



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

Julianna Godinho Dale Coutinho

***Se você está aqui, é porque eu existo: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados***

Rio de Janeiro

2019

Julianna Godinho Dale Coutinho

***Se você está aqui, é porque eu existo: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados***

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. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C871 Coutinho, Julianna Godinho Dale

Se você está aqui, é porque eu existo: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados / Julianna Godinho Dale  
Coutinho – 2019.

165 f.

Orientador: Martinho Braga Batista e Silva

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

1. Refugiados – Teses. 2. Migração humana – Teses. 3. Serviços de saúde – Teses. 4. Acesso aos serviços de saúde – Teses. 5. Sistema Único de Saúde – Teses. 6. Atenção primária à saúde – Teses. I. Silva, Martinho Braga Batista e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614:314.151.3-054.73

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

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

---

Assinatura

---

Data

Julianna Godinho Dale Coutinho

***Se você está aqui, é porque eu existo: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados***

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 29 de maio de 2019.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Mercedes Mora Cárdenas  
Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista  
Fundação Oswaldo Cruz

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Martin Coviello  
Universidade Federal de São Paulo

Rio de Janeiro

2019

**AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, ao Denis e à Laura, incansáveis apoiadores das minhas viagens e aventuras, além de incansáveis corretores, analisadores e contribuintes. Denis por ter estado sempre ao meu lado, *high tide or low tide*, há tanto tempo que já nos confundimos em sonhos e anseios; Laura, por além de ser minha gêmea imaginária – por me carregar em afetos e sonhos e me levar na vida como se fosse realmente parte de sua carne –, por ter me presenteado com o título-síntese mais lindo possível para essa dissertação. Minha gratidão a vocês não tem tamanho, tanto amor que me destinam mesmo nos momentos mais sombrios. Obrigada por abraçarem toda a loucura que compõe minha existência como se fosse parte de vocês.

Aos que me ensinaram que eu tenho um lar mesmo à distância: Rapha, Thais, Edília Paula, Sandra, Dani e Mario Saffer. Agradeço desde já ao Emiliano que eu tenho certeza que vai me ensinar com seu sorriso muito mais do que eu sei até hoje: pela continuidade, pela leveza – obrigada *sombrinho* por existir (e aos teus pais por terem te colocado na minha vida!). Sandra, Dani e Mario, por serem minha família de acolhida, sempre cheia de afeto e apoio. Especial agradecimento para Paula, minha irmã maravilhosa, confidente, parceira, que mesmo à distância nunca deixou de me apoiar e me amar. Obrigada por ver nas nossas diferenças potencialidades, por estar aberta a aprender comigo e, principalmente, por me ensinar tanto. Tua presença se faz diária na minha vida, mesmo há tantos anos com oceanos de distância. Te amo.

Aos amigos de longe que seguem presentes como os melhores que já tive: Nina, Neni, Pedrão, Carol, Zinho, Lu Petry, Zippo, Isa. Davi, Maurício, Maisa, Marco, Van, Débora, Silvinha: meus amores de Brasília, que fizeram minha vida mais que possível na cidade-seca: fizeram dela um degrau muito importante na minha existência. Amo vocês sem fim.

Aos amigos que mostraram o potencial do amor no exílio: Eti, Bia, Alice, Rebecca, Juan, Thais Vivacqua. Vocês fazem meus dias melhores. Obrigada por receberem tão bem meu (excesso) de energia e paixão. Vocês me inspiram.

Aos colegas maravilhosos que tive chance de ter nesse caminho: Vitor, Nadia, Paula, Alexandre, Carol, Ale, e sempre, em especial, para as duas maravilhosas que nunca me deixaram sentir só: Viviane e Renata. Vocês são força (e riso).

Agradeço ao Martinho, meu orientador, pelo aprendizado conjunto, tranquilidade e apoio, à professora Claudia Mora, que além de mestra, foi parceira nesse caminho pelo mundo da migração e saúde. Aos membros da banca, Tatiana e Denise, pela disponibilidade em participar desse rito tão importante e contribuir para o meu amadurecimento acadêmico. Aos

demais professores, por terem contribuído com minha formação. Às funcionárias do IMS pela disponibilidade e apoio, Aline Santos, Eliete Ester, e Silvia Constâncio.

Aos amigos da FFIPP (Rede Educacional para Direitos Humanos em Palestina em Palestina/Israel): Alê, Leo, Helena Cunha, Julia, Joana Lopes, Clara, Dani Avelar. Vocês compartilharam comigo uma vivência muito especial, vocês compõem meu corpo e minha história em trocas, afetos, descobertas e, sobretudo, lutas. Obrigada por me estimularem a me desacomodar do meu lugar no mundo e a empenhar minhas forças a lutar junto com todos que se levantam contra a opressão, independente do lugar do mundo!

Agradeço (mais uma vez!) à Sandra Axelrud, incansável revisora, à Renata Carvalhaes e à Bianca Sirena pelos ajustes finais.

À Ruth, por demonstrar que cuidado pode ser muito criativo e respeitoso: por demonstrar que se pode ver beleza e potência na vida do avesso.

Ao meu pai, já falecido, que apesar dos percalços, sempre foi um lugar de troca, de maravilhamentos e compartilhamento das descobertas do mundo. Obrigada por me colocar em contato intenso com a natureza desde muito cedo e, principalmente, pelo esforço de alteridade e declaração de amor e aceitação que você fez no momento mais difícil de sua existência. Te levo comigo diariamente no canto dos passarinhos que encontro (e com os quais converso).

Em especial, agradeço a todos que participaram dessa pesquisa com suas contribuições, dúvidas, questionamentos, percepções e estratégias. Trabalhadores do SUS, refugiados, migrantes: vocês são o motivo da minha escrita. Vocês constroem diariamente o mundo do qual me orgulho de fazer parte, seja na garantia do direito à saúde ou na persistência em seguirem existindo, apesar do mundo dolorido que se exprime no horizonte (para ambos os grupos). Vocês são minha inspiração para acordar todos os dias e lutar. Obrigada!

*Aonde vai o mundo?  
Alguns com dificuldades, outros com alegria  
O sofrimento da África  
– em particular, da República Democrática do Congo –  
É a sua riqueza  
Meu Deus, o que nós fizemos contra o mundo?*

*Refugiado congolês entrevistado*

## **RESUMO**

DALE COUTINHO, Julianna Godinho. **Se você está aqui, é porque eu existo**: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados. 2019. 165

f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Essa dissertação teve como objetivo investigar as percepções de diversos atores sobre o acesso à saúde de pessoas em situação de refúgio em uma clínica da família (serviço de atenção básica) situada na zona norte do Rio de Janeiro – RJ. Essa região da cidade concentra um grande número de refugiados, de origem congoleza e angolana. Foram investigadas as percepções de gestores, trabalhadores, líderes comunitários e usuários-refugiados. A metodologia adotada é a etnografia, tendo sido realizadas, durante sete meses, observações participantes em visitas domiciliares, grupos de trabalho e eventos, que se somaram a entrevistas semi-estruturadas. As percepções dessas múltiplas vozes foram identificadas e comparadas, adicionando riqueza e complexidade ao estudo, destacando-se o especial acesso a líderes comunitários, incomum em pesquisas sobre o tema. Os resultados apontam que a demora no atendimento é a principal barreira de acesso colocada pelos usuários, do mesmo modo como o acesso a exames e consultas especializadas, enquanto o acesso aos medicamentos é amplamente destacado como aspecto positivo. Cabe destacar que refugiados relacionam suas dificuldades no acesso à discriminação por serem estrangeiros e negros, fatores que também atravessam todo seu processo de integração ao Brasil. Sobressaem-se nessa pesquisa as dificuldades e questionamentos colocados ao funcionamento do serviço a partir da presença de refugiados, assim como os conflitos causados por divergentes expectativas em relação ao atendimento e entendimentos sobre direito à saúde. Aparecem importantes estratégias criadas por trabalhadores e gerente para melhor acolher essa população, como um fluxo diferenciado, que leva em conta concepções mais amplas de território e saúde. Por fim, cabe destacar o impacto das diversas violências vivenciadas por refugiados em sua saúde, sejam estas causadas por situações de discriminação, negligência por parte das instituições de refúgio ou relacionadas às localidades onde habitam, parecendo ecoar violências vividas anteriormente em seu processo migratório.

Palavras-chave: Refugiados. Migração. Serviços de Saúde. Acesso à Saúde. Atenção Básica.

## ABSTRACT

COUTINHO, Julianna Godinho Dale. **If you are here, that means I exist: multiple perceptions and journeys/displacements of the Brazilian National Health System in its**



encounter with refugees. 2019. 165 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This thesis aims to explore the perception of diverse subjects about the access to health among persons on refugee situation on a primary health care center at the north side of Rio de Janeiro city. This area of the city concentrates a great number of refugees, from Congolese and Angolan origins. The perceptions of public managers, workers, community leaders and refugees-users were investigated. The methodological approach chosen was the ethnographic. During seven months, domiciliary visits, working groups and other events were followed, using participatory observation methods, as well as semi-structured interviews were conducted by the researcher. The perception of these multiple voices were identified and compared, generating a rich and complex study of the theme, with special remarks for the community leaders participation, uncommon on similar researches. The results indicate that the waiting time for treatment is the main access barrier referred by the users, as the access to exams and specialized appointments, while the access to medications is widely defined as positive. It is important to highlight that the refugees relate their hardships on the access with the discrimination linked to being foreigners and black, factors that also permeate all aspects of their adaptation process on Brazil. The presence of the refugees emphasizes the difficulties and questions about the health services operation, even as the conflicts caused for different expectations about the treatment and the understanding about the right to health. Important strategies were created by workers and the primary health service manager to better receive this population, like a different access flux, that uses a broad conception of territory and health. Finally, its necessary to focus on the impact of the myriad of violences lived by the refugees on their health, being them caused by discriminatory situations, negligence by the refuge institutions or related to the neighborhoods they live, echoing violences experienced before, on the migratory process.

