam superar – valorizava uma formação médica especializada, que tinha no hospital o local de formação por excelência. Havia a falta de uma política que valorizasse a formação de profissionais que soubessem lidar com algo que não patologias excepcionais, de universidades que incorporassem essa epistemologia em sua grade curricular. Um trecho especialmente ilustrativo disso na tese de Bonet – em que o antropólogo analisa a construção e institucionalização da MFC no Brasil e na Argentina – é a fala de uma médica de família que ouviu em Buenos Aires:

Toda a minha residência hospitalar foi feita no Hospital das Clínicas, que é um hospital de terceiro nível, universitário, e para onde vão todos os casos raros que andam dando voltas pela Argentina. Eu me cansei; quer dizer, sabia das coisas raras, mas não sabia muito das coisas comuns, aquelas que adoecem as pessoas. (...) Porque num hospital universitário se vê, talvez, 1% do que adoece a população, porém os outros 99% adoecem de outra coisa que não requer internação em um hospital universitário (BONET, 2014, p. 70).

Deriva disso o fato o fato da institucionalização da especialidade, tanto no Brasil quanto na Argentina, ter-se dado às margens dentro do campo das especialidades médicas, muitas delas institucionalizadas há muito dentro da medicina. Tais especialidades – a pediatria como exemplo – temiam a perda de espaço para essa nova especialidade que emergia e que se mantinha, de forma ambígua quanto à intenção de se manter dessa forma, extremamente polissêmica. Tal polissemia se devia a um conjunto de fatores: o primeiro deles é o fato de, sendo uma especialidade nova, não possuía profissionais formados com anos e anos de prática para ensinar o – nas palavras de Bonet – “ofício” nas universidades. Em outras palavras, faltavam pessoas que pudessem transmitir o habitus do médico de família para esses estudantes. Como poderia se esperar que os médicos recém-formados tivessem condutas condizentes com a especialidade se não estava totalmente determinado que condutas seriam essas? Bonet (2014) argumenta que, dada a polissemia tensionada da categoria profissional médico de família, abre-se espaço para a possibilidade da estratégia, das escolhas conscientes,

dos cálculos estratégicos. No momento da instauração da APS como estratégia, a opacidade inicial sobre quais seriam os médicos adequados que a levariam a cabo evitou que se estruturasse uma oposição forte à sua implementação. Além disso, a falta de estruturação e a ambiguidade sobre qual seria o campo de atuação deste médico transformaram-na numa especialidade que mais incluía do que excluía os interessados.

O que isso significa para o âmbito de atuação desses profissionais, a Atenção Primária em Saúde (APS)? E de que forma essa recente institucionalização da especialidade impacta na oferta de serviços em saúde para as populações que acessam o SUS?

1.1.2 A Estratégia de Saúde da Família: entre seus limites e potencialidades

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 e é o principal dispositivo reorganizador do modelo tecnoassistencial no âmbito da APS (DAL POZ e VIANA, 2005). O programa nasce com o objetivo de superar um modelo de assistência à saúde “marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas” (BRASIL, 1996, p. 2). Mais ainda, tem como objetivo:

(...) a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1998, p. 1).³

A Unidade Básica de Saúde integra o primeiro nível de ação e serviços dentro do sistema e deve estar vinculada ao restante da rede de serviços para que seja garantida atenção integral ao usuário, na medida em que a Atenção Primária é a coordenadora do cuidado e assegura a referência e contra-referência para os outros níveis de atenção do sistema. O formato do programa tem, para o seu funcionamento, a centralidade no território, que circunscreve a área de atuação de cada equipe. Cada unidade possui um território sanitário de abrangência e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a

³ “Programas e Projetos Saúde da Família”; MS, 1998; pág. 1. (documento disponível no site do Ministério)

essa área. Cada equipe é responsável pela assistência de um número de pessoas da população local (de 600 a 1000 famílias), com o objetivo de constituir vínculo entre equipe e usuários.

Cada equipe de saúde da família é composta minimamente de: um médico generalista ou um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe deve ser responsável por até 4500 pessoas.

A Estratégia de Saúde da Família (EsF) é pensada na esteira dos debates travados em Alma-Ata e é pretendida como disruptora da lógica do modelo médico-hegemônico. Franco e Mehry (2007), no entanto, apontam que é no plano da micropolítica que se pode, de fato, superar o modelo assistencial médico-hegemônico:

Os trabalhadores da saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudança dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, entendemos que será necessário constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseado no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização dos serviços (FRANCO e MEHRY, 2007, p. 24).

Entre os gestores, há também a percepção de que o âmbito da APS é esse espaço presidido por esses valores. Uma das gerentes de UBS mobiliza esse imaginário reformista que foi parte integrante da formulação da política numa fala em *Recomeço* (2017: 67):

Queremos proporcionar esse acesso e cuidado integral. Isso faz toda a diferença. Quando você lida com saúde, não está em jogo apenas a parte técnica e profissional, mas também a questão do ser humano. O profissional da Atenção Primária tem esse perfil da empatia, da escuta, de saber do seu papel na garantia dos direitos. (...) A gente atende aqui um público heterogêneo, que exige que a gente fique o tempo todo olhando para si e para nosso processo de trabalho, precisamos sempre considerar as diferenças para garantir a igualdade.

No entanto, Franco e Mehry (2007) se mostram reticentes quanto à possibilidade de uma mudança no núcleo epistemológico do modelo, argumentando que, se é necessário que se constitua uma nova ética entre os profissionais, é apenas no plano da micropolítica que isso se torna possível. A promulgação pelo Ministério da Saúde de uma política – o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) - que prescreva um modelo tecnoassistencial centrado no usuário e que valorize os princípios da integralidade e da continuidade do cuidado não é suficiente para que, no fazer cotidiano dos profissionais de saúde, tais diretrizes se materializem em ato na assistência.

Ainda segundo esses autores, o que tem se verificado nos serviços que mudaram seus modelos de assistência nessa direção é que isso se deu a partir de iniciativas de secretarias de

saúde – estando as secretarias municipal e estadual do Rio de Janeiro entre elas. Duas experiências exitosas na assistência à população refugiada são narradas em *Recomeço* (2017), título da publicação da SMS carioca, e foram possibilitadas porque as gerências das unidades de saúde, a partir de seus microespaços de trabalho e poder, foram capazes de “sensibilizar e capacitar os profissionais” para a questão dos refugiados que passaram a acessar suas unidades de saúde.

No que tange aos médicos, não são todas as equipes de saúde da família que contam com profissionais com especialidade em medicina de família para atuação nas unidades. Isso se deve em parte à marginalização, ainda hoje, dessa especialidade dentro do campo médico: não há centros formadores de profissionais da especialidade suficientes para suprir e expandir o PSF. Segundo a pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, realizada em 1995 pela Fiocruz/CFM, dos médicos registrados nos Conselhos de Medicina, apenas 2,6% são especializados em medicina de família. Não ter um médico de família em cada equipe pode dar indícios – e algumas das entrevistas conduzidas traz indícios disso⁴ – de que, em seus microespaços de trabalho e poder, onde contam com relativa autonomia para empregarem os princípios e valores que lhe pareçam melhores, estes podem não estar levando a cabo uma epistemologia integral na prática cotidiana. Franco e Mehry (2007), nesse sentido, argumentam que seria mais adequado um modelo que fosse capaz de incorporar outras especialidades – notadamente as básicas, pediatria, ginecologia e clínica geral – na EsF, dando-lhes a oportunidade de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres.

Mesmo entre as equipes que contam com profissionais da especialidade, pude perceber alguns desafios na assistência às populações: uma médica de família me contou na Feira de Saúde da Cáritas que, por trabalhar numa unidade de saúde situada numa área de classe média do município, sempre se deparava com pacientes que demandavam consultas com especialistas. Para ela, que estava lotada anteriormente em uma unidade de saúde situada em uma área pobre da cidade, era evidente que o corte de classe influenciava a percepção que os usuários tinham da MFC. Ela conta ter precisado explicar pacientemente a uma paciente grávida que ela poderia, tranquilamente, fazer seu pré-natal com uma médica de família, que também poderia acompanhar o bebê uma vez nascido. “Eu preciso ficar explicando que não sou médica do coração, do rim, do sistema reprodutor; sou médica da pessoa”, relatou, enunciando o título do livro que norteia essa seção.

⁴ Explicito os limites de uma prática efetivamente integral no Programa de Saúde da Família nas entrevistas com os interlocutores médicos.

1.1.3 Os distritos sanitários e os agentes comunitários de saúde

O Programa de Saúde da Família (PSF) adota a diretriz de vínculo e sugere a adscrição de clientela, de 600 a 1000 famílias, em um determinado território, que são adscritas a uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde.

Territorialização e vínculo são ideias nucleares à Estratégia de Saúde da Família. Esse desenho do programa baseado em territórios sanitários evidencia a relação estreita entre Atenção Primária e razão funcionalista advinda da epidemiologia e da vigilância em saúde. O espaço territorial deve ser, sob essa ótica, o lócus operacional das ações das equipes, a partir de tecnologias de planejamento território-centradas, que circunscrevem uma certa área de responsabilidade sanitária do gestor local. Segundo Franco e Mehry (2007), essas micro-áreas são delimitadas de acordo com um perfil homogêneo de condição socioeconômica da sua população, e esse perfil define o seu grau de riscos à saúde.

Ter um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde como referência para o cuidado de pessoas e grupos tende a fortalecer a ideia de vínculo. Essa equipe passa a ser a “porta de entrada” do usuário no sistema de saúde.

O agente comunitário de saúde (ACS) é uma categoria profissional cuja criação remonta ao Programa Nacional de Agente Comunitários de Saúde (PNACS), criado em 1991, que tinha originalmente como objetivo reduzir a mortalidade infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo. Em 1992, após sua implantação no estado do Ceará obter reconhecimento do Ministério da Saúde, passou a se chamar Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, esse programa é integrado ao Programa de Saúde da Família, mas apenas em 1999 é regulamentado pela primeira vez. A criação da profissão ACS, no entanto, ocorreu em 2002 e se dá num âmbito interessante: seu exercício se efetiva “exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde” (BRASIL, 2016, p. 9). Tem-se, portanto, a criação de uma categoria profissional que não apenas só existe nos serviços de saúde públicos, como também é bastante *sui generis* do modelo brasileiro e talvez a categoria que melhor encarne a epistemologia da EsF: por serem necessariamente moradores da localidade em que a unidade se situa, são responsáveis por fidelizar a população à Unidade Básica de Saúde. Por conhecerem os espaços de sociabilidade dos usuários, bem como sua relação com o território e com sua família, são os profissionais

que, provavelmente, melhor compreendem o “indivíduo em relação”. O PACS é tido como uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS e peça fundamental na reorganização dos serviços municipais de saúde, “com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde” (BRASIL, 2001, p. 5).

O desenvolvimento das principais ações do Programa de Saúde da Família encontra na figura do ACS sua força-motriz: tratam-se de “pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população” (Idem). Esses profissionais são responsáveis, entre outras coisas, pelo primeiro contato do serviço de saúde com o usuário. São eles os responsáveis pelo cadastramento do usuário ao SUS, bem como o mapeamento das residências e coleta de informações referentes a variáveis que influenciam a qualidade da saúde dos usuários, como condições de moradia, por exemplo. Para tal, realiza a Visita Domiciliar (VD), seu principal instrumento de trabalho, juntamente a outros profissionais.

O cadastramento da população de um distrito sanitário à sua unidade de referência pode se dar por duas vias: pela busca ativa, ou seja, a partir do momento em que o usuário procura sua clínica de referência, ou pelas VD. A importância da figura da agente comunitária no cadastramento da população refugiada ficará explicitada ao longo deste trabalho.

1.2 O regime da diferença

A todo o momento, neste trabalho, aciono categorias que situam as pessoas com quem conversei no mundo. Essas categorias, ainda que não conformem sempre diferenças biológicas entre os sujeitos, organizam as práticas e se projetam de forma indelével no cotidiano dos meus interlocutores. Chamo essas categorias de *marcadores sociais da diferença*. Dessa forma, podemos encarar esses marcadores como atores sociais: acreditamos nessas categorias e organizamos o mundo a partir deles. Os marcadores que emergiram no campo e na análise – gênero, raça, classe e nacionalidade – organizam significados para a experiência tanto de operadores quanto usuários.

As mulheres refugiadas que habitam o território, localizado em área periférica do município, são em sua grande maioria mulheres negras e pobres. São, também em sua maioria, oriundas da República Democrática do Congo. No que diz respeito à dinâmica de inserção laboral, há uma tendência de que integrem o mercado informal de trabalho nos países

de destino (MOROKVASIC, 1984), que se estabeleçam e se concentrem em áreas precárias, com condições de moradias não ideais. Essas imigrantes acabam inseridas em processos de violência estrutural característicos de grandes centros urbanos que recebem essas pessoas (AGUIAR e MOTA, 2014).

O que se pode perceber, então, é que está em jogo uma articulação de processos de discriminação de gênero, classe, raça e nacionalidade, o que torna a posição de mulheres migrantes nos países de destino particularmente vulnerável. A esse processo atribui-se conceito de interseccionalidade: articulação das múltiplas diferenças (PISCITELLI, 2008) que se inscrevem nos corpos das mulheres refugiadas habitantes da área.

Por questões didáticas, procurarei me debruçar sobre cada um desses marcadores, historicizando sua construção. Iniciarei a explanação com um marcador que, segundo Donna Haraway (2004, p. 209) “é central para as construções e classificações de sistemas de diferença”: o gênero.

O conceito de “gênero” pode ser usado para descrever o que é socialmente construído em oposição ao que é biologicamente dado. Gênero, nesse sentido, é pensado como referência ao comportamento, e não ao corpo, daí a distinção feita entre “gênero” e “sexo”: enquanto o primeiro estaria relacionado à dimensão da cultura, o segundo teria mais relação com a dimensão da natureza (RUBIN, 1975). Esse tipo de formulação teórica está historicamente situada em um momento da história do feminismo em que era necessário separar esses dois campos (natureza e cultura), já que o sistema assimétrico vigente legitimava a diferença entre homens e mulheres ancorando essa diferença na natureza: era o corpo o local onde as diferenças estavam inscritas. Coube às teóricas feministas, então, criar uma nova chave empírica para entender a diferença: o gênero, características adquiridas por um processo de socialização que acaba por internalizar nos indivíduos comportamentos esperados em determinadas situações. Isso fazia parte de um empreendimento teórico-político que objetivava desnaturalizar as relações desiguais entre homens e mulheres; isso possibilitou que essas teóricas sustentassem a noção de que constantes da natureza são responsáveis por certas constantes sociais sem ter de aceitar que tais constantes sociais não possam ser mudadas (NICHOLSON, 2000). No entanto, ainda estava o direcionamento das influências sociais – o gênero, a cultura – ancorado no fisiológico/orgânico/biológico, ou seja, na natureza.

A perspectiva teórica à qual me filio – fruto das demandas de seu tempo – descreve o gênero como referência a qualquer construção social que tenha a ver com a distinção masculino/feminino. Isso ocorre porque o que se defende com essa perspectiva é que as duas dimensões – natureza e cultura – são indissociáveis: a sociedade não só forma a personalidade

e o comportamento, mas também as maneiras como falamos de uma suposta natureza do corpo e dos sexos.

A esse respeito, a contribuição de Thomas Laqueur em *Inventando o sexo* (2001) é central: ao mapear historicamente as representações anatômicas dos corpos, Laqueur nos brinda com uma fantástica afirmação, que intitula o capítulo 2 da obra: “Destino é anatomia”, em flagrante referência à Simone de Beauvoir e seu “Biologia é destino” de *O segundo sexo* (2016 [1949]). Temos, na figura desses dois teóricos, dois pólos conceituais que disputam o sentido da categoria gênero: de um lado, uma filósofa de primeira onda do feminismo que entende que os corpos biológicos ancoram os comportamentos introjitados por homens e mulheres – a cultura – e, de outro, um historiador que defende, de forma oposta, que a cultura em muito ancora nossas percepções e representações dos corpos, nossa anatomia. Destino – cultura – é anatomia – natureza.

Laqueur resgata historicamente a representação dos corpos em dois momentos da humanidade: de um lado a antiguidade clássica e a retórica dos anatomistas do século XVI, que postulavam a existência de um corpo de sexo único, em que a fronteira entre o corpo masculino e feminino não era de espécie, mas sim de grau de perfeição, e, de outro, a visão moderna sobre o corpo – o modelo de dois sexos.

Laqueur (2001) se debruça detidamente sobre a construção, na Antiguidade Clássica, da relação entre uma ordem cósmica, metafísica, e sua reflexão inegável nos corpos nesse período. A literatura médica e filosófica da época representava um corpo de sexo único: “nada poderia ser mais óbvio, insinuou o mais influente anatomista da tradição ocidental, que imaginar mulheres como homens” (LAQUEUR, 2001, p. 41). Dessa forma, em vez de serem distinguidos como se faz hoje, por suas anatomias reprodutivas, eram ligados por um sexo comum. Postulava-se uma paridade topográfica que ilustrava uma hierarquia sexual do calor e da perfeição: a mulher, por ser mais fria, tinha seu sistema reprodutivo invertido, simetricamente oposto ao sistema reprodutivo masculino. O corpo masculino englobava o feminino, que seria uma versão mais imperfeita daquele.

Um salto temporal leva o leitor, então, para a retórica dos anatomistas do século XVI, que foram capazes de, finalmente, abrirem os corpos humanos para enxergar as diferenças: poder-se-ia esperar, com a emergência de um coletivo de pensamento que valorizava agora o empirismo do olhar e o toque, que fossem reveladas verdades radicalmente distintas sobre o corpo. Ledo engano: “nova ciência, uma só carne”. Como o título do capítulo sugere, a teoria médica e fisiológica da renascença apenas corroborou as visões da antiguidade clássica sobre o corpo: não seria a primeira vez que a ciência estaria a serviço de borrar algumas diferenças e

salientar outras, projetando hierarquias sociais nas representações dos corpos. Mary Douglas (1976), a esse respeito, tem uma formulação interessante em *Pureza e perigo* (1976, p. 8): “É só exagerando a diferença entre dentro e fora, por cima e por baixo, masculino e feminino, com e contra, que se cria uma aparência de ordem”.

Alguém que quisesse demonstrar as principais diferenças entre a visão da Antiguidade Clássica do modelo de sexo único e a visão moderna dos dois sexos assim o faria: se a retórica clássica não precedia de uma divisão entre natureza e cultura, já que nessa episteme as categorias sociais são naturais e as reivindicações dos gregos da época sobre a fisiologia masculina e feminina eram construídas como estratégias representativas de uma realidade extra-corpórea, a visão moderna dos dois sexos ancora papéis sociais na natureza. Há, portanto, uma divisão entre natureza e cultura – ou corpo e mente – que simplesmente não existia na Antiguidade Clássica. O ponto que quero reforçar aqui é o de que há uma relação necessária entre corpo e cosmos na episteme clássica: o corpo é encarado como um microcosmos que reflete uma ordem maior, uma hierarquia pré-determinada. O orgânico/biológico, portanto, não causa – como a fisiologia moderna postula –, apenas reflete e manifesta essa ordem cósmica. Marcos biológicos importam menos nesse contexto do que as hierarquias metafísicas que tais marcos refletem.

Ainda na esteira dos trabalhos que invertem a lógica traçada por Beauvoir e defendem que a cultura influencia e modela a forma como cientistas descrevem o que descobrem sobre o mundo natural, temos as contribuições da antropóloga americana Emily Martin. Em dois trabalhos distintos, a autora desconstrói as metáforas sobre o corpo da mulher: em “The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female roles” (1991), a autora chama a atenção para as metáforas baseadas em papéis de gênero que são utilizadas para descrever o óvulo e o espermatozóide; em *A mulher no corpo* (2006), chama a atenção para as metáforas relacionadas à produção capitalista utilizadas para descrever o processo de reprodução: analogias retiradas do âmbito fabril para se falar sobre parto; descrição da menstruação como produção fracassada; da menopausa como um fracasso incontornável de uma máquina (re)produtiva.

1.2.1 A colonialidade do gênero

A construção da categoria política “mulher”, portanto, não se deu sem conflitos no âmbito das lutas de mulheres, seja na academia ou na militância. Era preciso criar um sujeito desse feminismo; naquele momento histórico, uma coalizão que sustentasse essa categoria foi necessária. A antropóloga australiana Raewyn Connell (2016) argumenta que contemporaneamente, no entanto, é preciso de que superemos concepções unitárias sobre o sujeito do feminismo. Uma vez já estabelecido, faz sentido que reconheçamos a diversidade de vozes e experiências dentro desse grande guarda-chuva conceitual que é a categoria mulher.

Dessa forma, a própria forma como as análises de gênero são empreendidas – como parte de uma economia global do conhecimento que posiciona o momento da teoria da metrópole, relegando à periferia exportar os dados e importar ciências aplicadas – deve ser problematizada. Longe de achar que uma revolução de classe ou o fim da colonização colocariam por terra as assimetrias de gênero, Connell (2016) defende, acertadamente, que dinâmicas de gênero assumem formas específicas quando em contextos coloniais e pós-coloniais. É nesse momento que os marcadores nacionalidade, raça e classe articulam-se ao gênero:

A violência generificada teve um papel formador na configuração das sociedades coloniais e pós-coloniais. A colonização em si, era um ato generificado, levado a cabo por uma força de trabalho imperial majoritariamente composta por homens retirados de ocupações masculinizadas, como o serviço militar ou o comércio de longas distâncias. O estupro das mulheres em sociedades colonizadas era uma parte normal da conquista. A brutalidade era parte constituinte das sociedades coloniais, tenham sido elas de povoamento ou colônias de exploração. A reestruturação das ordens de gênero nas sociedades colonizadas também era parte comum da elaboração de economias coloniais, a incorporação de homens da economia imperial como trabalhadores escravizados, semiescravos [*indentured*] ou migrantes em fazendas e minas. Adicione-se a isso a incorporação das mulheres como trabalhadoras domésticas, da agricultura ou fabris, e em pouco tempo também como donas de casa e consumidoras e poderemos ter uma noção da escala das consequências do poder colonial, na história mundial das relações de gênero (CONNELL, 2016, p. 31).