Keywords: Refugees. Migration. Health Services. Access to Health. Primary Health Care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACNUDH

Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os  
Direitos Humanos

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CONARE	Comitê Nacional para Refugiados
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais da Organização Mundial de Saúde
CF	Clínica da Família
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECHR	<i>European Convention on Human Rights</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV/AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida/vírus da imunodeficiência humana
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MJ	Ministério da Justiça
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OHCHR	<i>Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights</i>
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OSS	Organizações Sociais em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Parceria Público-Privada
SER	Sistema Estadual de Regulação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
RDC	República Democrática do Congo
RJ	Rio de Janeiro
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNRWA	<i>United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees</i>
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1 PANORAMAS SOBRE MIGRAÇÃO E REFÚGIO: CORPOS EM MOVIMENTO E CATEGORIAS EM DESLOCAMENTO .....</b>	<b>17</b>

1.1	Corpos em movimento .....	22
1.2	Interrogando fronteiras e categorias .....	25
2	SAÚDE E MIGRAÇÃO: HISTÓRIA, DIREITOS E ACESSO .....	35
2.1	A saúde como um direito humano: marcos internacionais .....	41
2.2	Migração: determinantes sociais de saúde e determinação social da saúde .....	45
2.3	Direito à saúde no Brasil .....	48
2.4	Atenção básica .....	51
2.5	Necessidades em saúde e acesso de refugiados e migrantes .....	54
3	INTERLOCUÇÕES E ESCOLHAS METODOLÓGICAS .....	61
3.1	Etnografias sobre saúde de migrantes e refugiados .....	70
3.2	Etnógrafa em cena: reflexões éticas sobre identidade no campo e a realização de pesquisas .....	77
4	TERRITÓRIOS DA PESQUISA .....	80
4.1	Clínica da Família: um cenário consolidado .....	86
4.2	O bairro .....	87
5	DIVERSIDADE DE ATORES: PERCEPÇÕES PLURAIS SOBRE O ACESSO DE REFUGIADOS À SAÚDE .....	91
5.1	Tornando uma população visível para o sistema de saúde: entrevista com o gerente .....	92
5.2	Acesso em ato: percepção dos trabalhadores sobre suas interações com pessoas em situação de refúgio .....	101
5.2.1	<u>Visitas domiciliares: acesso em movimento</u> .....	101
5.2.2	<u>Grupo de trabalho: princípios e diretrizes em pauta</u> .....	109
5.2.3	<u>A dor de cada um: recortes de raça e gênero pelo olhar de um profissional de enfermagem</u> .....	112
5.3	Líderes comunitários: parcerias territoriais para estender o cuidado .....	121
5.3.1	<u>Garantindo saúde para quem precisa: entrevista com o pastor congolês</u> .....	121
5.3.2	<u>Reflexões de um líder comunitário sobre discriminação e acesso à saúde: entrevista com Pedro</u> .....	125
5.4	Usuários-refugiados: interrogando os caminhos do acesso .....	135
5.4.1	<u>Fiquei morto por quatro minutos! Percalços na busca por acompanhamento na entrevista com Hugo</u> .....	135
5.4.2	<u>Precisa tratar com carinho, ter paciência, ter escuta, dar ouvidos: reivindicações na entrevista com Teresa e Patricia</u> .....	139
5.4.3	<u>Por que eu tenho essa doença? O sofrimento relacionado a questões sociais na entrevista com Joana</u> .....	144
5.5	A exposição da precariedade .....	147

5.5.1 <u>Epílogo (ou Epitáfio)</u> .....	151
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	151
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	155
<b>ANEXO</b> – Algumas pessoas contatadas durante a pesquisa.....	164

## INTRODUÇÃO

O presente estudo diz respeito à pesquisa etnográfica que realizei em uma Clínica da Família (unidade básica de saúde) na zona norte do município do Rio de Janeiro, com o objetivo de conhecer as percepções de refugiados, solicitantes de refúgio, trabalhadores, gerentes e também de líderes comunitários sobre o acesso à saúde de pessoas em situação de refúgio. O aumento no número de solicitantes de refúgio no Brasil é um dos indicadores da relevância desse tema para a área de saúde coletiva, uma vez que em 2017 foram 33.865 solicitações contabilizadas em todo o país, quase o triplo dos pedidos registrados em 2016, o que representa uma alta de 228% (BRASIL, 2018). A clínica da família (CF) acompanhada foi selecionada pela quantidade expressiva de refugiados e solicitantes na região, aproximadamente 300, bem como pelos esforços recentes da gestão da clínica e dos trabalhadores para realizar uma atenção que seja acolhedora e faça sentido para esse público.

A compreensão da saúde como um direito e a relação deste com as possibilidades de acesso tornou-se algo inquietante para mim quando, em 2012, passei a trabalhar como voluntária em um serviço de atendimento a migrantes, refugiados e solicitantes de refúgio em Porto Alegre - RS. Inicialmente realizava atendimentos psicológicos, mas logo passei também a compreender a necessidade de auxiliar as pessoas que acompanhava a circular pelas redes de políticas públicas: educação, assistência social e saúde. Entre visitas e telefonemas, comecei a perceber as barreiras impostas ao acesso: *só atendemos se tiver endereço comprovado, não temos obrigação de atender estrangeiros*, para citar apenas as falas mais suaves que escutei.

Algumas vezes conseguia encontrar algum trabalhador mais disposto a tentar garantir o cuidado, e esses diziam muitas vezes fazê-lo por *pena*. Além disso, as pessoas que eu acompanhava poucas vezes sabiam do que se tratava o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo os solicitantes de refúgio, que já haviam dado entrada no processo de elegibilidade e possuíam um número de protocolo<sup>1</sup> que os permitia retirarem documentos e acessarem diversos serviços públicos. Quando reportavam a mim alguma situação que os preocupava em termos de saúde e

---

<sup>1</sup> O protocolo é um papel que contém foto e dados básicos do solicitante, número do processo de sua solicitação e carimbo da Polícia Federal. Este documento dá acesso a uma série de serviços, entre eles o SUS, e permite a retirada do Cadastro Físico de Pessoas (CPF) e carteira de trabalho. Segundo Facundo Navia (2014, p.113): “O Acesso que as pessoas têm a esse tipo de documentos, inclusive estando na fase de solicitantes, ainda sem o status de refugiado reconhecido, é amplamente apreciado pelos agentes de refúgio e apresentado como uma característica exemplar da legislação brasileira. Essa característica costuma ser comparada com legislações de outros países que, em relação a esse aspecto em particular, tem adotado uma legislação mais restritiva”.

eu recomendava a unidade próxima às suas residências, logo rebatiam dizendo que seriam presos ou que teriam que pagar. Com frequência me olhavam com uma longa interrogação sobre os olhos ao ouvir da minha boca as palavras *direito à saúde*.

Muitas das pessoas que eu acompanhava nessa época vinham de países nos quais a saúde não era exatamente considerada um direito. Sistemas públicos universais pareciam uma fantasia, como ilustra a fala a seguir: *Doutora, se eu for lá eu sei que depois eles vão mandar a conta para minha casa. Nada é de graça*. Vários trabalhadores do SUS também não compreendiam seu papel, negando atendimentos, tratando de forma discriminatória migrantes e refugiados ou garantido algum cuidado apenas por empatia.

Essa inquietação sobre o desconhecimento que pessoas que demandam e ofertam atenção à saúde revelam sobre seus direitos e deveres me acompanhou quando me tornei gestora no Ministério da Saúde (MS). Apesar dos inúmeros pedidos por parte do Ministério da Justiça (MJ) e das secretarias de saúde de estados e municípios para que se pensasse uma área técnica mais concisa para trabalhar diretrizes e apoio a unidades da federação que lidavam com questões relacionadas ao acesso de migrantes e refugiados ao SUS, nada se concretizou no nível federal de gestão da saúde à época, entre 2013 e 2016. Chamava minha atenção como essa demanda era ignorada por parte do alto escalão do MS. Ainda que a população migrante e refugiada não seja tão significativa em termos numéricos no nosso país, a produção científica internacional já aponta vulnerabilidades específicas em saúde entre eles há anos.

Assim, as formas de se acessar serviços e ações de saúde na atenção básica se tornaram um tema nessa pesquisa. Compreender como os atores envolvidos (refugiados, solicitantes de refúgio, trabalhadores, líderes comunitários e gestores) percebem o acesso aos serviços de saúde pode colaborar para identificar as barreiras ao mesmo, as necessidades e as ofertas de cuidado. Em qual medida as percepções sobre o acesso à saúde influenciam no cuidado prestado a essa população?

No primeiro capítulo dessa dissertação, abordo os panoramas sobre migração e refúgio, explorando as principais leis e diretrizes direcionadas à gestão das migrações, assim como realizando um debate teórico sobre as categorias relacionadas à mobilidade humana e a construção das figuras da mobilidade humana: sujeitos-migrantes e sujeitos-refugiados.

No segundo capítulo, abordo as relações entre saúde e migração, tendo como eixos as questões históricas, as concepções de direito à saúde e as pesquisas sobre acesso à saúde de migrantes e refugiados. Abordo os paradoxos entre garantia de direitos e controle da população, assim como os marcos internacionais e nacionais sobre direito à saúde e as pesquisas recentes sobre migrantes e acesso à saúde.

A metodologia será apresentada no terceiro capítulo, assim como o diálogo com outras pesquisas semelhantes. Também realizo reflexões éticas sobre a identidade em campo e o fazer etnográfico.

Nos demais capítulos, busco seguir algumas temáticas destacadas na introdução do livro *Etnografias em Serviço de Saúde* (FERREIRA e FLEISCHER, 2014), ou seja, busco explorar o cenário onde ocorreu a pesquisa, dar ênfase à multiplicidade de atores e vozes, além de situar minha identidade em campo, problematizando-a. Desse modo, no capítulo 4, abordo os cenários e territórios dessa pesquisa (a clínica da família em questão e o bairro onde está situada) assim como descrevo minha entrada em campo. No capítulo 5, apresento a multiplicidade de atores e vozes com as quais convivi: gerente da clínica, trabalhadores, líderes comunitários e usuários-refugiados, assim como suas percepções sobre o acesso à saúde. Na última seção apresento as considerações finais.

Para melhor organização visual do texto, optei por utilizar aspas para as citações textuais e itálico para as falas de entrevistados e interlocutores, assim como para as expressões em língua estrangeira e para destacar termos que estão sendo relativizados por mim.



## 1 PANORAMAS SOBRE MIGRAÇÃO E REFÚGIO: CORPOS EM MOVIMENTO E CATEGORIAS EM DESLOCAMENTO

Segundo a Organização Internacional para as Migrações - OIM (2018), a migração internacional é um fenômeno complexo que se relaciona a uma multiplicidade de fatores econômicos, sociais e de segurança que afetam nossas vidas diárias em um mundo cada vez mais interconectado. Mais do que nunca, a migração atinge diversos Estados e pessoas em uma era de aprofundamento da globalização. Nem toda migração ocorre em circunstâncias favoráveis e, nos últimos anos, temos visto um aumento na migração e deslocamento ocorrido devido a conflitos, perseguição, degradação ambiental, além de falta de segurança e de oportunidades socioeconômicas e políticas.

Existem diversas categorias dentro das migrações. Aqui podemos incluir categorizações que atravessam esferas administrativas, jurídicas, políticas, econômicas e sociais, entre outras, e que variam em relação aos países e políticas públicas existentes (ou não) para lidar com a temática. Da mesma forma, as categorias também podem ser fluidas, pois há uma série de processos que implicam a alternância da condição de um migrante internacional – concessão de anistias, permanência em um país após expirar seu visto de estudo, entrada irregular<sup>2</sup>, concessão de visto humanitário, processos deferidos ou indeferidos de refúgio, entre tantos outros. Fato é que não há um consenso na literatura sobre a definição dos diferentes tipos de migração (ACNUR, 2016<sup>3</sup>). A literatura tende a dividir as migrações internacionais entre involuntárias e voluntárias, sendo as primeiras consideradas migrações forçadas, ou seja, devido a motivo perseguição e violações de direitos, e as segundas motivadas por fatores como economia, trabalhos, estudos, reunião familiar, entre outros. A definição de migrantes a partir da volição não é um consenso, mas é amplamente utilizada por diversos autores. As pessoas que migram devido a trabalho e na busca por uma melhora de vida com frequência são chamadas de migrantes laborais ou econômicos.

É notável a influência de agências internacionais sobre a categorização do fenômeno da mobilidade humana. A Organização das Nações Unidas (ONU) possui agências específicas para lidar com a migração dita involuntária ou forçada (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados – ACNUR, e Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da

---

<sup>2</sup> A entrada irregular é compreendida como aquela em que o migrante adentra um território sem a autorização do Estado. Chamarei essa categoria de migrante não documentado, considerada a forma mais adequada.

<sup>3</sup>Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2016/03/22/refugiados-e-migrantes-perguntas-frequentes/>  
Acesso em: 02/01/2019

Palestina - UNRWA<sup>4</sup>), além de recentemente ter incorporado ao sistema da ONU a OIM<sup>5</sup>, organização que lida com a migração em geral, incluindo aquela dita voluntária ou econômica.

No interior dessa formulação oriunda de organismos internacionais, *refugiados*, *solicitantes de refúgio* e *deslocados internos* são algumas das categorias relacionadas às migrações forçadas. Além disso, enquanto o migrante econômico seria aquele que migra buscando uma nova condição de vida em outro país, os migrantes forçados, neste contexto, são pessoas que fogem de conflitos armados e perseguições, tendo muitas vezes que mudar de cidade, região, ou até mesmo de país. Solicitantes de refúgio são aqueles que solicitam o refúgio em outro país, diferentemente dos refugiados, os quais já passaram pelo devido processo burocrático e receberam reconhecimento do governo do país de acolhida. Já deslocados internos seriam aqueles que estão a fugir dentro dos limites das fronteiras de seu próprio país.

Essas categorias operam com base em normativas como o Protocolo relativo ao Estatuto dos Refugiados (ACNUR, 1967), que atualiza a Convenção Internacional sobre o Estatuto do Refugiado de 1951 (Convenção de Genebra), segundo o qual refugiada é a pessoa que:

Temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele. (ACNUR, 1967).

Os documentos acima citados também preveem deveres aos Estados que acolhem refugiados e solicitantes, como a garantia de direitos humanos básicos, proteção contra devolução destes ao país de origem, acesso ao procedimento de asilo de forma justa e eficiente.

No Brasil, a lei nº 9.474 de 1997 caracteriza refugiados como pessoas que se encontram fora de seu país de origem seja por este país estar em situação de graves violações de direitos humanos, ou por estarem sendo perseguidas. (BRASIL, 1997). Mais recentemente, a Lei de Migração, nº 13.445 de maio de 2017, foi aprovada, substituindo o antigo estatuto do estrangeiro (lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980), que era considerada uma normativa pautada por interesses nacionais e de segurança, apartada do arcabouço dos direitos humanos. Ainda

---

<sup>4</sup> A Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina (UNRWA) foi estabelecida pela Assembleia Geral da ONU em 8 de dezembro de 1949, tornando-se operacional em 1 de maio de 1950. “Há mais de 60 anos prestamos serviços essenciais para o bem-estar, desenvolvimento humano e a proteção dos refugiados da Palestina, enquanto aguardamos uma resolução justa para a situação desses refugiados”. Disponível em: [http://unrwa.org.br/sobre\\_a\\_unrwa/](http://unrwa.org.br/sobre_a_unrwa/).

<sup>5</sup> Notícia sobre a incorporação da OIM ao sistema ONU - <https://news.un.org/pt/story/2016/09/1563141-oim-ja-faz-parte-do-sistema-das-nacoes-unidas>

que a nova lei tenha sido considerada um avanço importante em seu texto original por parte de movimentos sociais, não há consenso se ela afetará a situação específica dos refugiados em relação à efetivação dos seus direitos no âmbito das políticas públicas. Além disso, os vetos<sup>6</sup> impostos a partes inovadoras no momento de aprovação da lei podem indicar uma operacionalização da mesma muito aquém em termos da garantia dos direitos de migrantes. Apesar disso, sua aprovação aponta um caminho possível para o debate sobre direitos dos migrantes (e refugiados) na sociedade brasileira.

Essa série de regimes e legislações são tentativas sempre provisórias de categorizar uma população em trânsito entre países, cuja natureza sempre escapa aos enquadres e fronteiras. De acordo com dados de 2015, a OIM calcula que exista, no mundo, 244 milhões de migrantes internacionais (OIM, 2018). Isso equivale a apenas 3,3% da população global. A migração realizada por nacionais dentro do território de seu país de origem alcança números consideravelmente maiores — em 2009, esse contingente era estimado em 740 milhões. Em termos de migração transnacional, na América do Sul, 70% de todos os deslocamentos ocorrem dentro da região. Aqui, temos a Argentina como país com maior contingente de migrantes recebidos (2 milhões), seguido por Venezuela (1,4 milhão) e Brasil (713 mil). Ainda assim, a população de migrantes no Brasil representa apenas 0,3% de todos os habitantes do país. De 2010 a 2015, a população de migrantes vivendo no Brasil cresceu 20% (IBGE, 2010). Desse contingente, 207 mil vêm de outros países da América do Sul.

Em relação às migrações forçadas, hoje existem cerca de 68,5 milhões de pessoas deslocadas de forma forçada no mundo, sendo 25,4 milhões destes refugiados (19,9 milhões sob assistência do ACNUR e 5,4 milhões de refugiados palestinos registrados na UNRWA), 3,1 milhões solicitantes de refúgio e 40 milhões deslocados internos (ACNUR, 2018). Dentre os refugiados, 52% são crianças menores de 18 anos; 85% dos refugiados estão em países e regiões em desenvolvimento; e 68% dos refugiados no mundo provêm de três países: Síria (6,3 milhões), Afeganistão (2,6 milhões) e Sudão do Sul (2,4 milhões). Os países que mais acolhem refugiados são a Turquia (3,5 milhões), o Paquistão (1,4 milhões), Uganda (1,4 milhão) e o Líbano (998.900). Em termos de continentes de acolhida, os refugiados (e pessoas em situações análogas ao refúgio) se dividem em: 31% África, 31% Europa (sendo 17% apenas na Turquia), 21% Ásia e Pacífico, 14% Oriente Médio e 3% Américas.