Isso posto, também relembra que a maioria esmagadora da população mundial vive em países com históricos coloniais e/ou pós-coloniais e/ou neocoloniais, sendo sua socialização

diretamente afetada por isso. Simone de Beauvoir – autora metropolitana que no Brasil é tida como uma das grandes fundadoras dos estudos de gênero – produziu em uma época em que se precisava concretizar quem era o sujeito do feminismo para que se pudesse construir uma agenda política concreta que englobasse esse sujeito, deixando à margem de suas formulações diversas experiências de mulheres na periferia do mundo – inclusive as mulheres congoleesas que são sujeito dessa pesquisa e que tiveram experiências coloniais em que o império era o país de Beauvoir. Décadas depois, é problemático que ainda nos apoiemos em arcabouços teóricos inteiros que dizem respeito a uma experiência limitada de uma minoria privilegiada. A produção de conhecimento não existe em um vácuo incondicionado a perspectivas de mundo disponíveis na metrópole e circunstâncias a que estavam submetidos cientistas da metrópole à época.

Para Connell (2016), e essa é uma perspectiva à qual me alinho, gênero é uma categoria social que tem um ancoramento material. Deriva, portanto, da relação entre o biológico e o simbólico, já que envolve um vasto processo formativo ao longo da história, em que corpos e culturas são constantemente conformados. As análises do Norte em que têm centralidade esse marcador social da diferença adotam, tendencialmente, abordagens fundamentalmente estatísticas e categóricas, envolvendo unicamente as categorias masculino e feminino. Com isso, deixam de fora outras identidades coletivas que nascem no seio de diferentes movimentos de mulheres: movimentos de sobrevivência de mulheres indígenas que assumem a divisão existente de trabalho segundo o gênero ou movimentos de mães cujos filhos foram vitimados pelas ditaduras na América Latina – movimentos cujas militantes mobilizam noções caras ao feminismo sufragista, como a divisão sexual do trabalho e a maternidade.

Um outro ponto cego nas teorias do Norte quando aplicadas à realidade da periferia é a questão da terra. Ausentes dessas teorias em geral, é uma questão primária para analisar o colonialismo e o poder pós-colonial. Connell (2016) argumenta que é necessário, pois, que as análises de gênero – mas não só – feitas na periferia levem em conta o conceito do sociólogo peruano Aníbal Quijano (2000) de “colonialidade do poder”. Isso porque um exame minucioso mostra algumas continuidades históricas entre a era colonial e o presente, continuidades que ainda reverberam nas dinâmicas de gênero nesses países. Atentar para a “colonialidade do gênero” – termo cunhado pela própria Connell a partir de seu lugar de teórica de um país que também teve experiências coloniais – torna-se, pois, mister.

Entendendo a categoria gênero como necessariamente material, a discussão sobre os corpos do Sul tem um desdobramento interessante na formulação de Connell (2016): ela sustenta que biologia e sociedade não estão nunca apartadas, e que há uma co-construção

entre o biológico e o social. Tal formulação culmina no conceito de “corporificação social”, segundo ela o processo em que configurações corporais – e, portanto, questões de saúde – são conformadas por dinâmicas sociais. Esse processo já é reconhecido, por exemplo, no relatório de 2008 da OMS sobre os “determinantes sociais da saúde”, um claro movimento no sentido de conjugar a sujeição dos corpos ao poder conformador das estruturas sociais.

Experiências de violência foram vividas pelo mundo colonizado ao final do período formal dos impérios, seja em guerras de independência (a Índia sendo um exemplo emblemático) ou golpes e/ou guerras civis financiadas pela metrópole (caso flagrante de países da América do Sul, o Brasil entre eles), e países da África Central, (como o Congo) no período pós-colonial. Nada disso pode ser descartado ao analisarmos as situações de vulnerabilidade a quais estão submetidas as mulheres congoleesas que estão instaladas no município do Rio de Janeiro ou os imigrantes bolivianos que vivem no bairro do Bom Retiro, em São Paulo: essas experiências violentas acabaram por produzir pessoas sem terra – já que boa parte do processo de colonização consistia em despossuir grupos que às vezes mantinham relações profundamente estreitas com seu território ancestral - que passam a viver em agrupamentos informais ao redor de cidades inchadas, com acesso precário à renda, à segurança, à educação ou aos serviços de saúde. A antropóloga australiana defende – em movimento similar ao da OMS – que populações submetidas a experiências coloniais violentas estão sujeitas a altas taxas de doenças crônicas.

Outro exemplo de corporificação social dado pela autora é o processo de extração do lucro a partir do trabalho de outras pessoas. A interface em gênero desse processo é o fato de que os corpos dos homens da classe trabalhadora são explorados, e tal exploração está ancorada, via de regra, na presença de uma companheira também explorada que provém as condições materiais que permitirão que esse corpo masculino trabalhe. O impacto do colonialismo e do neocolonialismo no próprio processo reprodutivo também é exemplo de corporificação social: a Síndrome Alcoólica Fetal é uma condição que afeta mais frequentemente grupos étnicos subordinados; de forma similar, a autora também discorre sobre como os corpos femininos são frequentemente arenas para conflitos discutidos majoritariamente por homens, sendo a criminalização do aborto em diversos países do Sul Global – incluindo o Brasil – exemplo de como o destino dos corpos precisa ser visto levando-se em consideração dinâmicas sociais.

1.2.2 Marcadores sociais da diferença e seus desdobramentos em saúde

Encaro também o processo saúde-doença como algo que fugiria apenas de marcadores biológicos: também é esse processo exemplo de corporificação social. A tentativa aqui é, então, tentar compreender de que maneira alguns marcadores sociais da diferença organizam a forma como os recursos econômicos e políticos são distribuídos desigualmente dentro da população e como essas desigualdades sociais acabam traduzidas em desigualdades em saúde. Essas desigualdades interferem diretamente no processo de produção da saúde e da doença de indivíduos que integram grupos que articulam um ou mais marcadores, o que os coloca em situação desvantajosa quanto à possibilidade de serem e se manterem sadios.

A aprovação do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 é a materialização jurídica de uma noção que emergia à época e que está diretamente relacionado à criação mesma do SUS: a saúde como um direito de todos, necessariamente garantida pelo Estado, mas também noção algo sensível ao fato de que deve ser um direito assegurado aos que menos têm condições de serem e se manterem sadios. Dessa forma, a noção de equidade é bastante ilustrativa dessa concepção de que a diferença pede respostas diferentes de uma política de saúde universal.

Posto isso, é importante salientar que a relação entre desigualdade social e malefícios à saúde não é equação pacífica dentro da literatura. De acordo com Rita Barata, em seu panorâmico “Como e por que desigualdades sociais fazem mal à saúde” (2009), há algumas grandes teorias que tentam equacionar esses dois elementos: (1) a teoria estruturalista, que entende que recursos materiais escassos para determinados grupos faz com que tenham capacidade reduzida de responder aos estressores em suas vidas; (2) a teoria psicossocial, que tenta alçar à condição central de causador de malefícios à saúde a desvantagem social que alguns grupos têm frente a outros, sem que isso signifique que os níveis de pobreza do país sejam alarmantes. Essa teoria é especialmente interessante porque postula que em países onde as necessidades básicas da população como um todo são atendidas, o nível de riqueza material perde importância frente às diferenças relativas na posse de bens e posições de prestígio e poder – noção corroborada por Elias e Scotson (1990) ao mencionar a produção de um estigma dentro de um povoado em que a classe social do grupo estabelecido e outsiders não diferia. Dessa forma, quando um certo limiar de oferta de serviços públicos fornece alguma segurança social à população, diferenças relativas dentro de grupos ganham mais destaque como influenciadoras no estado de saúde dessas pessoas.

O gênero, categoria já amplamente discutida em seção anterior, é uma variável que tem importante relação com o estado de saúde das pessoas: as hierarquias de gênero acabam por designar papéis sociais distintos que se espera que homens e mulheres cumpram. Cria-se um mundo simbólico a partir de uma diferença sexual que organiza o que se espera de homens e mulheres em termos de performance⁵: isso contribui, por exemplo, para que homens tenham comportamentos mais nocivos à saúde, relacionados ao álcool, ao tabaco etc. e que tenham, também, relações outras com a enfermidade e com seu corpo. Para as mulheres, as hierarquias de gênero designam outras coisas: são as principais responsáveis pelo cuidado – de si próprias e de seus filhos, quando não dos companheiros –, o que influencia sua percepção do processo saúde-doença. No campo essa noção foi corroborada: todos os trabalhadores da saúde com quem conversei reportaram ser uma mulher invariavelmente a responsável pelo cuidado das crianças assistidas na clínica. Há, também, correlação entre gênero e mortalidade: para a maioria das populações, a mortalidade é maior entre os homens em todas as faixas etárias a partir do nascimento, fatores atribuídos a diferenças na exposição a fatores de risco no decorrer da vida.

O que se percebe é que há um movimento no sentido de entender que a saúde das populações está flagrantemente relacionada não apenas a um agente nosológico, mas também a condições estruturais e conjunturais às quais estão submetidas tais populações. Doenças, segundo as perspectivas dessas duas teorias – que não são excludentes –, são necessariamente sociais, porque são construídas e percebidas a partir de um sistema de crenças e representações tributária do cosmos social no qual está inserida. Falando de forma ainda mais geral, o que se postula aqui é que saúde é um produto social: as formas de organização social produzem populações mais saudáveis do que outras.

Um exemplo profundamente emblemático disso é demonstrado na pesquisa citada por Barata (2009) em seu livro: um estudo realizado por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo (USP) concluiu que o marcador de classe está correlacionado de forma significativa com o risco para baixo peso de bebês ao nascerem. A incidência de baixo peso nesses bebês estava correlacionada a dois fatores de risco: hábito de fumar e classe social. No entanto, a incidência de baixo peso em bebês cujas mães fumam é menor do que em bebês cujas mães são pobres: filhos de mães burguesas fumantes têm menos risco de nascerem com baixo peso do que bebês de mães do proletariado e subproletariado que têm o hábito de fumar. A escolaridade materna também é outra variável que influencia

⁵ Performance entendida aqui como em Butler (2017), como uma incorporação posta em ato, efeito de significação corporal, essencialmente apenas imitativa de um ideal efetivamente inexistente.

flagrantemente a saúde infantil: o risco de ter um bebê pequeno para a idade gestacional é inversamente proporcional aos anos de escolaridade da mãe. Pela perspectiva materialista histórica - fonte teórica na qual o conceito de classe utilizado em inúmeras pesquisas sobre desigualdades em saúde bebe – a posição ocupada pelos indivíduos na estrutura de classes oferece a estes uma série de constrangimentos e circunstâncias que os direciona para um determinado modo coletivo de percepção de suas questões de saúde.⁶

Se o marcador de classe tem peso fundamental nas questões de saúde das populações, raça também é um marcador que também importa, ainda que em muitos trabalhos seja tratada apenas como um emulador da classe. De acordo com a perspectiva a qual me alinho, raça é uma construção social que, ainda que não tenha qualquer ancoramento válido na biologia, tem efeitos concretos na vida das pessoas. No Brasil, local em que a escravização de povos africanos vindos da África ocidental e meridional foi parte de nossa experiência colonial por séculos, raça e classe estão imbricadas de forma muito articulada, o que pode ajudar a explicar parte do movimento de redução de uma variável (raça) a outra (classe). Guimarães (2003), ao fazer cuidadosas distinções analíticas para discorrer sobre como a categoria raça deve ser usada em sociologia, ilumina uma questão essencial para entendermos em que medida nossa herança escravocrata tem influência nas relações racializadas – e intimamente ligadas à classe – no Brasil:

Essas pessoas escravizadas foram chamadas de “africanas” e “negros”; essas foram, digamos, as duas identidades criadas originalmente na sociedade escravocrata brasileira, em que o negro tinha um lugar e esse lugar era a escravidão. Então, nessa sociedade muito racista a raça era importante, nativamente importante, para dar sentido à vida social porque alocava as pessoas em posições sociais (GUIMARÃES, 2003, p. 99).

Tínhamos, portanto, uma sociedade em que uma categoria racial - a de negro – indicava pertença à uma outra categoria – “escravo”, encarada como uma categoria que indicava posição social. A divisão entre “senhores” e “escravos”, portanto, organizava a sociedade escravocrata brasileira, o que acabava por articular nativamente as categorias classe e raça. Ao conceder o sistema escravocrata um número de alforrias grande – já que no Brasil o que sustentou a escravidão foi o tráfico e não a reprodução de escravos –, formou-se no país um

⁶ A relação travada entre paciente e médico, por exemplo, é discutida por Luc Boltanski em *As classes sociais e o corpo* (2004 [1971]): tem-se nessa relação um elemento único, qual seja, ser o objeto de intervenção um ser pensante, animado, “que pode saber-se doente, saber alguma coisa sobre sua doença (...) e ter uma opinião sobre a maneira como se deve proceder para curá-lo”. (BOLTANSKI, 2004 [1971], p. 13) Dessa forma, o detentor do saber biomédico legítimo – o médico – deve necessariamente relacionar-se com seu paciente, que pode oferecer resistências ou a mais completa adesão ao plano terapêutico proposto. Postulações a respeito dessa relação serão feitas no Capítulo 3.

número de homens negros livres, que precisariam ser (simbolicamente) incorporados a essa grande narrativa de um povo brasileiro. O lema da ideologia racial vigente era o de que éramos todos brasileiros e falar de raça era incorrer em racismo: a noção de raça não era, portanto, um princípio classificatório nativo. Com efeito, o antirracismo é uma das doutrinas fundacionais desse novo Estado-nação que se construía. Outra categoria nativa, no entanto, organizava racialmente os sujeitos: cor. Essa classificação se percebia de forma alguma excludente; tratava-se supostamente de uma sociedade aberta em que pessoas de todas as cores – negros, brancos, índios – poderiam ascender aos grupos sociais mais ricos. Essa concepção era, inclusive, chancelada pelas ciências sociais – que em sua primeira forma de pensar esse aspecto da realidade social permaneceu acoplada à ideologia do projeto nacional empreendido pelo Estado brasileiro:

O termo ‘democracia racial’ passa, portanto, a carregar e sintetizar uma certa constelação de significados. Nela, raças não existem e cor é um acidente, algo totalmente natural, mas não importante, pois o que prevalece é o Brasil como Estado e como nação; *um Brasil em que não existem etnias, salvo alguns quistos de imigrantes estrangeiros*. Inventa-se, portanto, um povo para o Brasil (...) (GUIMARÃES, 2003, p 102, grifo meu).

Ainda que duras críticas – sendo o Movimento Negro Unificado um dos principais denunciadores disso – tenham recaído sobre a validade do conceito cunhado por Gilberto Freyre (1933), não se pode ignorar que, como ideologia fundante, o chamado por seus críticos de “mito da democracia racial” é um discurso que, de alguma forma, ainda organiza a forma como as pessoas (inter)agem, sendo uma narrativa extremamente importante para a ideia de nação brasileira. A noção de cor, extremamente naturalizada no discurso nativo, é ainda uma boa forma de operacionalizar o conceito de raça quando fazemos pesquisas, já que é importante mobilizar conceitos que sejam familiares aos sujeitos de pesquisa, traduzindo conceitos analíticos em conceitos nativos para que qualquer ruído nas respostas a perguntas como “qual é a sua raça?” seja minimizado. Raça, mesmo com toda a politização em torno da categoria, ainda hoje não constitui como conceito inequívoco entre os nativos.

Por que, então, essa digressão em torno desse marcador social da diferença – a raça? Primeiramente, porque acho importante qualificar a categoria me distanciando radicalmente dos que a encaram como corporificação de uma diferença biológica entre os sujeitos. Segundo, por entender que explicitar em que medida a construção dessa categoria no Brasil esteve articulada com a posição social dos sujeitos nos ajuda a entender como esse marcador com frequência é subsumido à classe.

Em pesquisas sobre desigualdades em saúde, mesmo controlando-se outras variáveis como gênero ou classe, a raça tem efeito independente sobre a saúde: os integrantes de minorias raciais possuem desvantagens estruturais relacionadas à “discriminação racial e econômica, segregação espacial, destituição do poder político e desvalorização cultural” (BARATA, 2009, p. 66). Os efeitos de uma sociedade racista sobre a saúde de uma população inferiorizada com base em sua raça também são expressos nas situações de exposição dessas pessoas a discriminação. Tais situações de discriminação estão relacionadas, para além de problemas psíquicos, ao acesso dessa população aos serviços de saúde: a literatura relata que a frequência de exposição a situações discriminatórias está correlacionada à hesitação em buscar os serviços de saúde, ainda que a discriminação não tenha ocorrido nesses serviços. A percepção dessa discriminação varia com o nível socioeconômico dos indivíduos, o que demonstra como as duas variáveis têm estreita relação. Quanto melhor posicionado na escala social, mais chances de perceber que se foi vítima de discriminação baseada em raça.

Também é digno de nota postular que, ao contrário das categorias gênero e classe – algo naturalizadas em nossa experiência –, no Brasil é possível que se passe décadas de vida até que se pense sobre a sua identidade racial. Nos Estados Unidos, onde essa categoria integra o censo nacional desde 1790, tem-se uma ideologia racial distinta da nossa: sendo raça um conceito classificatório nativo central na sociedade americana, não se pode viver lá sem que se tenha uma raça, ainda que esta seja construída em oposição a uma uniformidade de outro modo inexistente⁷, como “latinos”, por exemplo. A consciência que se tem da pertença a um grupo racial específico é dada de partida. Aqui, no entanto, houve um esforço empreendido pelo Estado brasileiro para que se suprimisse raça como conceito nativo, substituindo-a, então, pela noção de *cor* – supostamente mais inclusiva, já que pessoas de todas as cores poderiam ter mobilidade social. Isso acabou por criar a percepção de que vivíamos em uma sociedade estratificada por classe e menos por raça. Nesse sentido, como já exposto, é importante mencionar trabalhos estatísticos a partir dos quais se é possível isolar a influência da raça da influência da classe como variáveis estatísticas.

Como exemplo: ao articular interseccionalmente algumas variáveis para a análise, Barata (2009) postula que a probabilidade de um bebê recém-nascido ter baixo peso aumenta se sua mãe é negra em comparação com bebês de mulheres brancas, mesmo levando em

⁷ Aqui o conceito de orientalismo cunhado por Edward Said (1978) se mostra especialmente frutífero para entendermos como se dá essa construção de sentido para preencher o Oriente a partir das técnicas ocidentais de representação. A postulação de Said, que aposta em um investimento continuado do orientalismo como sistema conhecimento, tem fortes pontos de contato com as de Connell, que acha que experiências de colonialismo atravessam e são atravessadas pelas experiências de gênero.

consideração o efeito da renda e da escolaridade. Esse efeito independente da raça é reconhecido inclusive pelo Ministério da Saúde, que separa na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher seção exclusiva para tratar dessa temática e seus desdobramentos na saúde de mulheres negras no país.

Com esse espírito em mente, equidade como um dos princípios norteadores do SUS significa “ausência de diferenças para necessidades de saúde iguais (equidade horizontal) e provisão de serviços prioritariamente para grupos com maiores necessidades (equidade vertical)” (BARATA, 2009, p. 20) Trata-se de um conceito eminentemente moral e político relacionado à noção de justiça social, já que as desigualdades sociais em saúde são injustas porque traduzem a distribuição desigual de recursos entre diferentes grupos. O acesso à saúde é um desses recursos distribuído de forma desigual pela sociedade: a criação do SUS vem na esteira da tentativa de garantir acesso mais igualitário a diferentes grupos sociais. Isso se mostra necessário quando vemos dados de pesquisa realizada no Rio de Janeiro e citada no trabalho da pesquisadora da Fiocruz: a proporção de mulheres que não têm assistência pré-natal é significativamente mais alta entre mulheres negras (4,7% entre as mulheres pardas e 6,7% entre as pretas) se comparada às brancas (2,5%). O reconhecimento de que um tratamento diferenciado para pessoas em desvantagem social é legítimo é acionado tanto nas políticas quanto por meus interlocutores no campo.

Os marcadores sociais da diferença que aparecem no meu campo e são variáveis que influenciam nos processos saúde-doença das mulheres refugiadas congoleesas são: gênero, raça, classe e nacionalidade. Cada um a seu modo e de forma interseccional, todos eles contribuem para a construção dos perfis epidemiológicos de saúde e doença dessa população, bem como para a organização das experiências desses sujeitos.

No entanto, um desses marcadores é central na análise que faço: nacionalidade. Esse marcador é parte integrante da categoria que é central para as relações que são tecidas no universo analisado. Dentro das diferenças que situam a população refugiada numa hierarquia social, a nacionalidade talvez seja a que mais impacta sua experiência no país de origem. Por conta dessa centralidade do marcador nacionalidade, dedico a próxima e última seção desse capítulo para qualificar uma das categorias centrais do campo: o refúgio.

1.3 O regime do refúgio

Em termos históricos, a migração é parte integrante da humanidade. Migra-se por um sem número de motivações que variam histórica e socialmente, de acordo com a conjuntura das regiões ou dos estados-nação das pessoas envolvidas, gênero e idade, raça/etnia, classe social, dentre outras variáveis sociológicas.

Se antes da virada do século XIX para o século XX os fluxos migratórios internacionais estavam ligados às políticas de povoamento dos países de destino desses imigrantes, os fluxos atuais têm cada vez mais respondido a demandas temporárias por força de trabalho ou aos deslocamentos forçados de pessoas ou grupos de pessoas que se veem obrigadas a abandonar seus países de origem em função de guerras, fatores ambientais e outras consequências geradas pela hegemonia mundial neoliberal (GOLDBERG et al., 2015).

Recentemente, o tema tem estado em voga a partir de uma retórica de crise: o ano de 2015, por exemplo, foi marcado pela veiculação em diversos meios de comunicação de uma suposta crise migratória que estaria assolando a Europa. O número de migrantes internacionais atingiu a marca de 244 milhões de pessoas naquele ano, o que representou um aumento percentual de 41% em relação ao ano de 2000 (United Nations, 2015).