---

6 Para mais informações: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/535365.html>; <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2017/10/03/vetos-podem-desfigurar-lei-de-migracao-alertam-especialistas>

No Brasil, os refugiados estão concentrados principalmente nos estados de São Paulo (52%), Rio de Janeiro, (17%) e Paraná (8%), somando um total de 10.145 refugiados reconhecidos, mas com apenas 5.134 ativos, ou seja, ainda residindo em território brasileiro. Há, ainda, um total de 86.007 solicitações de reconhecimento de refúgio em trâmite. Dentre os anos de 2007 a 2017, a nacionalidade com maior número de refugiados reconhecidos no país foi a síria (39% com 2.771 indivíduos), seguida por congoleza (13%, com 953) e colombiana (4% com 316) (BRASIL, 2018). Referente à solicitação de refúgio, com o grande fluxo de venezuelanos<sup>7</sup> chegando ao Brasil em 2017, temos atualmente o estado de Roraima com maior número de solicitantes (47%, com 15.955), seguido por São Paulo (28%, com 9.591) e Amazonas (8%, com 2.864). As solicitações realizadas apenas no ano de 2017 foram feitas majoritariamente por venezuelanos (53%), seguidos por haitianos (7%), cubanos (7%) e angolanos (6%).

No Rio de Janeiro, segundo dados publicados pela Prefeitura em 2017 (RIO DE JANEIRO, 2017), o município contava com 4.288 refugiados e 2.889 solicitantes, totalizando 7.187 indivíduos. Entre refugiados, as nacionalidades com maior representatividade são: angolana (2.319), congoleza (901), colombiana (323), liberiana (151) e síria (140). Em relação aos solicitantes, destacam-se indivíduos provenientes da República Democrática do Congo (612), Bangladesh (475), Senegal (324), Angola (312) e Síria (159).

No Brasil, o órgão que lida com o refúgio é o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), criado pela lei nº 9.474/1997, que tem por objetivo “reconhecer e tomar decisões sobre a condição de refugiado no Brasil, além de promover a integração local dessa população” (BRASIL, 1997). Este é presidido pelo Ministério da Justiça, e é composto também por representantes de outros Ministérios e órgãos governamentais, como Polícia Federal, Ministério dos Esportes, Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Educação, além de contar com a participação do ACNUR e da sociedade civil.

Em relação a estados e municípios, iniciativas locais obtiveram um avanço no reconhecimento desta população, o que pode ser evidenciado em São Paulo pela Lei Municipal nº 16.478 de 2016, que instituiu a Política Municipal para a População Imigrante, e no estado do Rio de Janeiro pelo Plano Estadual de Políticas de Atenção aos Refugiados do Rio de Janeiro (2014), bem como no estado do Paraná pelo Plano Estadual de Políticas Públicas para Promoção

---

<sup>7</sup> A crise política, econômica e social que se instalou na Venezuela na década de 2010 deu início a um fluxo migratório muito grande de venezuelanos para os países vizinhos. Instabilidade política, situações de violência, falta de acesso a medicamentos e fome estão entre os principais motivos da migração.

e Defesa dos Direitos de Refugiados, Migrantes e Apátridas (2014) e no Amazonas pelo Plano Estadual de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e Atenção aos Refugiados e Migrantes (2016), entre outros.

Comitês para articulação de políticas públicas para migrantes, refugiados, solicitantes de refúgio, apátridas e vítimas de tráfico de pessoas<sup>8</sup> foram criados em ao menos sete estados brasileiros: Comitê Estadual para Refugiados e Migrantes no Estado de Paraná (Cerm) (2012), Comitê Estadual de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas no Rio Grande do Sul (Comirat-RS) (2012), Comitê Estadual de Atenção à Migração, Refúgio e Apátridia, Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e Erradicação do Trabalho Escravo de Minas Gerais (Comirate-MG) (2015), Comitê Estadual para Refugiados, Migrantes e Apátridas no Estado do Mato Grosso do Sul (CERMA/MS), Comitê Intersetorial de Política Estadual para Migração e Vítimas de Tráfico de Pessoas no Estado de Goiás (instaurado em julho de 2016), Comitê Estadual para Refugiados – CER, São Paulo (2007) e Comitê Estadual Intersetorial de Políticas de Atenção aos Refugiados e Migrantes (CEIPARM/RJ), Rio de Janeiro (2009). A cidade de São Paulo se destaca pela criação do Conselho Municipal de Imigrantes, órgão que busca participar da formulação e monitoramento de políticas voltadas a essa população, tendo como ênfase a participação social: sua composição é paritária entre membros da sociedade (dividida em três categorias: (i) coletivos, associações e organizações de imigrantes; (ii) coletivos, associações e organizações de apoio a imigrantes e (iii) pessoas físicas imigrantes) e Poder Público (SÃO PAULO, 2016).

O CEIPARM/RJ, instaurado em 2010 pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, é composto por órgãos governamentais de nível federal e estadual, organizações da sociedade civil, bem como representantes da ONU. Esse comitê tem por objetivo monitorar as ações do Plano Estadual de Políticas para Refugiados, além de induzir algumas ações intersetoriais e de capacitação e sensibilização para agentes públicos que acompanham essa população. No município do Rio de Janeiro há iniciativas por parte da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o Programa de Atendimento a Refugiados da Cáritas<sup>9</sup> como feiras de saúde com

---

<sup>8</sup> A expressão tráfico de pessoas significa o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça ou uso da força ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade ou à entrega ou aceitação de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra para fins de exploração. A exploração incluirá, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, escravatura ou práticas similares à escravatura, a servidão ou a remoção de órgãos. (BRASIL, 2004)

<sup>9</sup> A Cáritas Arquidiocesana é uma instituição filantrópica, ligada à Igreja Católica, que atua no Brasil como referência no acolhimento de refugiados. Possui uma parceria com o ACNUR para realizar tal serviço. Possui sedes no Rio de Janeiro e São Paulo.

foco no público refugiado e uma publicação sobre a relação entre serviços de saúde e refugiados no município (RIO DE JANEIRO, 2017).

Na próxima seção, abordarei a produção do sujeito-migrante e do sujeito-refugiado a partir da construção das categorias e representações acerca dessas figuras da mobilidade. Num movimento pendular entre controle e direitos, o papel que o migrante e o refugiado exercem enquanto questionadores de categorias e da ordem nacional das coisas (Malkki, 1995) demonstra-se tanto na literatura quanto em episódios em relação ao acesso à saúde.

### 1.1 Corpos em movimento

A chamada *crise migratória do século XXI*, que produz deslocamentos internacionais em uma escala imensa, produzindo sujeitos *clandestinos*<sup>10</sup> e *aspirantes a refugiados* em diversos países (muitas vezes, em países que se situam a oceanos de distância de seus locais de origem), coloca em questão a definição dos Estados nacionais, da cidadania e das fronteiras como delimitadoras territoriais, imaginários e políticos. A idealização que existiu nos anos 90 de que o processo de globalização viria a suprimir fronteiras foi deteriorada por um mundo que se revelou muito mais aberto à circulação de mercadorias ou dinheiro do que de seres humanos. As fronteiras e sua rigurosidade se multiplicam na atualidade, na força colocada em muros, cercas, campos de refugiados, centros de detenção, passaportes, carimbos, uma burocracia cada vez mais especializada em *definir* quais corpos podem circular, quais corpos podem permanecer, quais corpos têm direito a ter direitos. A marginalização dos que migram obviamente não é generalizada: os *cidadãos do mundo* são aqueles pertencentes às classes abastadas, que alcançaram a tão almejada *cidadania global*; já os sujeitos advindos dos países considerados subdesenvolvidos, que fogem de guerras e da pobreza, estes têm seu direito de circular atrelado a decisões governamentais que, quase sempre, os jogam na marginalização: seja como *vítimas puras* e praticamente desassistidas, seja como *potenciais criminosos*.

Agier (2016) nos traz alguns apontamentos para pensarmos a experiência de mobilidade global a partir dessas diferentes distinções acerca dos que se movimentam. Assim, temos a ideia de *cosmopolitismo* que diria respeito a uma elite global, “uma minoria social e cultural sem etnia, que se definiria em oposição aos locais” (AGIER, 2016, p. 06), sujeitos que incorporam

---

<sup>10</sup> Embora esse não seja o termo correto, opto por colocá-lo aqui para destacar como são vistos os migrantes não regulamentados pelos Estados, de forma criminalizante.

a ideia, excessivamente visibilizada, de um mundo sem fronteiras. A ideia de *cosmopolítica* diria respeito a uma posição política global, democrática, universalista, a partir da qual se cunham termos como *cidadãos do mundo*. Já a ideia de *sociedade global* diria respeito a uma consciência cosmopolita, um tipo de identificação com o que ocorre em partes distantes do mundo, gerando uma ideia de risco, na qual o que ocorre neste outro lugar, pode vir a atingir quem está aqui. Seria o mundo imagético, do espetáculo, do virtual. Por fim, Agier propõe um quarto conceito relacionado aos anteriores, o conceito de *nova cosmópolis*, que diria respeito aos sujeitos dessas migrações do século XXI, estes que experienciam as fronteiras nos seus corpos, de forma mais real do que virtual:

[...] é aí, nas fronteiras que se estendem no tempo e no espaço, que eles se tornam cosmopolitas. Fora de seus “lares” e de seu “eu” identitário, habitantes do mundo, eles atravessam lentamente os países, devem saber falar palavras de muitos idiomas, enfrentam relevos topográficos penosos, são confrontados a muitas realidades, à dureza dos Estados-nação com suas polícias ou seus locais de detenção, à compaixão de organizações internacionais que abordam os direitos humanos e efetivamente cuidam deles nos campos, ao medo dos moradores com seus “territórios” protegidos, e eles aprendem a superar seus próprios medos para poder sobreviver enquanto avançam. Possuem, portanto, um conhecimento concreto do mundo. (AGIER, 2016, p. 07)

Os lugares habitados pelos sujeitos da *nova cosmópolis* são os lugares intermediários, lugares *entre*, lugares marginalizados: salas de espera, conectores de aeroportos, centros de detenção, campos de refugiado, solicitantes que aguardam o deferimento (ou até indeferimento) de um processo de pedido de refúgio por até três anos (como no caso do Brasil). O estado de exceção torna-se *estado permanente* na vida desses sujeitos-produtos da reconfiguração global atual, torna-se uma forma de se relacionar com o mundo.