Mais recentemente ainda, a eleição do presidente americano Donald Trump e o subsequente endurecimento da política migratória norte-americana também trouxe o tema para a ordem do dia: mais uma vez a retórica utilizada é uma que gira em torno da necessidade de controlar a entrada de imigrantes nos Estados Unidos, a partir de um discurso de segurança nacional que vem sido tecido e reforçado pelo empresário desde a campanha presidencial.

No Brasil, embora o número de imigrantes tenha crescido substancialmente entre 2000 e 2010 (IBGE, 2010) – de 143.644 para 286.468, um aumento percentual de 86,7% –, o número de pessoas que aqui se instala ainda é pequeno se comparado ao volume de imigrantes que chegam à Europa e aos Estados Unidos e Canadá, por exemplo. Em relação ao Líbano, onde uma a cada quatro pessoas é migrante, o volume de imigrantes que aqui chega é irrisório.

1.3.1 Migração: um fato social total

O campo dos estudos de migração forçada está se consolidando no Brasil e os primeiros a tratarem a migração como objeto de análise foram os juristas, muito por conta de uma dimensão da prática que os obrigou a criar artefatos jurídicos para endereçar a questão dos fluxos migratórios vindos para o país. Dessa forma, tem-se uma primeira abordagem bastante legalista sobre o assunto e em momento posterior, quando as ciências sociais entram no campo, a abordagem se desloca para além de um marco normativo legal e passa para uma discussão dos regimes político-sociais e seu impacto da dimensão do vivido pelos sujeitos da migração.

Essa interdisciplinaridade contida nesse campo, em que várias disciplinas podem tomar a migração como seu objeto, decorre de uma característica desse fenômeno: a migração é um “fato social total”. Abdelmalek Sayad (1998), sociólogo para quem o tema da imigração é muito caro – por se tratar, ele mesmo, de um argelino radicado na França –, utiliza o conceito de Mauss (2003) para caracterizar o fenômeno:

Falar da imigração é falar da sociedade como um todo, falar dela em sua dimensão diacrônica, ou seja, numa perspectiva histórica e também em sua extensão sincrônica, ou seja, do ponto de vista das estruturas presentes da sociedade e seu funcionamento. (...) Todo o itinerário do imigrante é, pode-se dizer, um itinerário epistemológico, um itinerário que se dá, de certa forma, no cruzamento das ciências sociais, como um ponto de encontro de inúmeras disciplinas (SAYAD, 1998, p.16).

Em sendo a migração um fato social total, não apenas representa o deslocamento de pessoas no espaço físico, mas também um deslocamento qualificado em outros sentidos: social, política e economicamente, portanto compondo o mundo do simbólico. As situações experimentadas pelo migrante acabam por gerar nele mesmo processos de subjetivação afetados pela experiência do deslocamento. George Simmel (1908) postula que há uma contradição constitutiva que é condição própria do estrangeiro: “o estado provisório que a define [a imigração] de direito e a situação duradoura que a caracteriza de fato”.

A situação do imigrante é, portanto, ambígua: “não se sabe mais se se trata de um estado provisório que se gosta de prolongar indefinidamente ou, ao contrário, se se trata de um estado mais duradouro mas que se gosta de viver com um intenso sentimento de provisoriedade” (SAYAD, 1998, p.3). Na França, lócus analisado por Sayad, a percepção de que os imigrantes que compunham a mão-de-obra na produção eram necessários tanto

econômica quanto demograficamente criou a impressão de que teriam sempre seu lugar legítimo, mesmo que subalterno, na hierarquia social francesa. Essa representação que se tinha dos imigrantes, como subalternos na hierarquia, é gradualmente ferida na medida em que começam a reivindicar direitos de uma existência plena e não apenas direitos parciais de trabalhadores migrantes. A partir disso, passam a se tornar maiores e mais barulhentos sobre seus direitos e, então, tornam-se algo além do que a imagem que se têm deles preconizava. São contabilizados como variáveis numa expressão que equaciona “custos” e “vantagens” da migração: as regulamentações aplicadas a essa população objetiva impor a todos a definição de migrante de acordo com as necessidades do momento.

Se a realidade da imigração é parte da história da humanidade, sua construção como problema social nos Estados Unidos e partes da Europa, relativamente independente da realidade do fenômeno, é recente: o imigrante, portanto, ocupa esse lugar fronteiro de não ter garantias de que sua presença no país de origem não será representada como uma ameaça. Sobre essa contradição fundacional da condição do imigrante, Sayad (1998) postula:

Ao fingir que a estamos descobrindo somente hoje, estamos jogando sobre essa contradição para orientar a imigração no melhor sentido para os interesses, materiais e simbólicos, que atribuímos a nós mesmos: é ela que inspira as palavras que são ditas hoje em dia sobre os imigrantes ou a propósito dos imigrantes; é ela que serve de pretexto para as práticas cotidianas em relação ao imigrantes, bem como para as decisões administrativas tomadas com relação a eles; é ela que serve de justificativa para os textos legislativos que regem a presença dos imigrantes (sua entrada e sua estadia) (SAYAD, 1998, p.51).

O regime da diferença, embora não constitua propriamente um regime normativo – no sentido de que não há embasamento jurídico que o sustente –, atravessa o regime do refúgio: se as consequências e resultados de fatores econômicos têm impactos diferentes para pessoas diferentes, influenciando diretamente quem migra, porque migra, para onde migra e que atividade exerce no país de destino, incorporar marcadores sociais da diferença às teorias sobre fluxos migratórios internacionais se faz necessário para que entendamos as especificidades de cada experiência.

A variável gênero, por exemplo, tem desdobramentos significativos no tratamento dos dados oficiais sobre a presença de mulheres nos mercados de trabalho de seus países de destino: a ideologia do trabalho desses países não qualifica como trabalho as atividades exercidas por mulheres migrantes. Tal ideologia se apoia no entendimento de que suas atividades são ligadas ao seu gênero, e a vasta maioria dessas atividades têm alguma semelhança com o seu suposto papel dentro de casa; dessa forma, é justificado o fato de serem consideradas trabalhadoras subsidiárias cujos salários são menores do que os dos homens.

Além disso, segundo Boyd e Grieco (2003), durante as décadas de 1970 e 1980, a frase “migrantes e suas famílias” eram código para “homens migrantes e suas esposas e filhos”. As mulheres, então, não eram vistas como o sujeito da migração, e quase sempre era presumido seu papel passivo nos processos migratórios. Isso também contribuiu para que fossem mal pagas em seus países de destino, já que seus salários eram encarados como complementares ao de seus companheiros. Ao invisibilizarmos mulheres como migrantes, sempre ligando suas vidas e salários aos de seus companheiros, perdemos força analítica que explique, por exemplo, as condições que possibilitam que migrem ou a predominância delas em alguns tipos de ocupação e não em outros (BOYD e GRIECO, 2003). Incorporar o viés de gênero à literatura sobre migração e refúgio significa dar nuances às experiências diferenciadas de homens e mulheres nos fluxos migratórios, já que há propensões relativas à migração diretamente ligadas a esse marcador da diferença.

O Estado, pois, é um ator extremamente importante no endereçamento dos fluxos migratórios internacionais: se atentarmos para a forma generificada como a política migratória até 1974 era orientada na Europa (MOROKVASIC, 1984), podemos enxergar a relação flagrante entre a exploração feminina no ambiente doméstico e sua exploração no sistema econômico, já que a entrada em alguns países do continente era limitada a trabalhadores solteiros, evitando os custos ligados à manutenção das pessoas não assalariadas relacionadas a esse trabalhador. Mulheres que se juntavam a esse fluxo migratório eram confrontadas com a ideologia ocidental dominante de que o homem é o provedor e a mulher é sua dependente. Mulheres imigrantes foram, portanto, submetidas a esse papel de dependentes, fosse essa dependência real ou não. Hierarquias de gênero, raça/etnia, classe e nacionalidade existentes nos países de destino são influenciam diretamente a incorporação de mulheres migrantes no mercado de trabalho, mas não apenas: como são vistas como meras dependentes de seus parceiros, seus direitos podem se tornar também dependentes deles. Como sua entrada no país é classificada pode afetar a obtenção de direitos sociais, acesso a curso de língua, acesso a serviços, acesso a programas de seguridade social, ou seja, plena cidadania. Além disso, mulheres são frequentemente segregadas e ocupam postos de trabalho específicos de seu gênero, geralmente envolvendo cuidado ou serviços domésticos.

Para além apenas da questão da migração em si, generificar os estudos do campo da migração forçada também nos fornece ferramentas analíticas para interpretar discursos – também generificados – como o da razão humanitária: a concessão do estatuto de refugiada está flagrantemente relacionada à violação de direitos humanos, como veremos mais de forma mais detida na seção sobre a categoria do refúgio. O campo analisado por mim possuía grande

concentração de mulheres da República Democrática do Congo (RDC), país africano onde sabidamente atenta-se contra a integridade sexual de mulheres. Apesar de fundada sob a égide do humanismo, a razão humanitária opera sob uma ótica generificada a partir criação de uma categoria especial de vítima, que sofre com base em um tipo generificado de violência – a sexual. A prática de estupro em contextos de violência armada, caso da RDC, foi crucial para o reconhecimento da categoria “violência de gênero”. Antes de se tornar uma preocupação humanitária, essa categoria foi consolidada juridicamente dentro da gramática dos direitos humanos (TICKTIN, 2011).

O humanitarismo, como doutrina, é informado por um forte imperativo moral: o de salvar vidas e aliviar o sofrimento das pessoas. Esse imperativo também é também a de não tomar lados dentro dos conflitos dos países que contam com esse tipo de ajuda interventora. Dessa forma, esse tipo de ação ganhou força por todo o mundo, a partir do momento em que tal doutrina venceu na arena de disputas para a definição de “humanidade”. Mas que “humanidade” é essa da qual o humanitarismo se encarrega de produzir e ajudar?

Alguns trabalhos como o de Mirian Ticktin (2011) e Anker e Lufkin (2003) apontam para a questão da padronização da ação humanitária, que se encarregaria de intervir “untainted by the messiness of politics”⁸ (TICKTIN, 2011, p. 253) em áreas de conflito. Há um esforço para desvincular a ação humanitária da geopolítica dessas regiões e, com isso, acaba-se por despolitizar os conflitos e a própria violência de gênero: se o que mobiliza a ação humanitária é o sofrimento de uma vítima “ahistórica” e “apolítica” a partir de uma abordagem padronizada e universal, capaz de reconhecer sofrimento em um corpo que habita fora do tempo e do espaço e espera-se que o “kit humanitário” seja capaz de dar conta desse sofrimento. Ticktin (2011) defende que a razão humanitária acaba por medicalizar a violência de gênero, cujo sofrimento gerado é tratado nos moldes da biomedicina: ao invés de situar esse tipo de violência dentro relações de poder de um sistema que reproduz desigualdades que estão intimamente ligadas à marcadores como gênero, raça, classe, a intervenção humanitária é focada em ações em nível micro que não situam os corpos que ajudam num contexto mais amplo. A partir de um sofrimento identificável em qualquer corpo, se considera a violência sexual como o tipo de violência mais forte contra as solicitantes de refúgio dentro do escopo da violência de gênero, parte-se do princípio de que (1) violência de gênero está resumida a violência sexual e (2) há um elemento moralizador que aciona gramáticas de emoções idênticas em todas as mulheres do planeta que são vítimas desse tipo de violência, o que se

⁸ “Descontaminado pela bagunça da política”, em tradução livre.

sabe não ser verdade. Ticktin (2011) dá o exemplo do desconforto entre os médicos integrantes do programa Médicos Sem Fronteiras (MSF) que, ao interrogarem as mulheres vítimas de violência sexual sobre o ocorrido, as ouvem narrar o acontecido sem qualquer tipo de constrangimento. A questão que perspicazmente levanta a autora é a de “precisamos perguntar em que ponto identificar a violência sexual como especial ou diferente (para mulheres particularmente) acaba reproduzir a noção de que a integridade sexual é a coisa mais importante sobre uma mulher.”.

Todo o discurso de neutralidade do MSF encontrou um grande empecilho: a questão da violência sexual aparece como o fiel da balança que tange acaba por borrar o caráter “apolítico” da iniciativa humanitária do MSF, já que faz aflorar um tipo de indignação moral que nos debates públicos da organização. A partir da perspectiva da diferença, qualquer ação humanitária é política na medida em que elege um corpo frequentemente racializado para intervir – isso é facilmente verificável a partir de uma rápida olhada no material de divulgação do MSF – e ignora que os corpos dos interventores via de regra são corpos brancos de países europeus que provavelmente colonizaram muitos dos países nos quais a organização atua. Corpos imigrantes têm gênero e raça, variáveis que não parecem entrar na equação que cria o “kit humanitário” padronizado.

A articulação entre gênero e violação de direitos humanos não informa apenas a atuação da razão humanitária ao redor do mundo, mas também influencia a concessão da categoria do refúgio. A interpretação de formas de violência contra as mulheres como as principais violadoras de direitos humanos teve como consequência o movimento de alinhar politicamente o ativismo de direitos humanos e o ativismo de refugiados (ANKER e LUFTIN, 2003). Dessa forma, essas duas grandes doutrinas legais – direitos humanos e políticas de refúgio – cada vez mais se harmonizam no processo de qualificar que pessoas são elegíveis para receberem a proteção dos Estados dos países de destino através do status do refúgio. O que os autores supracitados chamam de “*gender asylum law*” – doutrina legal que considera a violência contra as mulheres dentro da perspectiva dos direitos humanos em termos de normas de acusação - acabou por incorporar o paradigma dos direitos humanos às políticas de refúgio. O estupro foi uma das primeiras formas de violência sexual afetadas pela articulação entre o paradigma de direitos humanos e políticas de concessão de refúgio no crescente movimento de considerar violência específicas (de gênero) no processo de acusação dos praticantes dessa violência. Antes disso, por exemplo, o estupro era um tipo de violência que acometia mulheres no espaço doméstico em muitos casos, não sendo, pois, um tipo de violência contemplada pelo refúgio.

Sayad (1990) cunha um conceito que também expressa um processo ritual de representação dominante, porque é a representação do imigrante a partir do grupo estabelecido, baseada na articulação de dois marcadores da diferença: a “pobreza exótica”. Trata-se de um tipo de percepção da pobreza como algo exógeno; como a pobreza nas sociedades da abundância é percebida e elaborada como estrangeira. Como algo residual e anacrônico, ela é de outro lugar, mesmo se situada dentro do país, e é o avesso da riqueza. Como percepção construída a partir dos marcadores classe e nacionalidade, Sayad argumenta:

A permanência da família imigrante, família pobre, contribui para mudar a representação que se tem da pobreza associada à imigração e, em seguida, a própria natureza dessa pobreza: ela não é mais identificada com a presença de trabalhadores vindos de países pobres. Ela é, pode-se dizer, pobreza em si. Deixa então de ser pobreza de outro lugar, pobreza dos “outros”, pobreza totalmente estrangeira cuja presença seria apenas passageira (...) (SAYAD, 1990).

Cabe ressaltar que Sayad aplica o conceito em um contexto de fluxos de argelinos para a França (condição do próprio autor). Aqui tem-se razões para crer que o volume de imigrantes que a França e outros países europeus recebem, em comparação ao volume irrisório de congolezes que chegam ao município do Rio de Janeiro, torna essa percepção possível. Ser capaz de acostumar-se à pobreza dos imigrantes de modo que ela se torne “nacional” – em outras palavras, de modo que o marcador nacionalidade não seja central na leitura que é feita da pobreza daquela família – faz sentido no contexto francês, já que, além do fluxo de argelinos, é um dos países que mais tem presença de imigrantes do mundo. Se esse conceito é aplicável ao contexto do território brasileiro analisado, apenas a ida a campo poderia indicar.

1.3.2 ‘Inventando pessoas’⁹: a produção da categoria refugiado

Se no âmbito do setor saúde é preciso que o Estado seja capaz de dar respostas a momentos econômicos distintos, a produção mesma da categoria do refúgio e, conseqüentemente, quem seriam os sujeitos a quem esse estatuto seria concedido também não está desconectada do momento político em que ela emerge. A criação da categoria refugiado necessariamente produz sujeitos que potencialmente comporiam o escopo dos protegidos pelo

⁹ Referência à obra do filósofo Ian Hacking, “Making Up People” (2002) no original, que discute a forma como a co-construção entre classificações e pessoas afetadas por essas classificações se dá.

estatuto, já que “no fundo, é uma certa definição da imigração e dos imigrantes que está em questão através do trabalho ao mesmo tempo jurídico (...), político (...) e social (...) empreendido sobre as pessoas dos imigrantes” (SAYAD, 1998, p. 51).

A esse respeito, Facundo (2014) tem formulação interessante ao analisar a criação de tipos ideais de refugiados colombianos no Brasil a partir de imagens do país de origem dessas pessoas:

Para que essas imagens virem efetivamente uma exegese operante que classifica e organiza as pessoas, é preciso tanto uma interpretação da dor dos outros quanto uma diferenciação entre o mundo político e econômico. (...) A afastamento desses dois planos tem de ser total no caso dos refugiados espontâneos, pois um “verdadeiro” refugiado não pode ser um migrante econômico (FACUNDO, 2014, p. 106).

Isso ilustra um processo de retroalimentação entre categorias que criam tipos de pessoas e o mundo do qual fazem parte: as categorias supõem o mundo e são supostas por ele. O refugiado colombiano deve atender a um certo perfil desejado pelas autoridades migratórias: ser alvo de perseguições políticas e ter em seu corpo torturado o atestado de que precisa ser contemplado pela categoria do refúgio.

As postulações desses autores indicam que há uma relação dialética entre o trabalho de construção de fronteiras classificatórias e a criação de pessoas e realidades decorrentes dessa classificação. É preciso que se produza a diferença, que se trace limites entre o que constitui a categoria do refúgio e a do migrante econômico. Se a categoria mulher está situada social e historicamente, também a categoria do refúgio só pode existir num determinado momento histórico. A partir de alguns critérios jurídico-administrativos informados pelo seu tempo, foi possível que pessoas que estivessem sofrendo perseguição em seus países de origem pudessem refugiar-se no Brasil. Criou-se a categoria e criou-se, dialeticamente, os refugiados.

Isso significa que essa relação – entre o que se espera que o refugiado seja e o que ele é – é sempre pacífica? Absolutamente. Na sessão em que apresento o campo e as dinâmicas societárias do território estudado, essas tensões, bem como a capacidade de agência desses sujeitos, são explicitadas mais detidamente.

No âmbito internacional, alguns marcos regulam e produzem o refúgio: a partir da Convenção de Genebra, de 1951, momento em que os países participantes se encontravam sensíveis à realidade de grupos vulneráveis do pós-Segunda Guerra Mundial, o estatuto do refúgio consolidado. No entanto, o escopo dos contemplados pelo estatuto limitava-se temporal e geograficamente, já que apenas abrangia eventos ocorridos antes de 1º de janeiro

de 1951 na Europa. Seu aprimoramento deu-se a partir da ratificação do Protocolo de Nova York, de 1967, em que países signatários foram levados a aplicar as provisões da Convenção de 1951 para as pessoas que se enquadravam nessa categoria, mas sem limite de data e de espaço geográfico. No âmbito latino-americano, o estatuto foi complementado pela Declaração de Cartagena, em 1984, essa, por sua vez, inspirada na experiência latino-americana de violação de direitos humanos. No contexto latino-americano, essa Declaração alcançou alguma notoriedade, ainda que tenha sido incluída em um documento regional não vinculante, ou seja, sua adequação não é compulsória. No entanto, tal documento possibilitou uma dilatação do número de sujeitos contempláveis pela categoria a partir da inclusão de asilados políticos, por exemplo, em decorrência das ditaduras instauradas em vários países da América do Sul e Central. Dessa forma, vários desses países, incluindo o Brasil, incorporaram a Declaração ao seu ordenamento jurídico via legislação interna. A definição de refugiado de Cartagena foi incorporada às leis nacionais de vários países latino-americanos, dentre eles: Argentina, Belize, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru e Uruguai. Nota-se que a produção da categoria refúgio, bem como o escopo das pessoas contempladas pelo estatuto, pode ser historicizada: a adaptação dos sistemas de refúgio existentes à situação histórica em que emergem é prova disso.

São dois os marcos legais brasileiros que definem mecanismos para a implementação das diretrizes dos grandes marcos internacionais supracitados. O primeiro deles é a Lei nº 9.474/97, de 22 de julho de 1997, a Lei do Refúgio, que define a categoria refugiado com base na retórica dos direitos humanos:

Artigo 1º - Será reconhecido como refugiado todo indivíduo que:

I - devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país;

II - não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior;

III - devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país (BRASIL, 1997).

O segundo marco é a Lei nº 13.445/17, de 24 de maio de 2017, a chamada Lei de Migração. A categoria direitos humanos também é mobilizada fortemente no texto; roga-se que o imigrante tenha aqui uma acolhida humanitária. Embora seu Art. 2º estabeleça que a lei não substitui direitos e obrigações estabelecidos por acordos internacionais vigentes dos quais

o Brasil seja signatário ou tampouco prejudica a aplicação de normas internas ou internacionais a respeito dos refugiados, questiono aqui em que medida essa nova lei servirá para ocupar os espaços de penumbra normativa deixados pela Lei nº 9.474/97.

1.3.3 Negociação do estigma: a agência dos marcados pela diferença

Ainda que limitem as condições de possibilidade dos indivíduos marcados pela diferença, os marcadores que organizam a vida dos refugiados não são capazes de traçar destino inescapável. Nesse ponto, acho que o conceito de “agência” pode ser especialmente frutífero para entendermos a população refugiada em sua relação com o Estado: em abordagens sistêmicas sobre o conceito de interseccionalidade é destacado o impacto do sistema - essa coisa exterior e anterior aos sujeitos - sobre a formação das identidades. Piscitelli (2008) defende que o poder, nessas abordagens, não é encarado como uma relação e sim algo que uns detém e outros não.

Se é bem verdade que o Estado-nação detém o poder de autorizar quem recebe o estatuto de refugiado, há margem para resistência, para negociação, para um alargamento do campo de possibilidades dos corpos marcados articuladamente por gênero, raça/etnia e nacionalidade: Facundo (2014) destaca, em sua análise do processo de solicitação de refúgio pelos imigrantes colombianos que aqui chegam, uma produção de uma imagem cuidadosa de si mesmo para conseguir o status requerido. Se admitimos, como postula Foucault (2008 [1979]), que o poder não é apenas repressivo, mas produtivo de sujeitos e que relações de poder são, sim, marcadas por conflitos, resistências e ação estratégica, é necessário que se destaque os aspectos relacionais da identidade social. Essa perspectiva está alinhada a uma escola teórica importante dentro das ciências sociais: a do interacionismo simbólico.

Essa corrente teórica alimenta o que abordagens construcionistas acerca da interseccionalidade postulam: que a identidade e os sentidos atribuídos às interações não são estáticos, estoicos, dados e imutáveis; eles se constroem e se articulam na interação. O pragmatismo americano, corrente filosófica que influenciou o interacionismo simbólico, sustenta a ideia de que as coisas do mundo só podem ser compreendidas a partir de suas consequências, que o significado de uma expressão só pode ser compreendido mediante a análise de seus efeitos sensíveis sobre a própria vida do indivíduo. Pouco importa ao pragmatismo definir a essência ou natureza de um fenômeno tal, já que é antifundacionista e

rejeita quaisquer espécies de entidades metafísicas, conceitos abstratos, categorias apriorísticas, princípios perpétuos, instâncias últimas: todo o conhecimento do mundo é derivado, por raciocínio abduutivo, do conhecimento que temos de fatos externos. O único pensamento que pode ser conhecido é aquele que se estabelece por sinais, por signos, mas há disputas em torno desses signos, necessariamente arbitrários e conflitantes. Toda operação de pensamento, para a escola pragmatista, é uma operação de signos, de substituição. Não há como acessar o mundo de outra forma: nossas percepções são necessariamente a posteriori e sociais. Por isso, importa menos aos interacionistas a origem dos signos em questão e mais o que está em jogo na interação.

Utilizarei a chave empírica da tradição interacionista a todo o momento no campo, tema dos próximos capítulos. Intitulados “o campo de papel” e “o campo em ato”, são contrapartes de um mesmo todo: de um lado, papéis que descrevem e normatizam – a dimensão do prescrito. De outro, as políticas em ato na ponta dos serviços – a dimensão do vivido.

2 O CAMPO DE PAPEL

A escolha por analisar duas políticas de alcance nacional e um relato de experiência de experiência no estado do Rio de Janeiro se justifica a partir da concepção híbrida que o campo da saúde coletiva fornece: por um lado, uma análise etnográfica dessas normativas pode revelar o caráter sociotécnico de cada uma das normativas, cujo substrato mesmo revela uma co-construção entre categorias presentes desses documentos – mulher, mulher negra, refugiada, agente comunitária de saúde, vínculo, integralidade – e mundo ao qual se aplicam.

Por outro lado, a abordagem do Planejamento e Gestão em Saúde nos mostra uma certa arqueologia da produção documental, já que que um documento da envergadura da Política Nacional de Atenção Básica, por exemplo, dá conta de manifestar-se como uma pacificação de interesses múltiplos e conflitantes. A esse respeito, Mattos (1999) argumenta que:

Uma política pública se apresenta através de documentos de diversos tipos, que expressam as suas principais características. Uma política específica se caracteriza por um certo modo de conceber o problema público do que se ocupa; por um modo de relacionar este problema com os demais problemas públicos que são alvo de outras políticas públicas, por um modo de delinear os principais objetivos da política, os posicionamentos éticos e as principais linhas de ação. Ela também se caracteriza por uma certa divisão de responsabilidade, por vezes, derivada das características da instituição que assume a formulação, às vezes acordada entre várias instituições (governamentais ou não-governamentais) diretamente envolvidas na formulação (MATTOS, 1999, p. 50).

Dessa forma, a existência de normativas que padronizam a atuação profissional na saúde são manifestações de visões hegemônicas sobre o que seria o problema público a ser enfrentado, bem como as principais diretrizes para combatê-lo:

Há uma intencionalidade de produzir impactos sobre o problema público em questão, bem como um cálculo (ou raciocínio) que leva os formuladores a acreditar que, implementando esses ou aqueles instrumentos, adotando essa ou aquela estratégia, e incorporando essa ou aquela tecnologia, produzirão tais impactos (MATTOS, 1999, p. 59).

Tomo esses três documentos, ainda que não sejam idênticos entre si, como interlocutores com textura, profundidade, texto, imagens, autorias, representações. Se os dois primeiros documentos analisados são políticas nacionais de fortíssimo viés normatizador, o terceiro deles, publicado pela SMS, funciona como um relato de experiência no Rio de Janeiro considerada exitosa que passa a funcionar como um *paraprotocolo*, criando precedentes para o atendimento a essa população no município.

2.1 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Em termos institucionais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o documento que organiza a APS no Brasil. No documento, publicado em 2012, o conceito Atenção Básica (AB) é tomado como sinônimo de Atenção Primária¹⁰: ele está organizado em seis grandes seções: (i) princípios gerais da AB, em que diretrizes e princípios deste nível de atenção são apresentados; (ii) funções da AB na Rede Atenção à Saúde, em que se preconiza que seja a coordenadora do cuidado do usuário; (iii) divisão administrativa das responsabilidades em saúde entre as esferas de governo; (iv) infraestrutura e funcionamento da AB, seção onde as responsabilidades de cada profissional da equipe de saúde da família são elencadas; (v) implantação e credenciamento das equipes de AB e, por fim, (vi) financiamento da AB.

Já na apresentação, faz-se referência ao contexto no qual emerge a PNAB, ligando sua existência à “experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 9). Esse documento imprime reiteradamente em suas linhas traços da epistemologia introduzida no contexto da reforma do modelo de assistência, qual seja, o traço distintivo que caracteriza a APS: seu potencial grau de descentralização e capilaridade, nas quais as Unidades Básicas de Saúde são sua encarnação física. Não se pode deixar de fazer referência à razão prática advinda da epidemiologia e da vigilância que é a base do desenho da PNAB: a partir do entendimento de que a maior parte das necessidades em saúde das populações são passíveis de resolubilidade ainda no nível primário de atenção, ampliar a cobertura da AB no país significaria, no limite, reduzir os custos do sistema.

Em consonância com o princípio da integralidade – já qualificado em capítulo anterior – faz-se referência à presença das UBS “instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham,

¹⁰ Ainda que a utilização dos dois conceitos no documento seja indiscriminada, a emergência e utilização do conceito “Atenção Básica” no contexto brasileiro é parte de um movimento de distinção das “políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais” (Giovanella e Mendonça, 2012, p. 499). Nesse sentido, o “projeto de país” a serviço do qual deveriam estar os médicos de família e comunidade brasileiros dos quais Bonet (2014) fala deveria comportar um nível básico de atenção que não se limitasse apenas a ações seletivas, focalizadas e primitivas, uma espécie de atenção “pobre para pobres”, mas que funcionasse em consonância à noção de integralidade e como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A utilização dessa nova terminologia no Brasil, portanto, é resultado de uma demarcação política que indica que o conceito cunhado em Alma-Ata não estaria alinhado ao projeto de país almejado pelos atores que puderam hegemonizar sua visão de mundo no contexto da reforma sanitária brasileira. Como podemos ver, os deslizamentos semânticos que atravessam estas terminologias são tudo menos gratuitos, e implicam diferentes projetos e práticas.

estudam e vivem” (Idem) e que “desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (Idem). Aqui, dois pontos chamam a atenção: a tentativa de captar o “indivíduo em relação” em oposição ao “indivíduo biológico”, alocando a UBS dentro do cotidiano dos usuários e, portanto, em contato com o sujeito biopsicossocial: “A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.” (Idem,p. 20). Além disso, salta aos olhos certa construção de imagem coletiva do profissional que atua na AB, que entenderia a centralidade deste nível de atenção – e de, portanto, sua própria atuação – na efetivação da garantia de direitos à população.

Os conceitos de “população” e “território” são acionados no documento a partir de uma retórica de responsabilidade sanitária: o exercício das práticas de cuidado e gestão deve se dar de modo vinculativo a populações de territórios definidos. Nota-se de pronto que a política presume uma fixidez da população que pretende assistir em pontos específicos que seriam de responsabilidade deste nível de atenção. Também se preconiza que a AB seja o nível preferencial de contato dos usuários, funcionando como a “porta de entrada” do sistema de saúde. Dessa forma, algumas diretrizes da AB, como “vínculo” e “longitudinalidade”, são relacionadas à adscrição de usuários e desenvolvimento de relação de responsabilização entre equipes e população adscrita territorialmente:

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre usuário e o trabalhador da saúde (...). A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, como construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 21).

A organização do trabalho em saúde de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe preconizada no documento aponta para a um deslocamento do processo de trabalho na AB, qual seja, de um processo centrado em procedimentos para um processo “onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (Idem, p. 22). Nesse sentido, contar com equipes multiprofissionais compostas minimamente por médico/a generalista ou especialista em saúde da família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro/a generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico/a de enfermagem e agentes comunitários/as de saúde é bastante significativo. A descrição das equipes, feita na quarta seção do documento - intitulada “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica - vem acompanhada de subseção chamada “Educação permanente das equipes de atenção básica”:

Nesse sentido, a educação permanente, além de sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante ‘estratégia de gestão’, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários (...). A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na gestão e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (Idem, pp. 38-39).

O que se percebe é que se abre a possibilidade de algum alargamento do campo de ação das UBS a partir dos microespaços de trabalho e poder dos profissionais da ponta e gestores. Com efeito, parece ser a Atenção Primária o nível de atenção mais poroso à construção de uma sensibilidade maior dos serviços de saúde às especificidades locais das populações assistidas: abre-se espaço para que, tanto a nível gerencial quanto na ponta dos serviços, haja uma adequação a nível local do preconizado na política geral. Quando o diálogo entre a política e a gestão/prática se dá de forma que os gestores consideram exitosa, consistindo em “experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços”, tal diálogo pode ser publicado e documentado: *Recomeço: A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados* (2017), documento a ser analisado na terceira parte deste capítulo, é evidência disso.

Na seção que contempla as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, está inscrita na descrição do processo de trabalho a epistemologia integral da Medicina de Família e Comunidade: “recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias”. A existência de uma equipe multidisciplinar responsável pelo cuidado de um paciente a quem essa epistemologia se recusa a reduzir a uma massa biológica definida em termos de doenças, idade ou sexo biológico é notável; mais ainda é o fato de que o cuidado não se restringe aos muros da UBS. A política prevê que se realizem ações de saúde nos domicílios da população adscrita, em locais do território de atuação e em outros espaços. Além disso, o princípio da integralidade também aparece na determinação de que seja a Atenção Primária a coordenadora do cuidado do usuário mesmo quando este necessitar de atenção em outros níveis do sistema: objetiva-se que o nível primário, sem atomizar-se em si próprio, ainda capte esse “indivíduo em relação” a partir do sistema de referência e contra-referência.

Na seção sobre atribuições específicas de cada profissional da equipe, salta aos olhos o que é específico do agente comunitário de saúde: cadastrar as pessoas de base geográfica

definida – a microárea – de sua responsabilidade, mantendo os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; estar em contato permanente com a família e acompanhar as condicionalidades de programas de transferência de renda aos quais estejam cadastrados os usuários. Alguns tetos precisam ser respeitados: o número máximo de pessoas cadastradas sob responsabilidade de um mesmo ACS é de 750. Além disso, cada equipe de saúde multiprofissional deve comportar, no máximo, 12 ACS. Cada equipe de Saúde da Família deve ter responsabilidade sanitária por um território de referência com no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Vale salientar o princípio da equidade - conceito relacionado às noções de risco e vulnerabilidade - traduzido em política: “quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas cadastradas por equipe” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 55).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seu processo de trabalho são descritos na política: ainda que não integrem as equipes de saúde da família *per se*, constituem a ampliação da clínica: com efeito, alargam a gama de profissionais da saúde envolvidos com Saúde da Família no território. Psicólogas, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, apenas para mencionar algumas das profissionais com quem conversei, integram um coletivo de profissionais que, embora não atendam a livre demanda de usuários que chegam à UBS, auxiliam a análise e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde a partir da demanda das próprias equipes de saúde da família, caso os usuários sejam referenciados a profissionais do NASF.

Por fim, as formas de financiamento da AB são informadas por (i) o flagrante empreendimento de expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família; (ii) equidade na distribuição de recursos, evidenciando a já mencionada porosidade à adequação do previsto na política a especificidades locais. Em sendo a responsabilidade do financiamento da AB tripartite – dividido entre União, estados e municípios –, é estimulado via financiamento que a Estratégia de Saúde da Família seja a estratégia prioritária na reorganização do modelo técnico-assistencial de saúde, com recursos específicos condicionados à implantação da ESF nos estados e municípios. Além disso, há recursos condicionados a bons desempenhos em avaliação do acesso e qualidade dos serviços, a exemplo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Chama a atenção a constante preocupação ao longo de todo o documento de, mesmo se tratando de uma política de grande escopo, deixar espaços para que, no âmbito da micropolítica, gerentes e equipes possam responder de formas outras quaisquer especificidades encontradas no momento da aplicação da política. Isso é inscrito, mais do que

somente a partir de um jogo retórico a respeito da equidade, no modo mesmo de financiamento federal da AB: parte do montante da União pode ser utilizado para “compensação de especificidades regionais” (Idem, p. 85), objetivando-se o combate às iniquidades que são desdobramento das especificidades locais. Isso reforça a já mencionada porosidade (intencional) na formulação da PNAB: o texto da política potencializa respostas não previstas, elevando as iniquidades sociais a uma posição de centralidade no desenho da política. A próxima seção, dedicada à política de saúde específica para mulheres, acentua o discurso da diferença como organizador da normativa.

2.2 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Se a PNAB prevê espaço para as ações específicas que combatam as iniquidades em saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançada em 2004, tem na diferença o substrato mesmo de sua existência. A partir de uma concentração no marcador de gênero, o documento aprofunda o discurso da equidade ao relacionar diretamente a situação de saúde das mulheres à situação de desigualdade de gênero a que estão submetidas. Adotando uma noção alargada de saúde – já que “a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada à situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 9) –, o documento aponta os atravessamentos de gênero nas condições de trabalho, moradia e renda; levemos em conta a colocação de Morokvasic (1984) acerca das assimetrias de gênero e sua interface no mundo do trabalho: “os problemas [*de saúde*] são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico”, já que as mulheres trabalham mais e são pior remuneradas que os homens.

O documento, por se tratar de uma normativa para a política de saúde para mulheres, apresenta o conceito de gênero a partir da perspectiva do construcionismo social, já que esse é um marcador “construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres” (Idem, p. 12). Defende também a incorporação deste marcador em análises epidemiológicas e no planejamento de ações de saúde.

Assim como a PNAB, o PSAIM remonta sua história relacionando-a à criação do SUS e à ruptura epistemológica que conformou esse novo modelo tecnoassistencial de saúde. O

documento historiciza a si próprio quando resgata em que momento as políticas de saúde da mulher entraram numa agenda de Estado: a partir das primeiras décadas do século XX, uma certa retórica e ações de saúde de forte viés reducionista deram a tônica da política de saúde para as mulheres, focando em demandas da gravidez e do parto. Isso reforça, segundo o documento, estereótipos de gênero sobre quais seriam as principais demandas em saúde das mulheres. A ruptura conceitual com essa percepção deu-se a partir da ação de atores múltiplos, dentre os quais se destaca o movimento feminista dentro do campo da saúde, que entendia que a política garantia o cuidado em apenas ciclos da vida que tivessem relação com a gestação e o parto, passando ao largo de outras demandas que não estivessem ligadas à reprodução. É significativo que o documento cite a noção de Joan Scott (1986) acerca do conceito de gênero: mais do que isso, também cita o protagonismo do movimento feminista brasileiro na afirmação de uma nova política de saúde para mulheres a partir de questionamentos de noções atravessadas pelo marcador de gênero na saúde.

Concomitantemente à criação mesma do SUS e partindo dessas problematizações, em 1984 é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher a partir de um arcabouço conceitual comum que tem nas noções de integralidade e equidade pontos marcantes. Em um contexto de crescente municipalização da gestão do SUS, a AB torna-se um espaço privilegiado para a reorganização do modelo assistencial, ainda que enfrente dificuldades para sua implementação plena.

Destaco esses dois conceitos – equidade e integralidade – porque o documento é bastante enfático ao reforçar como a diferença tem impactos concretos nas condições de saúde de homens e mulheres. Mais que isso, adota forte viés interseccional ao admitir que “as desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras” (HERA, 1995 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13). A partir do reconhecimento na normativa de que hierarquias de gênero afetam estados de saúde tanto de mulheres quanto de homens, critica a forma profundamente generificada na forma como era tratada a questão da saúde da mulher no período pré-reforma sanitária: a definição de prioridades em saúde focadas no ciclo gravídico-puerperal impedia que se concretizasse em ato a integralidade do cuidado previsto na normativa.

Ao ler essa parte da normativa, lembrei-me inevitavelmente da oferta de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva na Feira de Saúde da Cáritas. De todas as ofertas de saúde possíveis, que essa tenha sido a escolhida aponta para um reforço de um cuidado centrado no sexo e na reprodução para mulheres.

Na seção do documento dedicada à situação sociodemográfica das mulheres no país, alguns dados acerca dos marcadores da diferença são expostos a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2002 e 2003: 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos (R\$480 em 2003), enquanto esse percentual cai para 55,1% entre os homens. Nas faixas de salário mais altas essa desproporção é ainda maior: entre os homens, apenas 15,5% ganham mais de cinco salários mínimos (R\$ 1.200,00 à época), enquanto apenas 9,2% das mulheres possuem renda acima deste patamar. Além disso, o documento visibiliza a assimetria de gênero no mundo do trabalho ao mostrar que, em relação ao trabalho doméstico, 19,2% das mulheres se dedicam a essa atividade e apenas 10,5% delas são remuneradas por isso. Entre os homens, apenas 0,8% dedicam-se ao trabalho doméstico, enquanto 5,9% deles são remunerados. Ao se acrescentar raça, o documento afirma que 69% dos negros e negras do Brasil encontram-se em situação de pobreza.

Vê-se obviamente na normativa que a articulação de gênero, classe e raça coloca essas mulheres em especial situação de vulnerabilidade. Ainda que sejam dados sabidamente datados, o fato de que integram um documento ministerial é significativo. Outros marcadores da diferença aparecem no documento como especificidades que culminam na produção de populações de mulheres específicas: negras, lésbicas, indígenas, camponesas, em situação prisional. A política, portanto, deve ser capaz de assistir usuárias em todos os ciclos de vida, “resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais” (Idem, p. 63).

No que tange a saúde sexual e reprodutiva, a normativa enfatiza uma retórica de direitos, valorizando a autonomia das mulheres na tomada de decisões relacionadas ao seu corpo, remontando a história da mudança de enfoque da política à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994. Nessa ocasião, o conceito de saúde reprodutiva conversa com a noção de saúde definida em Alma-Ata, constituindo:

um estado de completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD, 1994, p. 62).

Se a crítica de Ticktin (2011) aponta para a padronização de um “kit humanitário” nas ações de organizações como o MSF, supostamente aplicável a quaisquer pessoas de quaisquer zonas de conflitos e que não leva em consideração marcadores sociais da diferença e seus

desdobramentos no processo saúde-doença, a questão que se coloca relaciona-se com a construção de um fluxo de atendimento às refugiadas em um contexto em que nacionalidade é uma das especificidades que mais importam. Como se dá a conjugação entre política e serviço oferecido para mulheres negras, pobres e migrantes no município, em um contexto em que o marcador nacionalidade não é capaz de criar uma categoria específica para essas mulheres na política, criando normativas para a assistência a essa população?

Na esperança de tentar começar a sanar tais questões, todo o material a seguir versa sobre a construção deste fluxo de atendimento: além do documento publicado pela SMS sobre o atendimento aos refugiados, tema da próxima seção, no Capítulo 3 o campo em ato é apresentado, alocando às equipes de saúde e gestores no centro da intersecção entre os regimes que organizam a relação entre serviços e refugiadas.

2.3 “Recomeço: A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados”

Qualquer hesitação remanescente sobre a possibilidade de haver algum tipo de sensibilidade dos níveis centrais da gestão para a questão da presença refugiada na cidade foi bem rapidamente eliminada após uma conversa com gestoras da SMS ainda no meu pré-campo, em abril de 2017. Já àquela altura havia uma preocupação narrada por elas que se deu a partir de uma demanda da Cáritas, que ao final de 2014 se aproximou da SMS demandando uma unidade de saúde de referência na localidade onde está situada para atender a população refugiada que lá era atendida por seu programa de acolhimento. Naquele momento, a territorialidade da APS já era ponto de tensão na relação entre Cáritas e SMS: a demanda da Cáritas acabou por encontrar empecilho no sistema de territorialização da atenção básica do SUS, que designa uma unidade de saúde de referência de acordo com a residência do usuário.

Como a Cáritas constitui-se como um espaço de trânsito – apenas de orientação e redirecionamento, não sendo local de hospedagem dessas pessoas –, foi explicado à organização em uma reunião com a SMS que o mais adequado seria referenciar os refugiados para clínicas da família perto de suas residências. A essa altura da conversa, minha interlocutora deu-me minha questão de pesquisa: narrou os termos das bases que fundaram a parceria entre a SMS e a Cáritas para uma “construção de um fluxo para organizar a assistência”, com a realização de feiras de saúde e rodas de conversa com refugiadas na

Cáritas. Esses dois espaços, segundo as gestoras, eram oportunidades de referenciamento de refugiados para suas UBS de referência. A parceria cunhada, segundo elas, tinha como objetivo a sensibilização e estímulo para que essa população acessasse os serviços de saúde de suas localidades.