Este estado intermediário geralmente é colocado como de *exceção* – ainda que seja permanente na vida de milhares de pessoas – e a ideia de não pertencimento muitas vezes leva a não garantia de direitos a esses sujeitos. Por colocarem seus corpos no lugar de interrogação à ordem mundial (mesmo que não o façam intencionalmente), os governos do mundo devolvem a crítica velada com a ausência de direitos, com o não reconhecimento (ou reconhecimento seletivo). A experiência migratória atual gera ansiedades, ameaças identitárias aos países-destino. A nomenclatura *crise migratória* ou *crise dos refugiados*, muito abordada midiaticamente, revela a dimensão de estranheza frente a esses outros que *invadem* o território familiar (e imaginariamente harmonioso): “a terminologia [da crise] também revela as enormes ansiedades geradas pela complexidade da experiência migratória e sobre como as

subjetividades políticas dela advindas produzem rupturas e fissuras no imaginário político contemporâneo em geral” (MOULIN, 2012, p. 02).

À ideia do familiar, do harmonioso, do conhecido, se opõe a ideia do externo, estrangeiro, do desconhecido, incitando cada vez mais o aumento de barreiras, fronteiras, processos de marginalização, ações de ódio e a criação de uma imensa burocracia para gerir a *potencial ameaça* a partir da concessão (ou não) da cidadania, status que regula os direitos dos indivíduos em determinados territórios.

Como engrenagens desse mecanismo de regulação e gestão de corpos, podemos pensar os diversos aparatos burocráticos, jurídicos, políticos e médicos que incidem nas determinações, critérios, categorias e definições acerca das mobilidades (im)possíveis: os sistemas de elegibilidade de refugiados, a concessão de vistos, suas categorias e restrições temporais e de direitos (vistos de turismo, vistos humanitários, vistos diplomáticos, etc.), as restrições ou permissões de permanência em certos países baseadas em critérios de saúde (exigência de vacina de febre amarela para adentrar certos territórios, as quarentenas, os isolamentos, os planos emergenciais em aeroportos baseados em sintomas de passageiros, a restrição de acesso à residência em alguns países para portadores de HIV/AIDS<sup>11</sup>, o direito ou restrição à utilização dos sistemas locais de saúde, etc.).

As definições e critérios utilizados para a obtenção de direitos pelos candidatos ao status de refugiado recaem sobre concepções específicas de sofrimento e das condições de vida em suas terras natais. Conforme abordado anteriormente, o *fundado medo de perseguição* surge como elemento chave para caracterizar o sujeito-refugiado. Cabe notar como a construção da ideia de medo, uma emoção, acaba operando como analisador para pensarmos a dinâmica *nós e eles*, doméstico e desconhecido, nacional e estrangeiro, como nos ressalta Moulin (2012, p. 07):

A ideia é a de que expulsos para o espaço perigoso do internacional os refugiados serão caracterizados pelo medo, mas que, uma vez encontrando o espaço da normalidade nacional, eles possam novamente racionalizar esse medo, apresentando uma narrativa autêntica e consubstanciada das suas trajetórias e que justifique a concessão da proteção.

---

<sup>11</sup> Atualmente, existem 36 países com algum tipo de restrição de entrada ou permanência para portadores de HIV/AIDS, 17 países que deportam indivíduos quando tem seu status descoberto e 05 países que requerem que a pessoa prove que é HIV negativa para a entrada. Para maiores informações sobre restrições de permanência e residência para portadores de HIV/AIDS: IZAMBERT, C. Europe: Securing legal protection against expulsion for HIV-positive migrants. in HIV AIDS Policy Law Rev. 2010 Oct;15(1):57-8. UNAIDS. Report of the international task team on HIV-related travel restrictions. 2008



A partir do temor e do medo, gera-se uma ideia de vulnerabilidade, de impotência e não agência, que acaba por reforçar seu contraponto imaginário: a potência *protetora* do Estado nacional, da nacionalidade. Podemos notar a apropriação da figura do refugiado pelos Estados, esta que coloca em questão o mundo geopolítico tal qual ele se apresenta, para justificar a existência das fronteiras, da segurança nacional, das nacionalidades – ou seja, para justificar a necessidade de proteção dos que ainda repousam dentro das linhas imaginárias aparentemente não colapsadas pelas mazelas do capitalismo.

Reforça-se assim a ideia de cidadania atrelada à nacionalidade como um escudo contra o desmantelamento irrefreável da ordem social global, escudo que impede inclusive que se vislumbre o espaço interno como um espaço que também gera sua própria exceção social, cidadãos nacionais praticamente sem cidadania. Os olhos assustados se voltam para fora das linhas imaginárias dos mapas – lá longe, onde a *barbárie* acontece – e terminam por descansarem, tranquilos, na ilusão da proteção que seu Estado os concede. Essa ilusão de potência demarca uma hierarquia onde quem está *dentro* viveria de forma autônoma, e quem está *fora* ou seria uma ameaça, ou não teria agência, estaria impelido pelo mundo a viver *à deriva*, de fronteira em fronteira, até ser acolhido pela *compaixão* de algum país disposto a compartilhar (ainda que com desconfiança e muitos limites) todo o suposto poder do manto da proteção do Estado-nação.

Este processo se aproxima do conceito de securitização de Bauman (2016, p. 34), processo que “consiste em desviar a ansiedade de problemas que os governos são incapazes de enfrentar (ou não têm muito interesse em fazê-lo), para outros, com os quais os governantes aparecem lidando com energia”. O primeiro tipo de problema seriam os fundamentais da sociedade: oferta de empregos, previdência social, estabilidade da condição social, dignidade. O segundo seriam os imigrantes transformados em ameaça, tanto em termos econômicos quanto em relação ao terrorismo. A figura do migrante e do refugiado, assim, acaba por servir a significações aparentemente contraditórias e paradoxais, que pendula entre dois extremos de um mesmo jogo dependendo de contextos, nacionalidades, gênero e outros marcadores: por um lado, *a ameaça, os terroristas*, aqueles que vêm *roubar trabalho*. Por outro, os ameaçados, os que fogem da *barbárie*, e que são vistos, como diz Moulin (2012, p. 08), como “nada além de um autômato que é impulsionado por fatores exógenos e involuntários a uma rota de fuga e de acolhida que não é, e não pode ser, nunca, de sua escolha”.

## 1.2 Interrogando Fronteiras e Categorias

Nessa seção exploro as representações e figuras de migrantes e refugiados e como essas são produzidas no cerne dos Estados-nação. O objetivo é compreender como as práticas que buscam o controle dos corpos a partir da criação de categorias rígidas e *abissais* (SANTOS, 2009) sobre a circulação legítima acabam por se relacionar com conceitos como biopolítica e governamentalidade, e abarcam marcadores de raça, classe, gênero e nacionalidade. A insistência em enquadrar em certas categorias administrativas e jurídicas experiências que, em realidade, se apresentam múltiplas e híbridas – ou como linhas borradas (*blurred lines*<sup>12</sup>) – acaba por incitar discursos de verdade através do uso de práticas escrutinadoras, que em alguns momentos gera ações de controle e desconfiança por parte de agentes do Estado, gerando práticas por vezes excludentes ou julgadoras dos indivíduos em situação de migração.

Ainda que migrantes (documentados ou não) e sobretudo refugiados possuam na legislação brasileira certos direitos e acesso a políticas públicas, seguem se produzindo práticas excludentes à cidadania, seja por vias burocráticas (labirintos incompreensíveis), legislativas (como o veto ao exercício do direito político por refugiados e migrantes), sociais (como racismo, xenofobia), culturais e econômicas (exclusão social). O que gostaria de frisar é que as técnicas e a insistência em separar os que merecem direitos dos que não merecem esconde um certo temor de tudo o que não é (tão) sujeito ao assujeitamento<sup>13</sup> (FOUCAULT, 1999) ou à padronização. O que foge às categorias, ou ao menos não se expressa de forma tão ajustada a elas, acaba por colocar em xeque funcionamentos e crenças caras ao funcionamento do Estado. Os corpos em movimento interrogam as fronteiras, a suposta proteção que os países concedem a seus cidadãos, sua base sedimentada em categorias límpidas; ou seja, acabam por interrogar os fundamentos do próprio Estado-nação enquanto potencial de proteção.

As contribuições de John Torpey (2000) para pensarmos a questão da modernidade a partir da invenção do passaporte são uma via interessante para aprofundarmos essas questões. A relação que o autor propõe entre os fundamentos do Estado-nação e a administração da circulação de pessoas na figura de documentos como o passaporte traz a dimensão da governamentalidade como central ao debate. Ainda que seu escrito sobre esse documento seja

---

<sup>12</sup> A ideia de linhas ou categorias borradas no campo das migrações surge em alguns autores, como em Andersson (2014), Sajjad (2018) e reportagens como: Refugees versus migrants: time for a new label? (Irinnews, 2015), disponível em: <http://www.irinnews.org/analysis/2015/06/15/refugee-versus-migrant-time-new-label>; Refugee or migrant? Sometimes the line is blurred. (The Conversation, 2017). Disponível em: <https://theconversation.com/refugee-or-migrant-sometimes-the-line-is-blurred-79700>; Refugees and migrants have become a blurred challenge (Washington Post, 2018). Disponível em: [https://www.washingtonpost.com/news/worldpost/wp/2018/12/20/asylum/?noredirect=on&utm\\_term=.efe612b5abf0](https://www.washingtonpost.com/news/worldpost/wp/2018/12/20/asylum/?noredirect=on&utm_term=.efe612b5abf0).