Ao final dessa reunião, quando já conversávamos em tom de despedida, elas me contaram que a secretaria estava trabalhando para lançar uma publicação a respeito da experiência com a população refugiada em algum momento ainda naquele ano. Talvez tomada por um ímpeto sociologizante, pensei que a publicação de resultados tratava-se de uma pesquisa que sistematizava dados socioeconômicos dessa população, em uma tentativa de mapear essas pessoas e subsidiar políticas de saúde para elas. No entanto, à época do lançamento de *Recomeço: A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados*, em novembro de 2017, logo percebi que o documento não constituía exatamente uma pesquisa, mas algo que aprendi ser comum no universo da gestão e da ponta dos serviços: o relato de experiência¹¹.

Se a PNAB e o PSAIM são documentos de forte caráter prescritivo e protocolar, *Recomeço* cristaliza em papel (e, portanto, em política) uma preocupação com a população refugiada. O documento, no entanto, tem caráter ligeiramente distinto dos outros dois. Ainda que não se trate formalmente de uma normativa, o relato da SMS parece habitar uma zona cinza de uma espécie de *paraprotocolo* dentro do município e conteúdo publicitário que reforça autoimagem sustentada pela APS. Paraprotocolo porque cria precedentes para a assistência a essa população no município, normalizando a assistência. E normaliza, também, porque esse relato de experiência em que o Estado narra a si próprio é construído de forma a valorizar o êxito e o pioneirismo da experiência da secretaria - e nesse ponto o caráter publicitário que distingue a publicação se faz notar mais agudamente. Dessa forma, identifica-se a intenção paraprotocolar da publicação dentro de uma lógica estimulada dentro da Atenção Primária, já que a partir de experiências narradas como exitosas, o documento objetiva:

criar laços mais estreitos entre as instituições como forma de fortalecer um compromisso mundial de proteção em saúde aos refugiados e, quem sabe, inspirar novas práticas de atenção a essa população. Temos como intenção também - e talvez a mais importante - partilhar experiências dentro da própria

¹¹ Como exemplo: a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) organiza trienalmente o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – que em 2018 será realizado no Rio de Janeiro. Há duas modalidades para envio de trabalhos para esse congresso – o relato de pesquisa e relato de experiências em saúde coletiva. Isso demonstra um certo caráter híbrido da saúde coletiva como campo que congrega teóricos mas também militantes e profissionais dos serviços.

rede municipal de saúde, a fim de contextualizar, sensibilizar e qualificar ainda mais os profissionais para uma atuação solidária, atenta e universal, como preconiza o sistema de saúde brasileiro. (SMS, 2017,p. 09)

Por meio de uma linguagem mais artística que alia ora poemas de refugiados, músicas e fotos de rostos – em sua esmagadora maioria, sorridentes –, ora práticas de cuidado entre equipe e refugiados, o documento qualifica a categoria refúgio a partir da Lei nº 9.474/97, distinguindo migrantes e refugiados também em termos de violação de direitos humanos, já que “o segundo não o faz por escolha. (...) o refugiado sai de seu país por necessidade, muitas vezes deixando para trás documentos, pertences, família, memórias e traumas” (Idem, p. 16). Dessa forma, as necessidades de refugiados e migrantes em saúde conseqüentemente são consideradas diferentes. Imagens de cadastramento de refugiados pelo ACS, orientação sobre saúde bucal com odontologista, roda de conversa com refugiadas, atividades com crianças – registros fotográficos de eventos realizado no âmbito da parceria entre SMS e Cáritas – permeiam todo o documento.

É marca do documento a valorização da garantia da saúde como um direito: os princípios doutrinários do SUS – universalização, equidade e integralidade – têm espaço no documento. A organização territorial da APS é justificada via PNAB e o crescimento e espraiamento desse nível de atenção são mencionados: 70% do município do Rio de Janeiro já possui cobertura territorial organizada a partir de 226 UBS e 1296 equipes de saúde da família.

No tangente à saúde mental de refugiados e refugiadas, a publicação atenta para a antropologização dessa questão, inscrevendo-a em um contexto mais amplo: se o processo saúde e doença é constituído a partir dos signos que dão sentido à experiência, a representação da doença e da saúde deve ser também compreendida a partir dos signos dos próprios refugiados. De outra forma, pode-se correr o risco, como perspicazmente aponta o documento, de transformar problemas sociais que afetam a saúde de refugiados em patologias em si, despolitizando o estatuto mesmo do refúgio. A promoção de atividades em parceria com a Cáritas que tenham como objetivo “valorizar saberes e práticas que os refugiados trazem”, em que os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são chamados a participar, são também oportunidades para que sejam identificadas situações de sofrimento psíquico de refugiados. Nota-se, nesse contexto, dois pontos: (i) a preocupação em oferecer um cuidado integral, já que essas atividades são pensadas para, em tese, captar “o indivíduo em relação” e conseguir uma avaliação ampliada da situação da pessoa refugiada; (ii) ao trazer informações objetivas sobre o estatuto do refúgio, bem como alguns

depoimentos e poemas de refugiados e refugiadas, o documento também intenta capacitar e sensibilizar outros operadores da saúde para a questão refugiada, fornecendo uma narrativa que parte de uma retórica que não encara a presença dessas pessoas aqui como um problema social.

No que tange especificamente os marcadores da diferença, o documento atenta para como podem se articular e afetar os estados de saúde de refugiadas: situações de racismo e violência de gênero foram identificadas pelas equipes de saúde da SMS na assistência às refugiadas e a partir dessa demanda elegeu-se a roda de conversas com mulheres como estratégia, em consonância ao que é preconizado no PSAIM. Além disso, outro ponto de tensão entre regime da saúde e regime do refúgio é narrado no documento: a SMS, sabendo da dificuldade de obtenção de documentos pela população refugiada, flexibilizou a necessidade de que refugiados ou solicitantes de refúgio apresentassem-nos para o acolhimento nos serviços de saúde. Dados epidemiológicos do país de origem, histórico de saúde e carteira de vacinação são algumas das informações que são sonegadas aos profissionais da saúde das equipes quando acolhem refugiados sem documentos. O foco das equipes é direcionado ao protocolo emitido pela Polícia Federal.

A importância dos ACS é mencionada no documento no que se refere ao acesso aos serviços de saúde: a busca ativa dos agentes no território, aliada à identificação de lideranças que possam mediar o contato entre serviços e refugiados, é uma das estratégias para incorporar essa população à saúde pública.

A narrativa da “competência cultural em saúde”, acionada mais de uma vez por interlocutores no campo, é replicada em *Recomeço*: por meio de uma narrativa que valoriza o regime da diferença, considera que é necessário que se construa um diálogo possível entre saberes técnicos enunciados pelos profissionais da saúde acerca dos estados dos usuários e saberes populares reproduzidos pelos usuários. Voltarei a este ponto mais à frente para falar de um marcador central para a noção de competência cultural em saúde que não organiza apenas a relação entre equipes e usuários, mas também intraequipes: a classe.

O documento abre espaço, também, para a narrativa de profissionais envolvidos no circuito institucional da população refugiada: de profissionais da Cáritas a operadores da saúde que trabalham em UBS com alguma concentração de refugiados cadastrados, as narrativas são consistentemente esvaziadas de conflito. Em meu trabalho de campo na UBS, ao entrevistar interlocutores e interlocutoras, tentei despacificar o tom monolítico do papel, no sentido de estar especialmente atenta à dimensão do conflito no processo, coisa que imagino inerente ao mundo social. Isso porque quando se toma a política pública em ato por meio do

recurso à etnografia – sobretudo uma política de saúde que envolve diretamente o cuidado – somos capazes de perceber que tal abordagem oportuniza a compreensão dos processos saúde-doença como experiências repletas de significados (Andrade e Maluf, 2014). Além disso, como ressalta Cynthia Sarti no prefácio do livro intitulado *Etnografias em serviços de saúde* (2014), organizado pelas antropólogas Jaqueline Ferreira e Soraya Fleischer, tal perspectiva permite:

Evidenciar, por trás da normatização e uniformização do atendimento segundo as diretrizes do SUS, onde e como aparecem as tensões, ambiguidades, conflitos e injunções em meio aos quais se montam as peças do cuidado em saúde, revelando quão heterogênea e surpreendente pode ser esse universo (SARTI, 2014, p. 8).

O capítulo que se segue constitui o campo em ato, dimensão bastante mais caótica do que a estoicidade e frieza dos papéis. Separado didaticamente em cenas estanques que compõem o todo social o capítulo evidencia que o dia-a-dia em uma UBS com grande concentração refugiada é permeado por conflitos que geram dissoluções, mas também produz coalizões.

3 O CAMPO EM ATO

3.1 “*Quatro horas de culto [e] na segunda-feira isso aqui tava que era congolês puro*”: a construção do fluxo de atendimento para os refugiados

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual realizei o campo encontra-se na zona norte do município do Rio de Janeiro, a poucos metros de uma via central da cidade. Chegar até o local nunca foi especialmente complicado. Afora problemas envolvendo a rotina de trabalho das equipes ou, em uma ocasião, uma forte chuva que caiu sobre a cidade, não tive quaisquer questões que me impedissem de ir a campo. Mesmo o tempo de trajeto, que eu imaginava ser grande, provou-se relativamente curto: eu levava, geralmente, cerca de 45 minutos de ônibus do centro da cidade para a zona periférica da cidade onde a clínica está situada.

Na entrada da estrutura térrea que compõe a clínica, cadeiras e uma mesa estão dispostas e geralmente contam com agentes comunitárias de saúde e enfermeiras que se apressam a dar informações a usuários e transeuntes. Em minha primeira visita para conduzir as entrevistas, fiquei sentada em uma das cadeiras de frente para o pátio onde havia uma Academia da Terceira Idade e um pequeno teatro em forma de arena com uma arquibancada em volta.

Já havia entrado em contato com o gerente da UBS, que me esperava. Identifiquei-me na porta da clínica e uma das trabalhadoras me indicou o caminho para a sala do gerente, com entrada pelos fundos da construção. Nossa entrevista foi conduzida no local onde acabei por conduzir grande parte das outras: um pequeno auditório que ele me explicou ser utilizado para os eventos da clínica. Além do gerente da UBS, conduzi entrevistas com 13 operadores da saúde de três equipes¹² que lidam mais diretamente com a população refugiada, mais três profissionais que integram o NASF.

Assim é a composição das equipes de saúde da família na UBS: seis no total, todas completas. As equipes que lidam mais diretamente com a população refugiada são Equipe 1 – “que pega essa comunidade aqui da frente” – e Equipe 3 – “que pega um pedacinho da comunidade, mais pra essa rua de cima aqui”, me contou o gerente. Apenas a Equipe 2 conta com médicos com carga horária de 20h semanais (coincidentalmente ou não, não conversei com nenhum médico ou médica dessa equipe), enquanto todas as outras possuem médicos de 40h. A forma como escolhi identificar cada profissional, de acordo sua equipe, tem uma razão

¹² Por questões éticas, oculte o nome original das equipes. Vale ressaltar, no entanto, que é comum que os nomes das equipes de saúde da família façam alusão à localidade – rua, região – em que atuam, caso da Equipe 1, cujo nome é o mesmo da comunidade que assiste.

de ser: a pertença a uma determinada equipe, bem como a responsabilidade por um determinado distrito sanitário, são elementos caros aos processos de trabalho desses profissionais. Entendi, portanto, que organizá-los dessa forma facilitaria meu entendimento das relações intra e interequipes de saúde. Além disso, eu sabia que as equipes 1 e 3 (sobretudo a Equipe 3) eram as equipes que atuavam em territórios com maior concentração de refugiados.

Assim se deram as entrevistas:

Equipe 1	médico e ACS
Equipe 2	ACS e enfermeira
Equipe 3	duas ACS, três enfermeiros e médico
NASF	nutricionista, psicóloga e assistente social

A estimativa do gerente é de que há cerca de 300 refugiados no território e que cerca de 65% deles são cadastrados na clínica. Ele relata, também, a presença de outros grupos de refugiados presentes na mesma área que as equipes ainda não conseguiram acessar. A questão do cadastramento da população refugiada na clínica é um ponto de tensão, de acordo com os discursos de quase a totalidade dos meus interlocutores e interlocutoras. As razões para isso são, aparentemente, paradoxais: (i) a dificuldade reportada pelos profissionais em acessar a população refugiada no território e (ii) a resistência por parte das agentes comunitárias de saúde em cadastrar refugiadas que fujam ao fluxo normal do sistema. A partir disso, não se pode descrever o território sem descrever o principal mediador da relação população refugiada e serviço de saúde no cenário analisado: um indivíduo que, embora não seja morador do território, o habita em outros sentidos. Habitar, aqui, refere-se à capacidade de configurar-se como uma figura absolutamente central no circuito refugiado do bairro e, por conseguinte, na articulação entre regime da saúde e do refúgio.

Quando perguntados acerca dos desafios na assistência, grande parte dos profissionais destaca, de forma categórica, o acesso aos refugiados. Há um desacordo entre a territorialidade da APS e a territorialidade refugiada que impede que as equipes de saúde tenham a possibilidade de esquadrihar rigorosamente o território e mapear essa população:

- Mas hoje, pra mim, o acesso a eles é a maior dificuldade, por não saber exatamente onde eles estão. (**Enfermeira 1 Equipe 3**)
- Eles dão endereço falso, todos eles, você não acha ninguém. (**Médico Equipe 3**)

- Outra característica: eles se mudam muito rápido. “Não mora mais, tá aonde?”, “Ah, foi pra área da outra equipe”. Isso acontece muito. (**Enfermeira Equipe 2**)

Para tentar sanar essa questão (e em consonância ao previsto pela PNAB como estratégia para ampliação da cobertura da Saúde da Família), o NASF aliou-se à rede do território e mapeou uma figura comunitária de extrema importância na construção do fluxo de atendimento: um pastor neopentecostal, oriundo da RDC. Ainda que não seja morador nem mesmo do município, o pastor é dono de um pequeno comércio na região, que funciona também como uma igreja onde os cultos acontecem, celebrados no dialeto comum de pastor e refugiados. Dessa forma, equipe NASF e gerência entenderam que seria estratégico aproximar-se do pastor, e o episódio que selou a aliança entre gerência da UBS e pastor foi bastante emblemático:

- Ele é congolês também. Em um primeiro momento ele foi um pouco mais reservado. A gente precisou ir quebrando isso até pra ele entender o nosso sentido. Claro, com medo de entregar documentação, prefeitura, governo, não sei o que. (...) Ele tem um culto, ele é um pastor evangélico, é uma liderança tanto religiosa mas também de referência pra quem chega. Ele tem uma padaria e atrás é um espaço que ele usa pra igreja. Daí eu sugeri que eu viesse num domingo em um culto pra eu poder falar sobre saúde e aí ele marcou um domingo em meados de 2017 em que ele estivesse lá realizando o culto. (**Gerente UBS**)
- Vivem tudo ali na padaria do pastor. Ali eles são fechados. (**Médico Equipe 3**)

Descrito por um enfermeiro como “um ex-refugiado que se deu bem aqui dentro,” o pastor tem especial centralidade no território a partir da posse da padaria. Este espaço de sociabilidade que ora cedia os cultos religiosos, ora funciona como endereço - real ou fantasia - para o cadastro dos refugiados na clínica, faz com que o pastor orbite a vida dessa população na região. É significativo que os agentes do Estado tenham precisado integrar o circuito comunitário dos refugiados e, nesse caso específico, tenham estado no culto religioso do pastor que congrega os refugiados e refugiadas congolêsas que ali chegam para poder, então, integrá-los à APS. Por “entender o nosso sentido”, referia-se o gerente à tentativa de exposição feita no culto por ele e as profissionais do NASF do regime da saúde à população refugiada.

- Fomos três de nós em um domingo, quatro horas de culto. Esse foi o divisor de águas pra essa questão de barreira de acesso. No culto ele deu uma oportunidade pra gente falar no final, a gente falou, e eu acho que isso foi bacana, ali choveu demandas. (...) Na segunda-feira seguinte isso aqui tava que era congolês puro e aí a gente procurou organizar mas ao mesmo tempo a gente precisava escancarar as portas. (**Gerente UBS**)

Se esse “divisor de águas” possibilitou que o pastor chancelasse o acesso da população do território à clínica, não foi tão fácil dividir o fluxo trazido por ele, que não foi composto apenas pelos refugiados do território que a UBS deveria assistir. O pastor – morador de um bairro de outro município da região metropolitana do Rio de Janeiro relativamente próximo ao território analisado - estabeleceu um trânsito de congoleses de sua própria área, burocraticamente fora da área de cobertura não apenas daquela UBS específica, mas da própria SMS:

– Ali no culto tinham pessoas de um bairro de outro município e pessoas daqui da área. E aí não tem como separar, né? É todo mundo. Até hoje a gente não consegue fazer essa divisão. A gente atende, cadastra tudo na equipe que acompanha no endereço dele [*a padaria*] só a nível de registro. (**Gerente UBS**)

Parece haver, portanto, um circuito refugiado centrado na figura do pastor, que atua como uma espécie de coordenador do cuidado da população refugiada tanto dentro quanto fora do município, direcionando-os para a clínica analisada. Essa deferência prestada a ele por atuar como peça-chave no mapeamento dessa população faz com que também seja ele quem melhor é capaz de desviar o fluxo do regime da saúde na clínica:

– Como a gente estabeleceu um elo muito grande com o pastor, se ele levanta uma demanda pra mim e eu falo não pra ele, eu fecho as portas também. (...) Pelo pastor também ter uma igreja lá no outro município pra eles, ele faz essa ponte. O culto é todo no dialeto deles. O pessoal que tá aqui vai assistir o culto lá, o de lá vem assistir o culto aqui. (**Gerente UBS**)
 – Se a gente não acha eles, a nossa referência é o pastor. Ele acha todo mundo. “Quero fazer uma ação com os refugiados sobre saúde da mulher”, primeiro a gente precisa conversar com o pastor, o pastor precisa convencer eles. Ele nos ensina a falar a linguagem que a gente deveria usar com eles. Aí a gente consegue. (**Enfermeiro Equipe 3**)

A percepção dos profissionais é a de que não parece haver grande oferta de trabalho para essa população no território. Quando perguntados sobre espaços de sociabilidade, a referência à padaria foi recorrente, já que ela constitui um “ponto de acesso importante”:

– Aqui o bairro é bem centralizado, tem bastante [*refugiados*]. Se a gente andar aqui no território você vai ver vários... eles mexem muito com cabelo, trança. Tem vários pontos em que eles ficam juntos, essa padaria mesmo se você for lá durante o dia ficam vários refugiados lá sentados conversando. E tem a igreja que é um cômodo no fundo dessa padaria e eles se encontram muito ali. (**Enfermeira Equipe 3**)
 – Eles chegam aqui e vão direto pra essa igreja. Durante o culto é um tempo religioso, depois do culto vira um abrigo. Eles ficam nesse abrigo. É um galpão, todo mundo mora ali junto até conseguir emprego. Eles também dividem casas,

aqui tem uma casa que eles dividiram, cada quarto uma família. (**Enfermeiro Equipe 3**)

Ocorreu-me, ainda no campo, que em todas as vezes nas quais o regime da saúde e o regime do refúgio chocaram-se, o refúgio foi capaz de dobrar o fluxo da saúde. Para tal, era preciso que alguém de dentro das próprias equipes de saúde fosse sensível à construção deste fluxo de atendimento na clínica; essa figura é a ACS2 equipe 3, pertencente à equipe com a maior concentração de refugiados atendidos. A Agente é mencionada mais de uma vez, tanto por seus colegas quanto pelo gerente e profissionais do NASF como a ACS referência da população refugiada do território. A menção que a aloca no fluxo criado entre refugiados e gerência é emblemático:

– No geral a equipe tá bem flexível pro atendimento: todo mundo foi capacitado pra ter uma escuta diferenciada. A equipe 3 tem a ACS2, que é uma figura de referência pra eles, ela consegue ter um olhar bem mais aprimorado e nos ajuda nisso. (...) O principal é eles conseguirem acessar melhor a unidade, terem mais resolutividade nos seus casos. Aqueles que não conseguem têm elos comigo, com a ACS2 Equipe 3, com outros profissionais que conseguem ajustar alguma situação. (**Gerente da UBS**)

– Não é o fluxo que deveria ser, o pastor resolver direto com a gente, deveria ir pras equipes e as equipes acionarem a gente. (**Profissional NASF 1**)

Não foram raras as narrativas de insatisfação de profissionais das equipes com o elo criado diretamente entre pastor/refugiados e gerência da UBS/equipe NASF. Com frequência, percebemos que a nacionalidade é compreendida como algo que confere poder à população refugiada, um fator distintivo que é capaz de desviar o fluxo tradicional da APS:

– Eu tenho uma refugiada gestante que mora na padaria e não mora e eu descobri que ela mora em outro município. (...) Agora ela não vem aqui mais, meu único contato com ela é pelo telefone e ela disse que não vai vir mais. Só que agora ela tá com cadastro aqui, que eu iniciei a contragosto por ordem da gerência, e se tiver alguma morte quem vai ser chamada sou eu. Eu não acho justo uma vez que eu não tenho acesso ao usuário. Eu não sei onde a pessoa se encontra. Mas ela tá cadastrada aqui. Por quê? Porque ela é refugiada, se ela fosse brasileira ela não teria isso. (**Enfermeira1 Equipe 3**)

Essas tensões são pontos de inflexão importantes para as análises traçadas a seguir. Não é como se a gestão não estivesse a par do caráter absolutamente extraordinário do tratamento dado à população refugiada. Com efeito, tanto gerência como parte dos profissionais acionaram o discurso da equidade que é própria da APS:

– A gente tem muito a questão da moradia. O refugiado pra ter o atendimento aqui tem que morar na área. Pelos refugiados terem essa abordagem, eles podem ter atendimento independente de onde eles morarem. (...) Por exemplo, minha área de abrangência é essa aqui, mas eu sei que a pessoa não mora aqui. Eu não

deixo de dar atendimento a essa pessoa. (...). A gente dar um acesso, uma primeira linha de entrada que é a nossa atenção básica pra eles é fundamental. É o caminho. (ACS2 Equipe 3)

– A gente entende que por mais que não seja da área e a gente trabalhe com essa questão territorial, a gente não tem como, até por uma questão mais humana, deixar de atender qualquer tipo de pessoa que venha procurando ajuda. (...) É uma população diferente, a gente precisa entender um pouquinho da realidade deles pra gente poder conseguir ofertar um serviço com qualidade. (Gerente da UBS)

A partir da criação do fluxo de atendimento centrado no pastor, gerente e NASF, algumas tensões foram encontradas no campo, conforme veremos com maiores detalhes na seção a seguir.