<sup>13</sup> Entende-se aqui assujeitamento como processo de produção de sujeitos a partir de dispositivos de poder e discursos de verdade, tendo como objetivo sujeitos úteis para o mercado e adequados às padronizações sociais.

passível de críticas por não levar em consideração a relação metrópole-colônia<sup>14</sup> como essencial na construção da profusão de documentos de identificação civil e permissões/restrições de circulação (CASTRO-GÓMEZ, 2011, apud MORAES, 2012, p. 131), sua ênfase na construção do Estado-nação, a partir do fim do absolutismo na Europa, com o monopólio dos meios de circulação legítimos é de grande interesse para a análise a que se propõe essa dissertação, assim como para as insistentes formas dos Estados em categorizar e definir quem são refugiados ou migrantes econômicos.

Torpey (2000) aponta que o passaporte se tornou um documento importante e aceito para as viagens internacionais de forma contundente no século XIX, a partir da consolidação dos Estados-nação. Nessa época, os Estados passam a centralizar certos aspectos da vida dos sujeitos residentes no território, atrelando a ideia de nacionalidade à cidadania. Passa-se a ter um entendimento do Estado como portador do monopólio dos meios de circulação legítimos – assim como o monopólio do uso legítimo da força – o que se consolida no reconhecimento recíproco entre Estados, no uso do passaporte como documento regulador da mobilidade humana.

Moraes (2012) pontua que o paralelo entre documentos de identificação – entre eles, o passaporte - e o dinheiro se torna uma metáfora muito interessante hoje, ambos cumprindo o papel de *moeda de troca* na nossa sociedade. Para se ter acesso a certos benefícios do Estado, para se adentrar ou sair de certos espaços, é necessário apresentar documentos, como se nessa troca se apresentasse o pacto: o controle do Estado sobre o sujeito, sua inscrição em uma população e a possibilidade de se dispor de certas benesses estatais (saúde, educação, circulação, proteção, etc.). A construção dos documentos referentes ao refúgio no Brasil também é atravessada por essa lógica. O protocolo de solicitação de refúgio surge como um documento que permite aos solicitantes de refúgio acessar certos benefícios, como a retirada do Cadastro de Pessoa Física (CPF, documento que permite a abertura de contas bancárias) e a da

---

<sup>14</sup> “O surgimento dos estados nacionais na Europa e na América durante os séculos XVII e XIX não é um processo autônomo, senão que possui uma contraparte estrutural: a consolidação do colonialismo europeu em ultramar” (Castro-Gómez, 2011, p. 170, apud Moraes, 2012). E: “O caso da introdução do sistema de impressões digitais é exemplar desta colonialidade intrínseca às tecnologias ocidentais de governo, uma vez que nela encontramos um movimento de apropriação e readaptação de métodos de identificação individual que já vinham sendo utilizados pelos povos da Índia antes mesmo da chegada dos colonizadores ingleses. Funcionário de “Sua Majestade”, o administrador do distrito de Hooghly, em Bengala, Willian Herschel, vinha observando, desde meados do século XIX, que os nativos da região utilizavam as marcas das mãos como uma espécie de assinatura em certas prestações sociais. (...) Pela primeira vez, um método de identificação era utilizado com fins civis, e não criminais, de forma a racionalizar o uso dos recursos públicos (...) Uma tecnologia utilizada para vigiar o outro colonial “viaja” à Europa para converter-se em ferramenta de controle dos “outros” internos à sociedade capitalista emergente” (MORAES, 2012, p. 131).

carteira de trabalho. Ainda que as áreas de saúde e a educação, conforme a Constituição brasileira, possam ser desfrutadas por qualquer indivíduo (nacional ou não), a exigência de documentos opera como forma ou barreira de acesso, uma vez que são demandados nos diversos serviços públicos disponíveis.

Os documentos de identificação passam a operar como *normalizadores* sociais, instrumentos da governamentalidade. A governamentalidade (FOUCAULT, 1997) é entendida aqui como forma de ordenar e regular a vida dos sujeitos de uma população, sob justificativa de protegê-los e com objetivo de torná-los úteis ao funcionamento do Estado-nação, sua sociedade e economia. Diversas práticas de saber e poder operam, então, sobre os corpos, buscando a definição do que é permitido ou não, erigindo fronteiras sociais, morais, jurídicas, etc., que buscam um enquadramento social dos sujeitos, uma padronização passível de controle. Definir o que é *normal* de *anormal* (FOUCAULT, 2001) é uma das tônicas principais do funcionamento do Estado-nação, que inclusive se debruça longamente em debates sobre quem tem direito à nacionalidade e sobre a relação entre nacionalidade e cidadania.

Santos (2009) chama atenção para um processo que denominou de *pensamento abissal*, que seria uma distinção profunda, criada na expansão colonial europeia, entre o Norte e o Sul global. Esta, designada a partir dos lugares de metrópole e de territórios coloniais, consiste em “um sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que as invisíveis fundamentam as visíveis” (SANTOS, 2009, p. 19). As distinções invisíveis são estabelecidas através de linhas radicais que dividem a realidade social entre *o lado de cá* e *de lá* dessa linha abissal, de forma que o *lado de lá* “desaparece enquanto realidade, torna-se inexistente, e é mesmo produzido como inexistente” (idem, p.23). Esses processos de invisibilização teriam maior expressão no âmbito epistemológico e no âmbito do direito. Em termos epistemológicos, essa divisão que não considera o outro lado da linha, compreenderia apenas a ciência moderna (e suas disputas com a teologia e a filosofia ocidental) como forma de conhecimento válido, desconsiderando outras formas de conhecer o mundo e experimentar a realidade social, que seriam, então, considerados crenças, idolatrias, opiniões, magias, etc. Em relação ao direito, a expressão das linhas abissais seria considerar o direito moderno como única forma válida de justiça e regulação social.

A invisibilização do outro lado da linha tornando-a algo *inexistente*, ou não passível de reconhecimento, seria essencial a esse sistema para que a epistemologia e o direito *do lado de cá* da linha sejam compreendidos como universais e superiores. A partir do traçado das linhas abissais, toda a diversidade epistemológica, social, jurídica, etc., seria comparada com padrões absolutos de universalidade concebidos na metrópole, desaparecendo em uma negação radical:

“em outras palavras, só existe aquilo que responde positivamente à pretensão de assujeitamento mobilizada pelas tecnologias de poder e controle”. (MORAES, 2012, p. 121).

Essa construção epistemológica, essa forma de pensar o mundo em divisões radicalmente binárias, construiu a base para a produção de alteridades radicais em cima das quais os Estados-nação operam. Desde as *amity lines*<sup>15</sup>, então, surge a produção de um conhecimento sobre o mundo que opõe os Estados-nação, onde o controle sobre a população, direitos e leis está pactuado, e *o mundo outro*, onde essas regras não valem. As *guerras ao terror*, as invasões territoriais para a suposta manutenção ou restituição dos direitos humanos, entre outras ações contemporâneas perpetradas por Estados ocidentais, ou do norte global, sobre os não-ocidentais ou do sul global, e a aceitação popular de tais incursões, nos remete a essa divisão surgidas nas *amity lines*: há locais onde reina uma suposta ética interna e externa entre Estados, e há lugares outros onde tudo é permitido. Essa lógica colonial que separava os Estados-nação dos *territórios sem lei* (ou seja, dividia os *humanos* dos *sub-humanos*), hoje pode ser encontrada dentro das próprias cidades das metrópoles: linhas que “definem as fronteiras como vedações e campos de morte, dividindo as cidades em *zonas civilizadas (gated communities*<sup>16</sup>, em número sempre crescente) e *zonas selvagens*, e prisões entre locais de detenção legal e locais de destruição brutal e sem lei da vida.” (SANTOS, 2009, p. 15).

As linhas abissais, para Santos (2009, p.10), seguem operando hoje não mais na divisão colonial clássica sobre territórios, mas em relação a práticas que reatualizam elas:

A minha tese é que esta realidade é tão verdadeira hoje como era no período colonial. O pensamento moderno ocidental continua a operar mediante linhas abissais que dividem o mundo humano do sub-humano, de tal forma que princípios de humanidade não são postos em causa por práticas desumanas. As colônias representam um modelo de exclusão radical que permanece atualmente no pensamento e práticas modernas ocidentais tal como aconteceu no ciclo colonial. Hoje, como então, a criação e ao mesmo tempo a negação do outro lado da linha fazem parte integrante de princípios e práticas hegemônicos.

---

<sup>15</sup> As *amity lines*, ou linhas da amizade, eram linhas geográficas dispostas em tratados europeus que dividiam o mundo *civilizado* (onde reinava certa jurisprudência) do mundo *outro*, onde eram possíveis diversas práticas, como colonização e pilhagem, não reguladas por nenhuma regra. Segundo Santos (2009, p. 07) “As verdadeiras linhas abissais emergem em meados do século XVI com as *amity lines* (linhas de amizade). O seu caráter abissal manifesta-se no elaborado trabalho cartográfico investido na sua definição, na extrema precisão exigida a cartógrafos, fabricantes de globos terrestres e pilotos, no policiamento vigilante e nas duras punições das violações. Na sua constituição moderna, o colonial representa, não o legal ou o ilegal, mas antes o sem lei. Uma máxima que então se populariza, “para além do Equador não há pecados”, ecoa no passo famoso dos *Pensamentos* de Pascal, escritos em meados do século XVII”.

<sup>16</sup> Santos (2009) referencia *gated communities* como condomínios fechados, cidades privadas construídas para separar classes sociais em nome da segurança.