3.2 “*Mas vai cadastrar ela?*”: território e poder

Relações de alteridade em que a noção de território é parte central do que confere poder ou não a um grupo foi temática de *Os estabelecidos e os outsiders* (1990), título da obra que apresenta a pesquisa realizada por Norbert Elias e John Scotson em um pequeno povoado industrial na Inglaterra. Ao analisar as relações e representações de dois grupos de indivíduos, a ideia introduzida pela dupla é a de que certo grupo – que no caso inglês estava no território há duas ou três gerações – era capaz de monopolizar as oportunidades de poder e, em o fazendo, estigmatizava outro grupo de pessoas que ali chegou mais tardiamente.

Winston Parva, nome fictício do povoado em que a pesquisa foi realizada, possuía uma povoação de classe trabalhadora que ali se estabelecera de longa data. A chegada de novos operários à região era encarada pelas famílias mais antigas com desconfiança e organizou uma sociodinâmica de estigmatização no povoado, de modo que o grupo estabelecido passou a atribuir ao grupo *outsider* recém-chegado características negativas. O que é interessante salientar, e Elias e Scotson o fazem em sua obra, é que os dois grupos não diferiam quanto a sua classe social, nacionalidade e ascendência étnica/racial: a diferença derradeira para que um desses grupos pudesse estigmatizar o outro com eficácia, sendo o grupo mais poderoso inclusive capaz de lançar mão de representações negativas reproduzidas pelo próprio grupo estigmatizado ao falar de si, era o fato de que os estabelecidos integravam famílias que habitavam o território há algumas décadas. Esse fato, segundo os autores, era capaz de dotá-los de uma característica que os distinguia dos *outsiders* recém-chegados: sua coesão enquanto coletividade e sua estreita integração os dotava de um carisma grupal capaz de

lançá-los aos postos mais altos de poder dentro do território, enquanto excluía o restante dos indivíduos que, de acordo com as representações amplamente difundidas dentro do povoado, eram anomalias sociais.

A expressão sociológica do fato de algumas famílias terem se instalado no povoado há décadas e estarem altamente integradas, funcionando como um grupo que estabelecera para si uma gama comum de condutas e normas grupais a serem seguidas, era o alto grau de coesão e integração que possuíam. Deparar-se com a chegada de novos compatriotas, cuja única característica que os diferia do grupo de antigos residentes era o fato de serem novos residentes, é deparar-se com uma “infecção anômica”: qualquer tipo de contato mais íntimo com qualquer membro do grupo estigmatizado pode ameaçar a posição de poder de um indivíduo dentro do grupo estabelecido. Integrar esse grupo é também submeter-se a regras estritas: a participação na superioridade do grupo é recompensa pela sujeição a padrões específicos de comportamento. As redes de famílias antigas que habitavam a região eram capazes de transmitir, geração após geração, valores distintivos que culminavam na monopolização de posições-chave em instituições locais por integrantes dessas famílias. A “antiguidade sociológica” que dotava os integrantes do grupo estabelecido de uma insígnia social em nada tinha a ver com patrimônio no povoado inglês. A herança de bens – famílias de camponeses cujo poder baseava-se na herança de terras - ou de aptidões técnicas – caso das famílias de artesãos -, outrora centrais na configuração dessa “antiguidade”, agora em Winston Parva não eram elementos que organizavam as relações de poder no povoado.

Explicado o fato de que há uma disparidade de poder entre dois grupos, a questão central é tentar entender como e por que os indivíduos percebem a si mesmos – o “nós” – e a outros – o “eles” - como pertencentes a grupos separados por uma fronteira. Como é construída essa substância à qual fazem alusão quando se referem a si mesmos como pertencentes a uma coletividade – congolezas, médicos, agentes comunitários de saúde, gestores?

A orientação teórica da obra de Elias e Scotson tem como unidade de análise da vida social o conceito de interação. A autoimagem e autoestima de um indivíduo estão ligadas ao que os outros membros do grupo pensam dele: para integrar o grupo estabelecido, é necessário que o indivíduo se adeque às normas do grupo que o integra. O que ocorre, dessa forma, é que há uma equação sociológica do que somos: a soma de, de um lado, nossa autorregulação da conduta e dos sentimentos, e, de outro, a opinião normativa interna da coletividade. O peso de cada um dos lados dessa equação pode variar, já que a relação entre o que o indivíduo pensa de si a partir do que a coletividade pensa do “nós” é elástica, mas nunca

pode ser inteiramente rompida sem que isso signifique alguma rachadura na sanidade mental do indivíduo.

Elias e Scotson (1990), dessa forma, colocam indivíduo e sociedade em relação de uma forma não sociodeterminista: postulam haver processos coletivos que organizam as instâncias de autocontrole individual e que estruturas de personalidade são influenciadas pelos processos grupais em que estão inseridos indivíduos sem, no entanto, perder de vista que, ainda que não possamos estudar indivíduos isolados, não existe uma realidade supraindividual. Para esses autores, esses construtos teóricos – ações individuais pré-sociais ou, opostamente, um “todo social” apartado dos indivíduos – não se sustentam se confrontados com a realidade empírica.

Proponho analisar alguns dados de campo à luz das proposições destes autores, levando em conta a relação “estabelecidos e outsiders” como uma configuração, um modelo que pode ajudar a compreender as relações que outros grupos heterogêneos com níveis diferenciais de poder estabelecem. Em Winston Parva, o que se observou foi o estudo de um episódio de desenvolvimento de uma área industrial urbana que estimulou a chegada de *outsiders* que causaram perturbação na vida comunitária relativamente estável das famílias que ali já estavam instaladas há décadas. Afora o fato de serem recém-chegados no território, as novas famílias de operários não diferiam do grupo estabelecido: eram compatriotas da mesma raça e classe social.

Não pretendo deslocar acriticamente a análise do povoado inglês para dar sentido à dimensão vivida no território no qual se localiza a UBS. Analisar como a chegada de novos indivíduos pode perturbar uma coletividade mais coesa e “nômica” deve necessariamente levar em consideração as especificidades do caso estudado: os grupos de migrantes que chegam ao bairro são, em sua grande maioria, negras e negros oriundos da RDC. Quanto a sua classe social, os dados sugerem que pertencem aos estratos sociais mais baixos: suas condições de moradia são precárias, o que toca em questões de saúde específicas e também influenciam o acesso aos serviços. Uma das ACS da Equipe 1 me contou que quase sempre sabe da chegada dos refugiados por amigos: “chegou uma kombi deles hoje”, contou-me ter ouvido várias vezes entre o final de 2014 e início de 2015.

Essa declaração espirituosa já presente na primeira entrevista que conduzi deixou latente a impressão de que poderia existir algo como Winston Parva acontecendo ali: as declarações de alguns informantes apontaram que a categoria que mais apresentou resistências ao acolhimento indiscriminado aos refugiados foi a dos agentes comunitários de saúde. Ouvi essa narrativa de médicos, enfermeiros e profissionais do NASF. As declarações das ACS estavam em perfeita consonância com a publicação da Secretaria Municipal de Saúde.

Mencionei nas entrevistas com todos os profissionais a publicação *Recomeço*, com o objetivo de averiguar como estavam reagindo à publicação demasiadamente positivada da Prefeitura sobre a experiência com os refugiados. Parecia-me central tentar entender em que medida a construção do fluxo de atendimento para essa população foi povoada por conflitos, e confrontar os profissionais que participaram desse processo na UBS analisada me pareceu a melhor forma de fazer emergir tais conflitos da experiência no atendimento aos refugiados.

A primeira rachadura nessa narrativa foi, então, o relato recorrente de que os ACS ofereceram alguma resistência para o acolhimento a essa população a partir do entendimento de que o grupo *outsider* recém-chegado oferecia uma ameaça:

– Esse treinamento [*com a equipe NASF e ACS*], o primeiro que a gente fez, foi porque os trabalhadores daqui da clínica tinham muito preconceito. Daí a gente fez uma atividade pra começar a ir quebrando isso. (**Profissional NASF 3**, Entrevista #6, 2017)

–É porque eles achavam que os refugiados são pessoas que fugiram porque fizeram alguma coisa. (**Profissional NASF 2**, Entrevista #6, 2017)

–Aí a gente trouxe a Cáritas pra fazer uma explicação técnica mesmo sobre o que é o refúgio, pra falar da questão política do refúgio, pra falar especificamente sobre a maioria da população que a gente tem aqui que é da República do Congo, pra falar da situação política da República do Congo, do porquê que eles saem de lá e vêm pra cá. (...) Depois disso, as resistências foram diminuindo, eles começaram a entender. (**Profissional NASF 1**, Entrevista #6, 2017)

– Ainda existe. (**Profissional NASF 3**, Entrevista #6, 2017)

Com a atividade promovida em parceria com a Cáritas na unidade de saúde, a categoria jurídica do refúgio foi apresentada aos ACS, que então tiveram de reajustar senão suas percepções ao menos seus discursos e práticas acerca dessa nova população. Isso porque parte da autoimagem de grupo dos operadores de saúde dos serviços públicos – presente na PNAB, PAISM e reforçada pela publicação da SMS sobre a experiência no acolhimento aos refugiados – está relacionada com a disposição em assistir universalmente qualquer indivíduo. Sendo a APS a porta de entrada do indivíduo no SUS, seria contraditório haver uma categoria – os ACS – que não estivesse em consonância com os princípios que norteiam a APS e o próprio SUS. Foi preciso que, como subgrupo (ACS) pertencente a um grupo maior (operadores de saúde do SUS), as agentes comunitárias se conformassem à “imagem do nós” que se espera dessa coletividade coesa.

A partir desse reajuste da percepção sobre os refugiados, o principal atributo negativo rendido a essa população – o fato de não morar no território ou de não respeitar o fluxo do SUS – tornou-se consequência de uma configuração em que a classe social, marcador que une estabelecidos e *outsiders*, é central para a análise. O marcador de classe, inclusive, é um que

importa para estranharmos a categoria “equipe”: tratam-se de profissionais de diferentes categorias, com faixas salariais distintas e que são, a partir do preconizado pela política, parte de um todo relativamente indistinto que tem no usuário o ponto de centralidade de suas ações. Os integrantes das equipes multiprofissionais, no entanto, expressam visões distintas sobre os refugiados que chegam à clínica, e grande parte dessa heterogeneidade deve-se ao marcador de classe.

3.3 “*Elas usam planta e tabelinha, método casado*”: classe social e saúde

Em minhas entrevistas com as equipes, pude perceber que a resistência por parte das ACS em cadastrar a população refugiada na clínica tinha a ver, também, com sua posição de classe:

- Quando as coisas foram começando a acontecer eles tinham muita resistência com essa coisa do... “Uê, mas vai cadastrar? Mas a gente vai atender todo mundo assim?” Tinha a galera que pensava assim: “Ah, eles vêm pra cá pra usar, já não funciona pra gente, vai usar o serviço que não tem pra gente, e vai ter pra eles?” (**Profissional NASF 1**, Entrevista #6, 2017)
- No início, por parte das ACS, tinha uma certa resistência no acesso. (...) A resistência também era porque muitas aqui não recebiam algum tipo de benefício do governo, daí elas tinham uma certa implicância. Elas não conseguiam e os refugiados vinham e conseguiam o benefício. Por isso que eu acho que às vezes arranhava essa questão do acesso. (**Enfermeira Equipe 2**, Entrevista #5, 2017)
- Além da língua tinha uma situação de preconceito. (...) O relato dos agentes de saúde era o seguinte: “Ah, eles vêm em caminhão de pessoas pra cá e estão tomando o nosso emprego, estão tomando nossas coisas.” (**Gerente da UBS**, Entrevista #1, 2017)

A hesitação por parte dessas agentes em incorporar essa população aos serviços de saúde é especialmente significativa ao se perceber que essas mesmas ACS são, simultaneamente, trabalhadoras e usuárias do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o receio de ter alguém que possa potencialmente ameaçar o seu próprio acesso ao serviço público ou política de transferência de renda é evidência de que integram, refugiados e ACS, a mesma classe social.

Quanto à escolaridade das agentes comunitárias de saúde, alguns trabalhos apontam para a sua crescente escolarização: Mota e David (2010) constatam uma ampliação significativa em todas as faixas de escolaridade desses profissionais ao aplicarem questionários a 301 agentes comunitários de saúde da área programática 5.2 do município do

Rio de Janeiro. Um relatório publicado pelo Ministério da Saúde que analisou a implantação da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2005) em oito centros urbanos brasileiros atesta que em boa parte dos municípios analisados o percentual de ACS com segundo grau completo supera a faixa de 60%, escolaridade alta para as exigências do cargo acordadas entre Ministério e secretarias de saúde: saber ler e escrever. O mesmo documento também atesta que o perfil dos profissionais das ESF é preponderantemente feminino, sobretudo se considerarmos as categorias de nível médio e elementar, caso flagrante das ACS.

Ainda que a escolaridade dos agentes comunitários de saúde tenha se ampliado, há a inexistência de um plano de carreira para esse trabalhador: a menos que migre para outro cargo na área da saúde ou outra área, só almejará aumentos salariais dentro da categoria, que em 2018 tinha seu piso nacional fixado em R\$1.014,00, o que reforça sua posição de classe.

Em sendo a ACS tanto trabalhadora quanto usuária da clínica, seu estranhamento frente ao grupo que chega tem duas frentes: (1) a de uma usuária que, por conhecer as dificuldades da implementação da política *in loco*, teme que os recursos disponíveis não deem conta de cobrir toda a população do território; e (2) o estranhamento de uma trabalhadora que vê sua carga de trabalho aumentada e possíveis sanções burocráticas decorrentes de quaisquer quadros clínicos com desfechos negativos:

– As ACS ainda têm resistência para cadastrar os refugiados. Elas moram na localidade, então elas conhecem as pessoas. Os refugiados elas não conhecem. Se aparece uma gestante do Congo, o ACS precisa fazer uma visita mensal à gestante. Qualquer coisa que eu solicite às ACS precisam encontrar essa gestante. Muitas das vezes em uma semana eles estão em um lugar e na outra semana, em outro. Eles mudam de município, é complicado. As ACS têm medo, elas sofrem pressão em alguns acompanhamentos, tuberculose, crianças, gestantes, eles são muito pressionados. (**Enfermeiro Equipe 3**, Entrevista #10, 2017)

– Eles têm uma demanda de trabalho muito grande, então qualquer coisa que chega além, que eles entendem como sendo além (...) é mais trabalho, vai aumentar o trabalho. (**Profissional NASF 3**)

– O problema maior é essa questão burocrática mesmo, porque aí você vai lá cadastrar no território, daí você pensa que um ACS é o responsável por aquele endereço e aí você pensa que têm 30 pessoas cadastradas num mesmo endereço para aquele ACS. Então, assim, pra ele representa mais trabalho. Representa mais coisas que ele tem que monitorar, e aí eles começam a se preocupar com as questões mais burocráticas mesmo, e se for um usuário que tem TB [*tuberculose*]? E se for um usuário que é HIV positivo, que eu vou ter que prestar contas muito ferrenhamente à CAP [Coordenadoria de Atenção Primária]? E se for uma criança de zero a dois anos, se for uma gestante? Como é que eu vou fazer? (**Profissional NASF 1**, Entrevista #6, 2017)

Não foi preciso muito tempo circulando pela clínica para observar que outro marcador também unia ACS e mulheres refugiadas: tratavam-se, em sua maioria esmagadora, de

mulheres negras. No entanto, a variável nacionalidade me faz crer que essas mulheres não são encaradas racialmente como iguais pelas ACS; é como se a nacionalidade distinta – sobretudo em se tratando de mulheres africanas – emulasse uma outra percepção racial nelas. Vale a pena lembrar que raça como categoria foi construída no Brasil em flagrante relação com a noção de nação: tratava-se de um projeto de construção de uma identidade racial necessariamente ligada a uma identidade nacional. Ainda que criticado, esse mito fundacional contribui para uma equação em que a noção de brasileira informa mais a identidade racial das ACS do que negra. Não havia nenhuma pergunta no questionário semiestruturado aplicado às ACS que trouxesse a questão da autoclassificação racial à tona; no entanto, a ausência de referência nos discursos das agentes a uma identidade racial comum, cotejada com a literatura, pode indicar que congolezas é mais indicativo de uma identidade racial na percepção das ACS do que negras. Como bem pontuam Elias e Scotson (1990, p. 32):

O fato de os membros dos dois grupos diferirem em sua aparência física ou de membros de um grupo falarem com um sotaque e uma fluência diferentes a língua em que ambos se expressam serve apenas como um sinal de reforço, que torna os membros do grupo estigmatizado mais fáceis de reconhecer em sua condição.

O que se configura, dessa forma, é uma situação em que ACS são, típico-idealmente, mulheres negras e pobres moradoras do território sanitário que devem ter sob sua responsabilidade. A configuração em que novas migrantes das classes populares chegam ao território onde existem brasileiras das classes populares que residem ali há mais tempo torna-se especialmente interessante se observarmos que o agente comunitário de saúde é o profissional da equipe de saúde da família que, por princípios que norteiam o programa já bastante explicitados, deve ser morador do território. Isso também contribui para que o ACS saiba, ainda que não seja capaz de dizer se o indivíduo recém-chegado é um refugiado congolês, quem são os recém-chegados no bairro. Dessa forma, tem-se uma categoria profissional que, a despeito de seu descontentamento com a chegada de um grupo inicialmente percebido como anômico, se vê como parte de um serviço de saúde cujas diretrizes preconizam o acolhimento e assistência a esses indivíduos:

– O ACS é quem tá dentro do território. A gente tá aqui, o ACS tá lá no território. O ACS vê essa pessoa no dia em que ela não está na clínica. O ACS vê essa pessoa na rua, o ACS é vizinho, ouve a queixa, vê a criança lá no ambiente onde ela tá. Então assim, se esse ACS não for uma pessoa acolhedora lá, a pessoa não chega aqui. (**Profissional NASF 1**, Entrevista #6, 2017)

- Quem sinaliza tudo pra gente é o ACS, ele é que vai pra rua, ele é que cava, ele é que acha. (**Médico Equipe 3**, Entrevista #8, 2017)
- Na minha igreja mesmo tem algumas pessoas que são refugiadas. E tem uma igreja na minha área de abrangência, que é uma igreja da Assembleia de Deus, onde eles fazem um culto. (**ACS2 Equipe 3**, Entrevista #4, 2017)

Dotado do poder de adscrever a população ao distrito sanitário que é o lócus operacional das ações das equipes, o agente comunitário de saúde parece ser “a porta de entrada” da “porta de entrada” do SUS, que é a Atenção Primária. Parece ser, no limite, quem é capaz de *colocar essas pessoas no mapa* da saúde, já que adscrição da clientela da população à unidade de saúde só se dá via busca ativa – quando o usuário vai até a clínica espontaneamente – ou via visitas domiciliares (VD) das ACS.

Se, em Winston Parva, estabelecidos e *outsiders* não diferiam quanto a sua nacionalidade, classe social ou raça/etnia, pode-se dizer que no caso do território analisado a variável nacionalidade é extremamente importante: a partir desse marcador, essas pessoas tornam-se elegíveis para receberem o estatuto do refúgio, que permite que o grupo *outsider*, mesmo tendo sido recebido com alguma resistência pelos agentes comunitários de saúde, seja visibilizado por iniciativas de instituições paraestatais como a Cáritas Arquidiocese e pela própria Secretaria Municipal de Saúde. Dessa forma, é possível que enxerguemos o duplo vínculo do qual fala Elias ao se referir ao diferencial de poder entre estabelecidos e *outsiders*: numa situação em que o equilíbrio de poder pende um pouco a favor dos destes últimos, o que ocorre no caso da construção de um fluxo de atendimento para essa população específica, os grupos *outsiders* tendem a retaliar:

- Nós temos um fluxo, (...) eu te explico tudo, mas só porque você é refugiado vai na gerência e vai dizer, “mas eu sou refugiado”, (...) vai vir alguém da gerência e vai dizer, “dá um jeitinho, atende ali. (...) Eles [*os ACS*], por estarem no atendimento, eles conhecem o fluxo e explicam o fluxo. Eles ficam chateados porque dá a entender que a sua palavra não tem vez. Aí cria até um hábito, eu chego aqui, eu nem vou na equipe, eu vou primeiro no pastor, eu vou primeiro na gerência falar o que eu quero, coisa que outra população normal não faria. Isso quebra o nosso vínculo. (**Enfermeira1 Equipe 3**, Entrevista #5, 2017)

As entrevistas que conduzi na clínica com profissionais das equipes de saúde que lidam cotidianamente com refugiados, por questões contingenciais, não foram individuais. Eu ainda não sabia que as entrevistas subsequentes também não o seriam: por sempre me reunir com os profissionais em seus turnos de trabalho na clínica e também procurando ser o menos disruptiva que pudesse, acabei organizando as entrevistas de modo a conversar com duas pessoas por vez. Embora a princípio eu tivesse ficado um pouco hesitante – como identificar as profissionais no caso de terem vozes parecidas, podendo se tratar de profissionais com

especialidades diferentes? Como seguir um roteiro semiestruturado em que preciso fazer as mesmas perguntas a dois profissionais com processos de trabalho distintos? –, com o tempo percebi que as questões mais práticas da condução das entrevistas pouco a pouco seriam pacificadas. De fato, isso ocorreu, e as entrevistas em dupla e, em uma ocasião, em trio, se mostraram especialmente frutíferas: entrevistar um interlocutor que tem um colega de trabalho ao lado me tornou uma figura que precisava fazer menos intervenções. As perguntas disparadoras que eu fazia a eles pulavam de um lado para o outro da dupla entrevistada mais fortemente se eram profissionais da mesma categoria.

Em um desses presentes que os imponderáveis do campo nos dão, a primeira entrevista que conduzi na clínica foi com uma agente comunitária de saúde, juntamente a um médico, ambos de uma das equipes que lida com um território onde há concentração de congolezes. Ainda que não houvesse planejado essa configuração em que faço as mesmas perguntas para cada um deles na esperança de seguir meu roteiro semiestruturado, ter dois profissionais tão distintos respondendo a um mesmo conjunto de perguntas foi profundamente proveitoso.

Não há, na clínica da família pesquisada, um profissional especializado em medicina de família e comunidade. Respondendo a uma realidade presente na maior parte das unidades básicas de saúde que contam com o PSF¹³, o gerente da clínica me conta que luta institucionalmente por um profissional com essa especialidade na UBS.

Isso se deve, em grande parte, à falta de centros formadores de profissionais com essa especialidade no país. A Medicina de Família e Comunidade institucionalizou-se tardiamente em relação a outras especialidades, e o fez ocupando um lugar de “medicina das margens”. É como se faltasse aos formados em medicina de família a coesão grupal típica dos estabelecidos, o que os torna, então, *outsiders* dentro do campo médico. Tal fato culminou na formação de médicos de família que não possuíam a “antiguidade sociológica” de outras especialidades há muito institucionalizadas dentro do grande campo da medicina - como a pediatria, cardiologia ou ginecologia.

Em sendo *outsider*, a medicina de família tem um caráter anômico que denota um estado de ausência de regras e de ordem. Não há regras tão claras em relação ao seu exercício; há um razoável grau de indeterminação e razoável flexibilidade das práticas dos profissionais dessa especialidade, o que faz com que grande parte dos especialistas em MFC passem “a ser médicos de família porque atuam no programa, e não contrário” (BONET, 2014: 59). Em

¹³ Não custa lembrar que apenas 2,6% dos médicos registrados em Conselhos de Medicina são da especialidade Medicina de Família e Comunidade. Não há dados sistematizados sobre que especialidades médicas mais compõem a EsF.

consonância com essa perspectiva, a todos os médicos e enfermeiras que entrevistei fiz a mesma pergunta: “Como é fazer medicina de família e comunidade com a população refugiada?”. Suas reações a essa pergunta me indicariam se estavam mais ou menos alinhados aos princípios que norteiam o programa e que deveriam, em tese, também nortear suas práticas. Foi especialmente interessante ver que o médico e a enfermeira da equipe com o maior número de usuários refugiados cadastrados, a despeito de terem demonstrado insatisfação com a incapacidade de localizá-los todos, acionam (i) a noção de Bonet (2014) de que, dada a imprevisibilidade da institucionalização da MFC, era-se médico de família por integrar o programa e não o inverso; e (ii) o discurso mobilizado na PNAB sobre a integralidade do cuidado dispensado aos usuários:

– Eu sou médico de família. Minha formação é anesthesiologia, mas tem uns anos que eu sou, sou quase praticamente especialista no negócio. Já fui preceptor de faculdade. **(Médico Equipe 3)**

– Qual a diferença da gente pro PAM (Posto de Atendimento Médico)? É o vínculo. Eu crio um vínculo porque eu não trato a sua dor de barriga. Eu trato a Ana Carolina. Eu trato a irmã da Ana Carolina, que é filha de fulana... O vínculo é tão grande que eu já sei, por exemplo, o dia que você vem aqui e está passando mal ou quando tá só chateada e precisa conversar com um de nós. **(Enfermeira 1 equipe 3)**

Como bebem tanto a MFC quanto a ESF da mesma fonte epistemológica que preconiza um atendimento centrado no paciente, faz sentido que cada usuário tenha a sua equipe multiprofissional de saúde da família e possua com ela vínculo em todas as fases de sua vida. Dessa forma, todos os profissionais da equipe estarão, de alguma forma, contribuindo para a promoção da saúde do usuário. No entanto, entendo que essa almejada homogeneidade das equipes esbarra em algumas questões materiais, aqui operacionalizadas pelo conceito de classe.

A partir dessa constatação, me importou analisar como se dá a incorporação na equipe de um profissional que não possui formação biomédica tradicional. O ACS é um profissional que também atua na educação em saúde e, para tal, precisa ser capaz de reproduzir um saber biomédico hegemônico. Precisa, portanto, passar por ritual que o cacife para tal: um enfermeiro lotado em uma unidade de saúde lhe capacita. Outro instrumento utilizado para a formação dessa categoria profissional é uma série de programas em vídeo organizados por eixos temáticos, um deles notadamente intitulado “Ações do ACS frente a problemas de saúde” (BRASIL, 2016). Destaco esse eixo temático por entender que a incorporação desse profissional a ações de saúde que englobam, por exemplo, o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas e implementação de planos terapêuticos, implica em uma mobilização de

termos técnicos da biomedicina para que o exercício de sua função se dê como preconiza a política: respeitando a integralidade do cuidado.

Ainda que a escolaridade dos ACS esteja em um crescente, esses profissionais quase sempre são das classes populares nas clínicas da família.¹⁴ Ainda que passem por capacitação, precisam reproduzir um discurso organizado sobre uma doença ao promoverem, por exemplo, ações educativas junto à comunidade. Em não sendo formalmente treinados como médicos, enfermeiros ou odontologistas, orientar uma família sobre possíveis métodos contraceptivos ou acompanhar um usuário com alguma doença crônica, em que a todo tempo é preciso organizar um discurso sobre tal doença, é uma tarefa imitativa. É sabido pelas ACS – bem como pelas usuárias refugiadas que são atendidas na clínica – que há uma distância social que as separa do médico: elas têm perfeita consciência de que a relação que travam frente ao seu chefe/cuidador é também uma relação de classe. Entendem, dessa forma, que ao elaborar no âmbito de sua prática profissional discursos sobre uma condição clínica, estão manipulando algo que não são autorizadas a falar sobre livremente; os médicos são os únicos detentores autorizados da ciência cujos termos as ACS mobilizam para exercerem sua função nas equipes.

Luc Boltanski (2004 [1971]), em pesquisa realizada entre 1967 e 1968, entrevistou 120 pessoas de famílias operárias em um subúrbio parisiense, numa cidade média e numa comunidade rural francesas. As três localidades foram escolhidas de modo a levar em conta os efeitos da urbanização na relação que esses sujeitos têm com seus corpos. A questão geracional mais uma vez apareceu nesse trabalho etnográfico de fôlego: as famílias do subúrbio de Paris já estavam urbanizadas há várias gerações, enquanto as da cidade média há apenas uma geração. No meio rural, eram nada urbanizadas. As entrevistas foram em sua totalidade conduzidas no lugar de moradia dos entrevistados e entrevistadas: na maior parte dos casos, a interrogada era a esposa do chefe da família, encarregada em quase todos os lares da função sanitária.

Nessas entrevistas, o que se pretendia analisar era a forma como o marcador de classe organizava a relação que o sujeito tinha com a doença, o recurso ao médico, a aceitação do

¹⁴ A pesquisa de Marcelo Henrique da Silva e Maria Ruth dos Santos (2005), em que analisam o perfil social de agentes comunitários de saúde da Zona Norte de Juiz de Fora (MG), constata que se trata de uma categoria predominantemente feminina, concentrando-se na faixa entre 20 a 30 anos e escolaridade acima do requerido pelo processo seletivo do município. Além disso, tratam-se de trabalhadores que não atuavam na área da saúde anteriormente – e que desconheciam o PsF e a epistemologia no qual está ancorado. Não disponho de dados concretos sobre a situação socioeconômica de minhas interlocutoras ACS que entrevistei, tampouco qual sobre sua trajetória profissional, mas estou inclinada a pensar, visto que a equação ACS – moradora obriga que resida na área onde trabalha, que pertencem às camadas populares. A faixa salarial da categoria é conhecida e a clínica está situada em área especialmente pobre e favelizada da cidade.

plano terapêutico, em suma, com seu corpo e suas práticas de saúde. Como se tratavam em sua vasta maioria de pessoas pobres, a relação que travavam com a ciência com a qual eram confrontadas ao serem orientadas sobre questões de saúde era uma de profundo respeito. No entanto, não se julgavam capazes de mobilizar legitimamente discursos médicos: como os únicos detentores autorizados dessa ciência são os médicos, possuíam consciência de que elas próprias não estavam em condições de manipulá-la livremente já que não são qualificadas para tal.

Aqui as ACS também são peça-chave: enquanto pertencentes à mesma classe social das refugiadas, são dotadas de alguma legitimidade como enunciadoras de saberes sobre a biomedicina. Crescentemente escolarizadas que são, sua postura frente às ciências e às técnicas é a de mais profunda crença:

Assim, a prolongação da escolaridade traz uma mudança de atitude frente ao mundo e especialmente em relação às técnicas e às ciências, inculcando a ideia de que tudo pode ser ou tornar-se objeto de ciência, que existem coisas absolutamente verdadeiras que foram objeto de uma verificação experimental e coisas absolutamente falsas (BOLTANSKI, 2004 [1971], p.53).

Ainda que isso não signifique que se percebam na mesma condição de enunciadoras legítimas que o médico, tendencialmente se percebem como um grupo que maneja um saber científico distinto do saber mobilizado pelas refugiadas; isso as deixa mais próximas à categoria de “profissionais da saúde” do que da categoria “pacientes leigas”, e talvez por isso tenham pela ciência o mais profundo apreço. Mobilizam-na, apreciam-na, rogam-na. Uma das ACS que entrevistei, a quem fui apresentada como mestranda do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), travou comigo uma relação que até o momento eu não tinha experimentado em nenhuma entrevista: mais do que apenas narrar sua prática profissional no dia-a-dia da clínica, entendia aquele momento como uma troca em que me forneceria as informações das quais eu precisava e também aprenderia mais sobre o refúgio comigo. Mais de uma vez interrompeu a descrição de suas práticas profissionais frente à população refugiada para me fazer perguntas que julgava que eu soubesse (“é mundial, essa coisa do câncer de colo de útero?”).

Minha hipótese é a de que, por serem das classes populares e não terem trabalhado anteriormente no setor saúde, tendencialmente as ACS terão em seu arcabouço simbólico representações sobre doenças que não necessariamente serão as mesmas da biomedicina. Ao passarem por um curso que as dota de poder para enunciar certos saberes, ainda que esses saberes lhes pareçam estranhos, nutrem elas profundo respeito por eles. É justamente sua

capacidade de mobilizar o discurso médico melhor do que a refugiada atendida – ainda que a ACS entenda que o mobiliza pior do que o médico da equipe – que possibilita que esteja integrando um programa que lhe paga um salário. No entanto, são capazes de mobilizar o saber biomédico apenas na medida em que o descontextualizam. Boltanski (2004 [1971]) aponta que é comum que o conhecimento popular se estruture de modo a não ser comum que situações concretas se transformem em teoria: se expressam, então, pelo pensamento anedótico, com o objetivo de trazer para o terreno do conhecido termos que lhes são estranhos e só se tornam compreensíveis na medida em que injetam sentidos conhecidos aos termos emprestados do discurso médico. Ao serem confrontados por construções que só fazem sentido quando trazidas para o terreno do conhecido, precisam transformar um repertório de conhecimento que lhes é estranho em algo palatável, e o fazem se utilizando de uma classificação fabricada com os meios dos quais possuem. Dessa forma, é possível que transitem entre os dois universos de representações: o seu próprio, da anedota ou do relato, mais avesso a grandes sistematizações, e o universo da biomedicina do qual pega emprestado os termos que compõem seu arsenal profissional.

Se as ACS precisam mobilizar profissionalmente discursos científicos, o mesmo não se aplica às refugiadas, que possuem sua própria forma de lidar com a gestão de seus corpos e parecem, também, transitar entre dois sistemas de representações:

– Aqui a gente faz preventivo, elas costumam dizer pra gente que lá elas não têm costume de fazer isso, só quando vão ter o neném. (...) As que vêm são as que a gente já conseguiu mostrar e conscientizar de que é necessário. As novas que chegam a gente volta de novo pra estaca zero, aquelas a gente tem que começar tudo de novo. Porque elas têm uns costumes diferentes, é muito chá. Elas mesmas se automedicam. **(ACS equipe 1)**

– Nós não temos uma linguagem de serviço que eles esperam. (...) A questão do anticoncepcional, por exemplo. Nós temos toda uma questão farmacológica de anticoncepcional na atenção básica. Elas usam planta. Usam um pó que elas aplicam na região vaginal. Elas usam a tabelinha e essa planta. Método casado. Eles falam que passa de pai pra filho, é tipo uma lenda. Problemas respiratórios, eles usam uma planta, não usam anti-inflamatório ou antibiótico. Pra você intervir nisso, pra não agravar o quadro, é complicado. Você não pode dizer que não funciona, porque eles ouvem isso há anos. Eles foram criados assim então eles criam os filhos assim. **(Enfermeiro equipe 3)**

Algumas coisas saltam aos olhos nas falas do enfermeiro e da ACS. A primeira parece apontar para a utilização pelas refugiadas do que Boltanski chamou de uma “medicina popular”. Demonstrando notável sensibilidade diante de uma situação absolutamente específica, o enfermeiro entende que o “método casado” das refugiadas é expressão da essencial complementaridade existente entre “medicina popular” e a medicina que ele pratica todos os dias, a científica. Além disso, o relatado pó oriundo de uma planta que as refugiadas

utilizam como contraceptivo pode indicar que, como destaca Boltanski, os “remédios caseiros” são utilizados pelas mulheres das classes populares mais por seu valor simbólico do que por seu poder curativo, visto que estes artefatos ajudam a reativar lembranças familiares ou reconectar-se com o passado. Em um contexto de trânsito e possível desenraizamento, a utilização de uma planta que reportadamente tem relação com seu país de origem é significativa. No entanto, a utilização desta está conjugada a um método que, embora não seja hormonal ou de barreira, baseia-se em evidências científicas relativas ao ciclo menstrual.

Diante de todas as tensões, conjugações e negociações constituintes do processo de construção de um fluxo de atendimento para refugiados no município, a questão que se coloca agora é se o âmbito da APS é o mais eficiente e adequado para receber a demandas de saúde da população refugiada, promovendo a integração e garantia de direitos previstos na Lei 13.455/2017, dentre eles “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória”.

3.4 Saúde em trânsito: a Estratégia é uma boa estratégia na atenção a refugiadas?

A última entrevista que conduzi foi com o enfermeiro da equipe 3, que estava de licença durante a maior parte do tempo em que passei no campo. O gerente já havia me falado dele com algum entusiasmo, já que considerava o enfermeiro bastante competente e especialmente sensível à questão refugiada no território, juntamente à ACS2 da equipe 3, as referências em sua equipe no acolhimento. No entanto, ele já havia reportado que a presença de um enfermeiro homem no atendimento às refugiadas era também um ponto de tensão na assistência:

– Teve uma recentemente que precisava fazer um exame ginecológico porque tinha acabado de casar, segundo o relato deles. Quando você casa, antes de ter relação precisa passar por uma avaliação ginecológica. Na equipe dela [*Equipe 3*] tem um enfermeiro e um médico homem. E ela não vai falar pro enfermeiro que quer fazer um exame ginecológico porque ela jamais vai fazer com ele. Então eu tive que marcar ela com uma outra equipe com uma enfermeira mulher pra poder fazer o exame. (**Gerente UBS**)

– Eu tenho muita barreira com elas por conta de ser homem. E na questão da saúde da mulher, eu não posso colher o preventivo delas porque senão termina o casamento. Elas geralmente vêm acompanhadas do marido, eu faço questão que o marido entre no consultório. E eles não têm a cultura da coleta do preventivo.

Por isso que nós entramos pelo viés do pastor, que é mais tranquilo.
(Enfermeiro equipe 3)

Se o dia-a-dia da assistência conta com estes “nós” que devem ser desatados, a figura do enfermeiro parece ser de especial importância. Isso porque, na entrevista, ele me contou que transita profissionalmente entre dois níveis de atenção: trabalha na APS e, também, na UTI de um hospital do município, que constitui o nível especializado de atenção. Quando o confrontei com a pergunta “como é fazer MFC com a população refugiada?”, sua resposta me inspirou a escrever a presente seção. Isso porque, como ele mesmo coloca, a epistemologia integral da APS é a maior arma que a saúde pública tem na assistência a essa população.

Nesta seção, não por coincidência, dei espaço para as falas de interlocutores e interlocutoras chave da Equipe 3, que é a que mais lida com refugiados. Minha intenção aqui é evidenciar os desafios na atenção a essa população e, a partir do caso da UBS analisada, ser capaz de enxergar se as respostas elaboradas no âmbito primário de atenção são as melhores possíveis para o acolhimento a essa população que concentra vulnerabilidades.

Enxergar em ato no campo as potencialidades da APS no atendimento a refugiadas passou, necessariamente, pela comparação da atuação do enfermeiro na APS e sua prática profissional no SAE (Serviço de Assistência Especializada):

– Acho que aqui é o melhor lugar pra essa população ser acolhida porque aqui a gente tem uma saúde integral. (...) No hospital eu sou bem limitado à doença. Aqui não precisa ter doença pra eu acessar o paciente. Eu posso ter ele comigo sem ter doença. (...) A atenção básica é uma porta aberta, eles podem vir sem nada, só pra conversar. Comigo, com o médico, com a técnica de enfermagem. (...) Quando você é enfermeiro de hospital você é meio o senhor do saber, você determina, você manda, você faz. Em atenção básica é muito diferente, você tem que caminhar com aquilo que já existe. Eu não bato de frente com nada que o Congo traz. Eu tento entender, eu ver até onde isso vai trazer algum tipo de malefício. Se não trouxer, eles vão usar o que eles trouxeram e eu vou tentar associar aquilo que temos aqui pra oferecer. Anticoncepcional, elas continuam usando o pozinho delas, eu tento introduzir os nossos anticoncepcionais.
(Enfermeiro equipe 3)

Outras situações clínicas complicadas, em que a representação mesma da condição ou da doença do usuário precisa ser traduzida em termos biomédicos, também foram reportadas pelo gerente. Ao afirmar que o hospital limita sua atuação ao universo da doença, o que faz o enfermeiro é indicar que, em APS, a resolutividade desses tipos de casos é tendencialmente maior por ser este o âmbito que, a despeito de todas as dificuldades, é melhor capaz de estabelecer um diálogo entre usuários e profissionais:

– O que mais pega agora é a questão cultural. Eles chegam e falam: “Estou com uma dor no peito”. Essa dor no peito pode ser uma dor precordial, de infarto.

Mas na verdade não é, é uma dor sentimental, de saudade de um ente querido. Essa percepção que é difícil pros profissionais. “Tô com dor na vista”, encaminha ele pro oftalmo [*oftalmologista*], ver se ele tá com algum prejuízo. Não, é porque ele viu uma coisa que desagradou ele. Até você entender isso aqui na ponta, na correria, pessoal passando mal, profissionais cheios de demanda. É muito mais social, muito mais sentimental do que uma questão patológica. Isso é difícil. **(Gerente da UBS)**

Quando perguntados a respeito das demandas em saúde das refugiadas, a relação conjugal das refugiadas apareceu em algumas narrativas dos profissionais, o que evidencia a perspectiva da integralidade do cuidado se materializando, já que situações de violência de gênero afetam diretamente os estados de saúde dessas congolesas:

– Elas rejeitam fazer o planejamento familiar, na maioria das vezes. Pelo menos na minha equipe, elas falam “Ah, porque o meu marido gosta”... (...) Às vezes ela é uma refugiada e tem 8 [*filhos*], a gente fala “Vamos fazer o planejamento?” e elas “Não, não quero não, meu marido não deixa, quer ter mais um”. Não é que não deixa, mas ela também não quer se contradizer com o marido. **(ACS1 Equipe 3)**

– Teve uma VD [*visita domiciliar*] que eu perguntei “Como é o casamento de vocês?”, aí eu senti que quando o marido chegou em casa ela ficou um pouco mais fechada. Aí ele saiu e ela concluiu comigo, eu sentei com ela, chorei com ela. (...) Parece que o homem dá um dote quando eles se casam lá. Ela acaba se sentindo meio submissa. **(ACS2 Equipe 3)**

O planejamento familiar, serviço ofertado pela clínica, também precisa ser alocado na lógica do controle das populações do Estado moderno. A este respeito, parece surpreender os profissionais da UBS a opção reiterada a todo momento das refugiadas em terem filhos:

– Passa um tempo e elas têm o interesse em engravidar e ter um filho aqui. (...) Já cheguei a pegar umas três, quatro refugiadas que até já tinham filhos, mas queriam fazer investigação de fertilidade porque querem engravidar. (...) Me chamou a atenção. Já atendi umas cinco com a mesma demanda. Elas mal chegam, passa um período bem curto... gravidez. **(Enfermeira1 Equipe 3)**

Uma hipótese que guiou minhas escolhas teórico-metodológicas é a de que haveria uma dependência entre demandas em saúde esperadas dessas mulheres pelos serviços de saúde e sua categoria persecutória relacionada ao gênero em seu país de origem. Em outras palavras, era possível que o tipo de assistência em saúde dispensada às refugiadas fosse definido pela percepção de que a coisa mais importante sobre suas vidas é o sexo e que, como o pastor reportara que grande parte delas de fato havia sofrido violência sexual, que o cuidado fosse centrado em sua saúde sexual e reprodutiva. A narrativa da violência sexual que vitimiza congolesas em seu país de origem foi acionada por alguns profissionais ao relatarem a resistência das refugiadas em fazer o exame preventivo ginecológico:

- Pra fazer o preventivo, que pra gente é normal, eles têm um pouquinho de resistência. Elas não estão acostumadas com esse tipo de exame. Elas estão literalmente abrindo o seu corpo pra se mostrar e é uma coisa que, como eu falei, muitas delas foram até violentadas, então elas se fecham. **(ACS2 equipe 3)**
- A questão ginecológica, de preventivo, por exemplo, é um tabu gigantesco pra eles. A gente quer fazer aqui e eles têm muito receio porque é uma situação invasiva, sem dúvidas, e elas já têm essa questão dos casos de estupro e tudo mais, então elas ficam muito receosas fazer esse exame. É muito difícil conseguir. **(Gerente UBS)**
- O que o pastor passa especificamente pro NASF tem a ver com a questão delas precisarem conversar por toda a situação que elas passaram lá. Porque muitas foram abusadas, tiradas da família, então ele fala que a demanda seria essa. **(Profissional NASF 2)**

Mal sabia eu que, ao considerar tal hipótese na ida a campo, precisaria também da percepção das próprias refugiadas. Averiguar se para as congolezas reside no sexo o mais importante dos cuidados em saúde ou se, como aponta Ticktin (2011), a gramática de emoções acionadas nessas mulheres quando vítimas de violência sexual é distinta da gramática que se espera de uma brasileira na mesma situação, necessitaria que eu as tornasse minhas interlocutoras, coisa que não fiz ainda nessa pesquisa. Entendo, no entanto, que pontas soltas rendem boas teses.