O autor destaca as figuras do *terrorista*, do *migrante indocumentado* e do *refugiado* como principais representantes do retorno do colonial: “De formas distintas, cada um deles traz consigo a linha abissal global que define a exclusão radical e inexistência jurídica” (idem, 2009, p.13). Figuras que desafiam os limites jurídicos do Estado-nação e que estão intimamente relacionadas ao processo colonial clássico. As leis antiterroristas, que se fundamentam na busca de uma apreensão jurídica impossível do fenômeno do terrorismo, os refugiados que desafiam o ordenamento entre nações ao solicitarem cidadania de outros países e o migrante indocumentado, aquele designado muitas vezes como migrante econômico, figura que apesar de todas as legislações proibitivas segue adentrando e permanecendo em países que, a cada dia, criam mais leis para negar-lhes acesso, além, claro, da apropriação econômica dessa figura. Quanto mais essas figuras adentram territórios anteriormente proibidos para os habitantes das colônias, mais encurtadas passam a ser as linhas abissais criadas pela metrópole, na busca por distinções claras entre *nós e eles*.

Essa impossibilidade de reconhecer o outro, suas formas de conhecimento e de vida, além da impossibilidade de apreendê-lo de forma clara dentro de categorias formais (sociais, culturais, jurídicas) gera uma série de movimentos de apropriação, violência e exclusão. Tomo como exemplo, aqui, o debate sobre a identidade nacional<sup>17</sup> proposto pelo governo do ex-presidente Nicolas Sarkozy na França, entre 2008 e 2010. Com o objetivo de definir de fato *o que é ser francês*, frente a ondas de migração cada vez maiores para o país, foi criado um aparato burocrático imenso, com debates regionais, questionários sobre formas de vida, ascendência e até mesmo preferências alimentares. A obsessão governamental de definir *sem ambiguidades* o que é ser francês dentro da própria França e em pleno século XXI exemplifica uma das formas de operação do encurtamento das linhas abissais a partir da vivência do retorno do colonial no seio da metrópole.

A importância do controle sobre a circulação de pessoas como um dos fundamentos do Estado-nação pode ser aproximada do monopólio da violência legítima pelo Estado como fundante do Estado moderno. Os exemplos são muitos, mas cabe destacar um específico e recente: durante o primeiro mês da intervenção militar no Rio de Janeiro<sup>18</sup>, que supostamente teria por objetivo combater as situações de violência relacionadas ao tráfico organizado de

<sup>17</sup> Para mais informações: “Sarkozy põe identidade francês em debate” (Folha de S. Paulo, 2009). Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft0311200908.htm>; Debate sobre identidade nacional oculta ódio a imigrante na Europa (Estadão, 2010). Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,debate-sobre-identidade-nacional-oculta-odio-a-imigrante-na-europa,490177>. Acesso em 20 de dezembro de 2018.

<sup>18</sup> Militares tiram fotografias de moradores do Rio e seus documentos” (Globo, 2018). Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/militares-tiram-fotos-de-moradores-de-favelas-do-rio-para-che-car-antecedentes.ghtml> Acesso em 12/12/2018.

drogas, soldados foram flagrados fotografando moradores de favelas, assediando-os e exigindo seus documentos de identificação para que pudessem circular para fora ou para dentro da comunidade. A prática foi apelidada de *checkpoint* e equiparada ao processo de identificação e permissão/negação de circulação de controles regulares de fronteiras, revelando as fronteiras internas (socioeconômicas, culturais, raciais) dentro de um país. Aqui é evidente o enlace entre fundamentos da construção do Estado-nação e da biopolítica: monopólio sobre meios legítimos de circulação, monopólio da violência e racismo (FOUCAULT, 1999). Moradores de favelas no Brasil são em sua maioria negros. O poder sobre a circulação enlaça essas formas de controle de Estado, tornando visíveis a centralidade de classificações e de *categorias puras* para a manutenção do Estado-nação.

Voltando à questão das migrações contemporâneas, a escrutinização dos sujeitos em busca de verdades que possam categorizá-los *sem ambiguidade* acaba por compor uma realidade burocrática e administrativo-jurídica onde as linhas borradas, constituintes da experiência humana real, não são bem-vindas. Ou pior: são olhadas com desconfiança e passíveis de rejeição. A relação entre controle e produção de verdades remete à necessidade do enquadramento em categorias pré-fixadas, padronizações que sustentam o limite entre os sujeitos que têm direitos a ter direitos, e os que não têm. O processo de elegibilidade pelo qual um solicitante de refúgio passa é um processo de entrevistas nas quais ele precisa narrar diversas vezes sua história de *fundado temor de perseguição*, para que possa, enfim, ser enquadrado como um *refugiado verdadeiro*. Muitos relatam que esse processo se parece com um interrogatório, de onde uma *verdade pura e sem ambiguidades* será extraída (em realidade, será produzida). As entrevistas como práticas de escrutinização de migrantes em busca dos *verdadeiros* refugiados e dos *meros* migrantes econômicos opera em uma lógica binária de falso e verdadeiro, a partir de regimes narrativos que operam como “tecnologias de subjetivação e processos de veridicção, legitimação e individualização” (FACUNDO, 2014, p.182).

Há uma reatualização constante do pensamento colonial nas formas de definição, categorização e classificação colocadas em jogo: há a figura do refugiado, do solicitante de refúgio, do migrante econômico, do apátrida, do deslocado interno, enfim, uma miríade de categorias que figuram nos manuais e documentos de governos e do ACNUR. Há um esforço imenso nesses documentos e manuais em definir *sem ambiguidades* quem é migrante forçado de quem é migrante econômico, uma vez que a legitimação da figura do refugiado pelas ações de um governo faz dele aquele a quem é permitida a entrada e permanência em um país “sem prejudicar a sociedade de acolhida” (FACUNDO, 2014, p. 184).

Organizações que lidam apenas com refugiados e solicitantes de refúgio costumam iniciar suas apresentações com essas definições, onde o que aparenta separar uma figura (sujeitos da migração forçada) de outra (migrante econômico) é o *desejo de migrar* versus a *necessidade de migrar*. O desejo, aqui, parece representar algo negativo – o desejo de migrar por trabalho, em busca de melhora de condições de vida - surge como uma possível ameaça para o Estado, que de pronto precisa separá-los dos *verdadeiros* refugiados para poder, com frequência, negar-lhes entrada, permanência ou direitos. Aqui suas figuras se contrapõem: a da *vítima pura*, ou seja, o refugiado que precisou fugir do colapso de seu país (normalmente um Estado do sul global) para os braços de um outro Estado – conseguindo assim demonstrar o poder de *proteção* desse Estado que recebe, reforçando o mito sobre a proteção que o Estado-nação concede a sua população em troca de controle; e a do *criminoso*, o imigrante *ilegal*, o *clandestino*, aquele que adentrou o território ou ali permaneceu sem autorização do Estado, que *vem roubar empregos*, ou ainda aquele que vem a se utilizar das (supostas) *benesses* do Estado; ou seja, que vem ameaçar uma certa ordem econômica e a ordem nacional das coisas (MALKKI, 1995).

Cabe destacar que a adjetivação de migrante como econômico não encerra em si as diversas motivações de migração de pessoas, para além da busca por trabalho. A classificação parece conter em si algumas questões: o número importante de pessoas que migram por melhores condições de vida além de atuar como uma espécie de ato falho, que ao mesmo tempo em que fala de um desejo do migrante em procurar uma melhor condição de vida, denuncia a infraestrutura econômica global que muitas vezes leva a essas migrações. Por fim, arriscaria dizer que essa adjetivação acaba por qualificar esse migrante apenas como uma *commodity* em potencial, ou seja, como nada além de força de trabalho bruta no Estado de acolhida.

Importante notar que essa representação de sujeitos como *econômicos* se relaciona ao lugar comumente concedido a eles: o lugar do trabalho precarizado, ocupando posições consideradas inferiores, onde nada mais (ou muito pouco) é concedido em termos de direitos. Ou como Vivacqua (2018) nos fala, no mundo das migrações existe uma separação clássica liberal entre o político e o econômico, onde se privilegia a proteção de direitos civis e políticos em detrimento dos direitos socioeconômicos, gerando “como efeito de poder a distinção entre o refugiado e outras modalidades da migração” (idem, 2018, p. 18).

Por fim, cabe destacar como intrínseco à figura do migrante econômico o recorte de classe e raça. Não se entende, comumente, um médico (sobretudo branco) que sai de um país e vai a outro trabalhar como um migrante econômico. Nem um estudante de pós-graduação. Há



aqui uma definição de classe e raça que opera na constituição dessas classificações e que precisa ser levada em conta em qualquer análise dessas categorias.

Há um entendimento (FACUNDO, 2014, p.26, 27) de que a figura do refúgio opera como *anormal*: algo que tem que ser devolvido à normalidade de um Estado-nação. Porém podemos notar que, a partir das convenções internacionais, essa figura tornou-se uma categoria *anormal passível de normalização*. Ser passível não significa que se terá êxito em ser normalizada, mas fala de uma possibilidade que com frequência é negada aos migrantes ditos econômicos<sup>19</sup>, de certas classes sociais, raça, etnia, etc. Torna-se, assim, visível para quem pesquisa e trabalha nessa área, que o acesso a uma possibilidade de reconhecimento pelo Estado receptor é normalmente por via do refúgio.