Não foram raros, como se pode ver, os relatos das estratégias utilizadas pelas equipes para fidelizar a população refugiada à UBS. A partir do saudável exercício antropológico de estranhar as categorias do campo, deparei-me com a categoria “estratégia” em Estratégia de Saúde da Família, que constitui a “tática prioritária de organização da atenção básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 32). A ideia de uma racionalidade funcionalista mais uma vez vem à tona. A noção de tática aliada à ideia de estratégia remete ao conceito foucaultiano de biopoder. Há uma estatização do biológico em dois momentos: o do modelo clássico de soberania – o “fazer morrer e deixar viver” dos corpos individuais – e o do modelo que marca as políticas dos Estados ocidentais no alvorecer da modernidade – o “fazer viver e deixar morrer” dos corpos-espécie, população. Parece que esquadrihar o distrito sanitário de modo a, nas palavras de uma interlocutora, “saber exatamente onde eles [*os refugiados*] estão”, objetiva a gestão desses corpos a partir do segundo momento, em que populações se tornam importantes. E é neste sentido de apreensão do funcionamento do modo de governo do Estado moderno que Foucault elaborou o conceito de governamentalidade, entendendo-o como:

(...) conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e

complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2008, p. 143).

Não deve ser coincidência que, em toda Clínica da Família do município haja um grande quadro branco, geralmente afixado em local visível às equipes e usuários, que contabiliza a estimativa da população daquele distrito sanitário e o total de (pessoas e famílias) cadastradas na UBS. Também informa o número de famílias visitadas, pontos colocados no mapa estatal. A divisão da população cadastrada em masculino e feminino e a construção de duas populações específicas: “crianças” e “mulheres” – este último desdobrando-se em “gestantes” – remete ao “fazer viver e deixar morrer” dessas populações. Em outro registro, a imagem de um quadro branco que tenta deixar visível uma organização contábil da população me fez lembrar da padaria onde tantos refugiados têm seu “endereço” registrado, uma adaptação da estratégia de controle desta população flutuante.

Não é chamada de Estratégia à toa, tampouco é tática prioritária por coincidência: se o objetivo da política é cobrir 100% da população, de modo que não haja corpo não mapeado pela SMS, é necessária a “majoração de forças” que é parte da Estratégia: o chamado “Placar da Saúde da Clínica da Família” contabiliza, no limite, territórios conquistados pelas equipes.

Tomando como exemplo a figura do pastor - absolutamente central para a vida comunitária das refugiadas e sua relação com a UBS -, esta funcionou como mediação negociada para que as equipes pudessem mapear a população no território. Ainda que tenha aberto as portas da igreja para os representantes da UBS e construído um trânsito significativo de refugiados para o serviço de saúde, constituiu-se como figura de demasiada importância na vida da população refugiada:

– Tem a questão de planejamento familiar que não existe lá e pra gente trazer pra cá é importante. “Filho escadinha”, nosso enfermeiro fala, aqui é tudo “filho escadinha”. Planejamento familiar, inclusive, é uma coisa que no culto foi falada. O próprio pastor disse que achou importante a gente falar porque eles têm muitos filhos, não têm controle nenhum sobre isso. (**Gerente UBS**)

Se foi preciso o aval de um representante religioso para que as refugiadas congoleesas no bairro pudessem acessar os serviços de saúde, que tenha sido necessário que o Estado – representado pelo gerente e NASF – fizesse presença em um culto religioso para que os refugiados e refugiadas fizessem “chover demandas” na clínica, isso apenas demonstra a potencialidade da APS em ser capaz de se articular com lideranças locais e se fazer presente na vida das refugiadas. Ainda que eu defenda que uma força não-laica não deve nunca ser

mais central na vida da população – refugiada ou não – do que a seguridade social que o Estado provém, é notável que este âmbito de atenção seja capaz de associar-se a figuras locais, já que algumas populações parecem viver à margem de noções mais formais de cidadania e em situações em que o Estado não é capaz de acessá-las. Uma interlocutora, ainda que não se refira ao pastor, expressa seu desconforto ao lamentar que a grande referência das refugiadas não seja a UBS:

– A Cáritas tem as rodas de conversa com as mulheres, então acho que as demandas saem muito do que eles levam pra lá, de dificuldade. A Cáritas eu acredito que tem uma facilidade maior de identificar o que elas precisam, né? Eles estão lá o tempo todo. A gente até fala, “poxa, se a gente conseguisse que a Cáritas ajudasse, porque a gente tá muito longe”. A referência que elas têm com a Cáritas é uma coisa... tudo elas perguntam lá, tudo elas vão lá. Porque é o lugar que acolhe, né? A gente meio que pensou nisso, que a gente queria se aproximar dessa referência, de ser um lugar pra acolher mesmo as demandas que elas tinham. Mas é um processo que é lento, devagar. **(Profissional NASF 1)**

Talvez movida por essa ideia, ainda em campo estive convencida de que quando regime do refúgio e regime da saúde tinham seus maiores pontos de tensão, o refúgio parecia sobrepor-se à Atenção Primária. Foi preciso o tão famoso distanciamento pós-campo ao debruçar-me sobre os dados coletados para compreender que desviar o fluxo tradicional do SUS não significava que o refúgio fosse hierarquicamente superior à organização do SUS. Significa, em verdade, que o regime da saúde – e sobretudo, a APS – tem na diferença um dos grandes norteadores de sua atuação, e isso está escancarado tanto na PNAB quando no PAISM.

Os indícios parecem apontar, no entanto, que a efetivação dos princípios da universalidade e equidade a partir da incorporação da população refugiada ao SUS no município dependeu da iniciativa local dos gestores, que passaram, então, a chamar a atenção dos níveis centrais da burocracia municipal. Gerência e NASF, em parceria com a Cáritas, encarregaram-se de sensibilizar as equipes para o que o gerente chama de “uma escuta diferenciada”. Isso corrobora com a hesitação de Franco e Mehry (2007) a respeito de uma efetivação de mudança significativa no núcleo epistemológico do modelo tecnoassistencial, que segundo os autores dependem demasiadamente dos espaços de micropoder dos gestores locais.

Dessa forma, é própria da APS essa porosidade maior às especificidades locais das populações, já enunciadas por Viana e Dal Poz (2005), que então são colocadas no mapa pela Estratégia. Se os refugiados foram capazes de retaliar como grupo *outsider* agenciando seu estigma, que uma liderança refugiada tenha sido alçada a uma posição de poder tal que o

tornou capaz de negociar com o poder público, o fizeram apenas porque já na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fica óbvia a preocupação em tornar este nível de atenção o mais poroso a quaisquer mudanças mais céleres decorrentes da identificação dos “nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 39) A presença da população refugiada no território – realidade que apenas mais recentemente tem a atenção da gestão do município – certamente constitui uma questão que pede a adoção de uma estratégia contextualizada: no caso analisado, a coalizão travada com o pastor que distorce o fluxo do SUS tem como objetivo mapear e cadastrar a totalidade de refugiados na região. Dá-se um passo para trás e ganha-se o jogo: não é coincidência que termos utilizados em jogos de tabuleiro apliquem-se a todo o jogo semântico que é parte da Estratégia de Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentei demonstrar e analisar neste trabalho as tensões, negociações e conjugações constituintes do processo de construção de um fluxo de atendimento para a população refugiada no município do Rio de Janeiro. Por entender que a construção desse fluxo está operando a partir da intersecção de mais de um regime normativo – o da saúde e o do refúgio –, verifiquei que a diferença é fundamental para a conjugação – tensionada – entre espacialidade do refúgio e espacialidade do sistema único de saúde.

As fronteiras encontradas no campo, entretanto, estiveram longe de se limitar a circunscrever apenas distritos sanitários ou municípios vizinhos; se tudo do refúgio é território, ter uma população confrontada reiteradamente com novas noções de saúde, racialidade e espacialidade é importante para analisarmos como essa tensões tem implicações na integração dessa população e, especificamente, nos estados de saúde desses indivíduos. As categorias emergidas no campo são, elas próprias, demarcadoras de fronteiras dentro do universo analisado: médicos e ACS possuem entre si uma relação de classe notadamente demarcada, enquanto refugiadas e ACS têm no território físico o principal elemento distintivo capaz de traçar a fronteira simbólica que dota de poder estas últimas. Reflexões antropológicas têm o poder de fazer emergir categorias do campo, que, longe de se restringirem à abstração teórica, traçam fronteiras que conformam vivências e experiências e informam o mundo das práticas, se colocando de forma indelével no cotidiano de todos os sujeitos. Quando essas fronteiras são capazes de incidir sobre os processos de saúde e doença de uma população, torna-se mister analisá-las.

Desde o momento em que começamos a desenhar a pesquisa, meu projeto sempre foi pensado em seis anos. Em um primeiro momento, nos dois anos de mestrado, conversar com os operadores da saúde sobre a construção do fluxo de atendimento me pareceu interessante porque era o momento em que começava a ler os primeiros textos de saúde coletiva que me apresentaram à Atenção Primária à Saúde. Se a cientista que havia em mim se recusava a admitir que a epistemologia da APS havia me lançado um sedutor feitiço, a opção por estudar um tema tão “espinhoso” como o refúgio e tentar entender as respostas do nível primário de atenção às demandas dessa população pareceu-me uma boa forma colocar o feitiço à prova.

No doutorado, a ideia é aprofundar a interlocução com os profissionais da APS, mas também iniciar uma interlocução com as refugiadas congoleesas, objetivando torná-las sujeitos de minha pesquisa, pessoas que enunciarão em primeira pessoa suas elaborações, sejam elas

quais forem. Esse é um projeto, portanto, que demandará mais tempo no território, porque pretendo etnografar serviços de saúde. Serviços, no plural, porque a ideia é dar centralidade às refugiadas a partir de seus itinerários terapêuticos no trânsito entre Atenção Básica e Serviço de Assistência Especializada. Meu *lócus* central de análise ainda será a APS – que é a coordenadora do cuidado das usuárias –, mas meu fio condutor analítico será o itinerário das refugiadas pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Se no mestrado analisei a construção mais inicial desse fluxo de atendimento, em que essas refugiadas estavam ainda entrando no mapa da saúde via APS, nos próximos quatro anos me interessa analisar o estágio após a entrada dessas mulheres no sistema de saúde. Como está sendo pensado o cuidado nos níveis especializados de atenção? A presença refugiada já está se fazendo presente de forma significativa nesse nível? Que lugar tem o regime da diferença fora da Atenção Básica? Quais são os principais “nós” a serem desatados quando se chocam os universos de representações da biomedicina e das refugiadas acerca de seu próprio corpo em uma policlínica, por exemplo?

No trabalho de dois anos que findo por aqui, procurei empreender uma análise que possa fornecer massa crítica para se pensar questões atravessadas por migração e diferença na saúde coletiva. Dar voz às refugiadas na próxima etapa de quatro anos é parte de um esforço epistemológico para não cair na armadilha de repetir histórias de colonialismo, através do exercício constante de autorreflexividade crítica sobre o processo da pesquisa e meu papel como pesquisadora, na esperança de que ambas as pesquisas possibilitem retorno prático e melhorias concretas na vida das mulheres refugiadas.

REFERÊNCIAS

- AGIER, Michel. (2016), “Nova cosmópolis: As fronteiras como objetos de conflito no mundo contemporâneo”. RBCS, Vol. 31, n° 91, pp. 1-11.
- AGUIAR, Marcia E. [e] MOTA, André. (2014), “O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: A comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde”. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Vol. 18, n° 50, pp. 493-506.
- ANKER, Deborah E. [e] LUFTIN, Paul T. (01/03/2003), “Gender and the Symbiosis Between Refugee Law and Human Rights Law”. Migration Policy Institute, Migration Information Source. Disponível (on-line) em: <http://www.migrationpolicy.org/article/gender-and-symbiosis-between-refugee-law-and-human-rights-law>
- BARATA, Rita Barradas. (2009), Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- BEAUVOIR, Simone de. (2016 [1949]), O segundo sexo. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- BECKER, Howard. (2007), Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro, Zahar.
- BOLTANSKI, Luc. (2004 [1971]), As classes sociais e o corpo. São Paulo, Paz e Terra.
- BONET, Octavio. (2014), Os médicos da pessoa: Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro, 7Letras.
- BOURDIEU, Pierre [e] WACQUANT, Loic. (1995), Respuestas: Por una antropología reflexiva. Cidade do México, Grijalbo.
- BOYD, Monica [e] GRIECO, Elisabeth. (01/03/2003), “Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory”. Migration Policy Institute, Migration Information Source. Disponível (on-line) em <http://www.migrationpolicy.org/article/women-and-migration-incorporating-gender-international-migration-theory>
- BRASIL. (2017), Lei 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF. Disponível (on-line) em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm
- _____. (2016), Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado. Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
- _____. (2005), Saúde da família: Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – Síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.
- _____. (2001), Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.
- _____. (1997), Lei 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências.

Brasília, DF. Disponível (on-line) em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19474.htm

_____. (1996), *Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.

BUTLER, Judith. (2017), *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

CONNELL, Raewyn. (2016), *Gênero em termos*. São Paulo, nVersos.

CPID. (1994), *Relatório final da conferência internacional sobre população e desenvolvimento*. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CPID), Cairo.

DAL POZ, Mario Roberto [e] VIANA, Ana Luiza D'Ávila. (2005), "A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 15 (Suplemento), pp. 225-264.

DOUGLAS, Mary. (1976), *Pureza e perigo: Uma análise dos conceitos de poluição e tabu*. São Paulo, Perspectiva.

ELIAS, Norbert [e] SCOTSON, John L. (2000), *Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro, Zahar.

FACUNDO NAVIA, Angela. (2014), *Êxodos e refúgios: Colombianos refugiados no Sul e Sudeste do Brasil*. Tese (doutorado), PPGAS, UFRJ.

FOUCAULT, Michel. (2008 [1979]), *Microfísica do poder*. São Paulo, Graal.

FRANCO, Túlio Batista [e] MEHRY, Emerson Elias. (2007), "Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial". Em: MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista [e] BUENO, Wanderley Silva. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Hucitec, pp. 55-124.

FREYRE, Gilberto. (2013 [1933]), *Casa-grande & senzala*. São Paulo, Global.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. (2003), "Como trabalhar com 'raça' em sociologia". *Educação e Pesquisa*, Vol. 29, nº 01, pp. 93-108.

HACKING, Ian. (2002), "Making Up People". Em: *Historical Ontology*. Cambridge, Harvard University Press, pp. 97-114.

HARAWAY, Donna. (2004), "'Gênero' para um dicionário marxista: A política sexual de uma palavra". *Cadernos Pagu*, nº 22, pp. 201-246.

IBGE. (2010), *Censo demográfico 2010: Características da população e dos domicílios – Resultados do universo*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

LAQUEUR, Thomas. (2001), *Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

MATTOS, Ruben Araujo de. (2001), “Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”. Em: PINHEIRO, Roseni [e] MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, Uerj/IMS/Abrasco, pp. 39-64.

MARTIN, Emily. (2006), *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Garamond.

_____. (1991), “The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles”. *Journal of Women in Culture and Society*, Vol. 16, n° 3, pp. 485-501.

MAUSS, Marcel. (2003), “Ensaio sobre a dádiva”. Em: *Sociologia e antropologia*. São Paulo, Cosac & Naify.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2012), *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.

_____. (2004), *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

MOROVASIC, Mirjana. (1984), “Birds of Passage are also Women...”. *The International Migration Review*, Vol. 18, n° 4, Special Issue: Women in Migration, pp. 886-907.

MOULIN, Carolina. (2011), “Os direitos humanos dos humanos sem direitos: Refugiados e a política do protesto”. *RBCS*, Vol. 26, n° 76, pp. 145-155.

NICHOLSON, Linda. (2000), “Interpretando o gênero”. Em: *The Play of Reason: From the Modern to the Postmodern*. Ithaca, Cornell University, pp. 53-76.

OMS. (12/09/1978), “Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires”. *Organisation mondiale de la Santé (OMS)*.

PISCITELLI, Adriana. (2008), “Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras”. *Sociedade e Cultura*, Vol. 11, n° 2, pp. 263-274.

QUIJANO, Aníbal. (2000), “Coloniality of Power and Eurocentrism in Latin America”. *International Sociology*, Vol. 15, n° 2, pp. 215-232.

RUBIN, Gayle. (1993 [1975]), *Tráfico de mulheres: Notas sobre a “economia política” do sexo*. Recife, SOS Corpo.

SAID, Edward. (1978), *Orientalism*. New York, Pantheon.

SARTI, Cyntia. (2014), “Prefácio”. Em: FERREIRA, Jaqueline [e] FLEISCHER, Soraya. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Garamond.

- SAYAD, Abdelmalek. (1998), *A imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo, Edusp.
- _____. (1991), “Uma pobreza ‘exótica’: A imigração argelina na França”. *RBCS*, Vol. 6, n° 17, s/p. Disponível (on-line) em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_17/rbcs17_07.htm
- SMS. (2017), *Recomeço: A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados*. Rio de Janeiro, Superintendência de Promoção da Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Disponível (on-line) em: <https://issuu.com/asasrio/docs/recomeco>
- SCOTT, Joan W. (1986), “Gender: A Useful Category of Historical Analysis”. *The American Historical Review*, Vol. 91, n° 5, pp. 1053- 1075.
- SILVA, Marcelo Henrique da [e] SANTOS, Maria Ruth dos. (2005), “Perfil de atividades dos agentes comunitários de saúde da família da Zona Norte de Juiz de Fora”. *Revista APS*, Vol. 8, n° 2, pp. 109-117.
- SIMMEL, Georg. (1950 [1908]), “The Stranger”. Em: WOLFF, Kurt (ed.). *The Sociology of Georg Simmel*. New York, Free Press, pp. 402-408.
- TICKTIN, Miriam. (2011), “The Gendered Human of Humanitarianism: Medicalizing and Politicising Sexual Violence”. *Gender and History*, Vol. 23, n° 2, pp. 250-265.
- UNITED NATIONS. (2015), *International Migration Report 2015: Highlights*. New York, United Nations.
- VIANNA, Adriana. (2014), “Etnografando documentos: Uma antropóloga em meio a processos judiciais”. Em: CASTILHO, Sérgio R. R.; SOUZA LIMA, Antonio Carlos de [e] TEIXEIRA, Carla Costa (orgs.). *Antropologia das práticas de poder: Reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro, Contra Capa, pp. 43-70.

APÊNDICE A – Roteiro para entrevistas semi-estruturadas para operadores de saúde do município do Rio de Janeiro.

Local da entrevista e município:

Data: ___/___/___

Entrevistada(o):

Cargo:

Hora início entrevista:

Fim da entrevista:

Primeiros passos:

- A) Apresentação da mestrandia, da pesquisa e dos objetivos da entrevista
- B) Termo de consentimento livre e esclarecido
- C) Perfil da entrevistada

Objetivos gerais da entrevista:

- i. averiguar como (ou a partir de quais circunstâncias) a população migrante tornou-se visível para a secretaria municipal de saúde;
- ii. entender como está sendo pensado o fluxo para organizar a assistência à população migrante no município;
- iii. verificar quais são as percepções dos entrevistados e entrevistadas sobre a assistência e cuidado à saúde das mulheres refugiadas que são atendidas em unidades de saúde no município.

- 1) Há quanto tempo ocupa este cargo?
- 2) Como e quando os estrangeiros começaram a chamar a sua atenção nos serviços de saúde? Há algum estrangeiro ou estrangeira cadastrado(a) nessa unidade de saúde?
- 3) Você acha que a população migrante/refugiada acessa os serviços de saúde do município?
- 4) Quais são os principais desafios na assistência a essa população?
- 5) A população migrante/refugiada é atendida dentro da lógica da Estratégia de Saúde da Família? Você tem conhecimento de algum caso que tenha fugido a essa lógica dos territórios?
- 6) Há diretrizes específicas para a assistência a essas pessoas?
- 7) Você acha que há um aumento de mulheres migrantes/refugiadas nos serviços de saúde do município?
- 8) Quais são as demandas específicas das mulheres migrantes ou refugiadas no campo da saúde?
- 9) Há algo que você identifique como um problema na tríade migração-saúde-gênero?
- 10) Quais as nacionalidades das migrantes/refugiadas que aqui são assistidas?
- 11) Existe algum tipo de evento realizado pela secretaria municipal de saúde voltado para a essa população?
- 12) Como é pensada a organização da feira de saúde realizada na Cáritas? Quais são os critérios para a escolha dos profissionais que para lá são enviados? Como são escolhidos os temas das tendas de saúde que lá são montadas?
- 13) Como é fazer a Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade com essa população?
- 14) Há mais algo que queira colocar sobre o assunto?

APÊNDICE B – Lista de profissionais entrevistados por equipes

Entrevistas

Equipe 1	médico e ACS
Equipe 2	ACS e enfermeira
Equipe 3	duas ACS, três enfermeiros e médico
NASF	nutricionista, psicóloga e assistente social