Daqui, poderíamos inferir que existem *falsos* e *verdadeiros* refugiados, ou ao menos migrantes econômicos que desejam *se passar por* refugiados para conquistar alguma cidadania. No entanto, em realidade o que se está a produzir é um tensionamento de categorias inerente ao hibridismo das experiências e do limite de possibilidades de reconhecimento: existe a guerra, e formas diferentes de vivenciá-la; existe a fome, que se expressa em um contexto global, na teia das construções econômicas neoliberais; existe o medo, mas também existe o sonho e o desejo (não à toa, muitos refugiados não querem estar em qualquer país: se quer segurança, mas também se quer o sonho). Existem situações que se desprendem de categorias quadradas, e que desafiam as bases do Estado por desafiar as formas de categorização, hierarquização e permeabilidade seletiva tão caras ao sistema. Esses são os corpos que interrogam as fronteiras e sua existência, o Estado e o seu sentido, suas categorias, classificações, sua busca pela verdade, pelo *tipo ideal*, sua binarização, seu pensamento abissal. São corpos que gritam: há linhas borradas no mundo. Há outras composições. Ainda que o pensamento abissal não queira ver. E essas linhas borradas estão chegando ao cerne dos Estados-nação para interrogá-los de volta.

Durante minha pesquisa de campo, as categorias híbridas surgiam a todo momento: eram solicitantes de refúgio que me falavam que de onde vieram não havia guerra, que era melhor e mais seguro do que a periferia do Rio de Janeiro onde agora vivem; refugiados que estavam a ponto de se naturalizar; refugiados que chegaram no Brasil como comerciantes, e após o vencimento do visto de turistas, solicitaram refúgio. Pessoas que tiveram familiares assassinados em sua frente, mas que tiveram, também, suas solicitações de refúgio negadas por

---

<sup>19</sup> Ainda que existam processos que permitem a permanência desses sujeitos, como cotas para migração, processos de naturalização, permissões e residências, mas apenas em situações específicas e com uma exigência complexa em termos de documentos, declarações, etc.

outros países; estudantes que conseguiram sair de regiões em guerra a partir de programas de cooperação entre universidades, não tendo precisado (ou desejado) solicitar refúgio. Compunham uma miríade de casos híbridos. Duas falas resumem bem o potencial dessa figura enquanto interrogadora da ordem: Pedro, refugiado congolês, me fala do que chama de *refugiados sociais e econômicos*<sup>20</sup>, embora não exista essa adjetivação dentro da Convenção de Genebra; Guilherme, estudante congolês realizando graduação no Brasil, me fala que de alguma forma *todos somos migrantes*, sendo o refúgio apenas um status jurídico, pois todos que migram desejam construir uma vida melhor e sair de situações de violência, fome, pobreza e violações de diversas ordens.

Essa hibridez, essa dificuldade em categorizar retorna ao Estado como forma de um certo terror. É o caso dos *refugiados climáticos*, que não são reconhecidos como tais pelos tratados da ONU e nem são amparados pelo direito internacional<sup>21</sup>, mas que compõem uma categoria recente e que no Brasil teve maior expressão com os haitianos. Após o terremoto de 2010, muitas pessoas deixaram o Haiti em busca de lugares mais seguros. Ao chegarem no Brasil, muitos solicitaram refúgio, e iniciou-se um debate sobre o status a ser outorgado a essas pessoas: não poderiam ser enquadrados como refugiados, pois não consta na Convenção de Genebra nem na lei de refúgio brasileira referências a desastres climáticos; ao mesmo tempo, não seriam pessoas que migram apenas em busca de trabalho. Esse impasse teve por solução a concessão de vistos humanitários, como uma saída paliativa à interrogação colocada por uma migração motivada por fatores ainda não categorizados pelo Estado.

A ansiedade gerada por situações que escapam às categorias pré-estabelecidas frequentemente gera suspeitas e desconfiança, despertando o caráter escrutinador do Estado em agentes que nem mesmo teriam este papel. É o caso de alguns trabalhadores de saúde, que em minha pesquisa de campo tornavam-se ansiosos em relação a refugiados que se apresentavam na clínica da família com documentos onde os seus nomes apareciam diferentes do cadastro original. Angustiados em definir quais eram ou não refugiados, quais documentos eram falsos

---

<sup>20</sup> Pedro, em entrevista realizada em novembro de 2018 me diz que: “às vezes eles [países europeus] não aceitam [o pedido de refúgio], se eles virem que teu refúgio não tem cabimento... as pessoas que vem às vezes e não tem nada a ver com o refúgio, não tá fugindo de nada, não é uma perseguição. Às vezes é refugiado social, econômico, como se diz. Fugindo de fome... Às vezes tem países que não têm a política de aceitar esses refugiados [econômicos]. (...) eu acho que deveriam aceitar [os refugiados sociais e econômicos], porque ele tá fugindo de problema também. Tudo é problema. Quem gosta de viver com fome?”

<sup>21</sup> Ainda que deslocados ambientais não sejam reconhecidos oficialmente como refugiados, a preocupação crescente de órgãos como o ACNUR sobre essa situação é visível em documentos como *THE ENVIRONMENT & CLIMATE CHANGE* (ACNUR, 2015).

ou verdadeiros, onde moravam de verdade, esses trabalhadores acabavam por atuar o papel policialesco da instituição saúde.

De outro modo, a generalização destas figuras da mobilidade pelos trabalhadores como *refugiados*, a despeito de sua hibridez, acabava por gerar, por um lado, um apagamento das diferenças, necessidades e divergências entre os grupos, mas por outro, acabava por gerar uma maior possibilidade de enquadrá-los dentro de um referencial possível para o trabalho em saúde. Assim, a partir das contradições entre as categorias borradas, e entre controle e direito, se abria espaço para a visibilização dessa população dentro do serviço de saúde. Se essa visibilização, por um lado, acarreta em uma possibilidade de acesso e de exercício do direito à saúde, por outro, cobra em contrapartida que os indivíduos se portem de forma a se enquadrarem em referenciais já existentes para o atendimento nos serviços, relacionando-se com a história da saúde, enquanto abordada por Foucault (1984), e principalmente na relação histórica entre esse tema e a migração.

## **2 SAÚDE E MIGRAÇÃO: HISTÓRIA, DIREITOS E ACESSO**

Se, por um lado, temos no século XIX a invenção do passaporte e o aprofundamento do controle sobre os corpos a partir de categorizações administrativas e jurídicas sobre a

mobilidade, por outro temos a instituição do que seria a medicina social (FOUCAULT, 1984). Foucault conta que a partir do fortalecimento dos Estados-nação na Europa e do movimento de urbanização relacionado com o desenvolvimento do capitalismo industrial, a medicina, que até então se relacionava com o privado, passa a vigorar enquanto uma medicina social, ou seja, pautada no controle das populações. Noções como salubridade surgem nessa época, assim como a divisão do território da cidade por áreas a serem saneadas, a preocupação com a manutenção da saúde da classe trabalhadora e o cuidado assistencial aos pobres, no intuito de controlar epidemias.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1984, p.80).

O autor relata dois dos principais esquemas que existiram na Europa ocidental para lidar com epidemias: o esquema relacionado com leproso<sup>22</sup>, que era o exílio, a expulsão do espaço da cidade; e o esquema relacionado com a peste bubônica, que era o regime de quarentena: as pessoas eram impedidas de sair de suas casas, havia vigilantes inspecionando se essa norma era cumprida; os indivíduos precisavam ser controlados, seus sintomas analisados e acompanhados. A medicina urbana e a higiene pública seriam, então, herdeiros desse esquema político-médico de quarentena (FOUCAULT, 1984, p. 89).

O controle dos corpos por meio do nascimento da medicina social e da invenção do passaporte compõem o cenário da solidificação do Estado-nação e seus mecanismos biopolíticos. De forma muito interessante, os dois mecanismos que destaco aqui vêm a se encontrar de forma muito interessante a partir da utilização da saúde (e das quarentenas) para migrantes que chegavam em determinados países.

No Brasil, no século XIX, era intenso o debate sobre os rumos e vertentes da saúde pública. Enquanto alguns médicos e sanitaristas consideravam ultrapassado o modelo da quarentena, se aliando com a vertente de uma medicina anticontagionista, focada em medidas

---

<sup>22</sup> Lepra, ou hanseníase, é uma doença causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* ou *Mycobacterium lepromatosis*. O termo lepra, por ser considerado pejorativo e discriminatório não é mais utilizado no Brasil de forma oficial, segundo a lei 9.010 de 29 de março de 1996, que dispõe sobre a terminologia oficial relativa à Hanseníase. Mantenho aqui o termo utilizado na tradução do livro do autor em questão.

urbanas para lidar com doenças, outros ainda defendiam esse modelo. Durante as grandes epidemias do século XIX, o Brasil passou a aplicar a quarentena a pessoas que chegavam aos portos – muitos deles migrantes. A quarentena aqui se aplicava às doenças ditas exóticas: cólera, peste bubônica e febre amarela.

A partir da epidemia de cólera de 1893 (a epidemia já existia no Uruguai e na Argentina desde 1886), passou-se a aplicar mais um mecanismo relacionado à quarentena: criou-se a carta de saúde, um misto entre visto de entrada no país e atestado sanitário:

Os navios destinados a portos dos três países que assinaram a convenção passaram a ter que portar carta de saúde, passada pela autoridade sanitária do porto de procedência e visada pelos cônsules dos países de destino, no mesmo porto de procedência ou de escala. Essa carta deveria ser apresentada pelo comandante do navio às autoridades sanitárias dos portos de escala e entregue à autoridade do último porto em que o navio atracasse. As cartas de saúde não eram exigidas entre portos da mesma província. O visto consular era escrito no verso da carta e autenticado com selo do consulado. Se o cônsul não fizesse nenhuma objeção aos dizeres da carta de saúde, era dado o visto simples ao navio. Caso contrário, o mesmo cônsul anotava, em seguida ao visto, o que lhe parecesse conveniente. As cartas de saúde que trouxessem visto retificativo, depois de visadas no primeiro porto de qualquer dos estados contratantes em que o navio tivesse tocado, eram acompanhadas de bilhete sanitário, firmado pela autoridade do mesmo porto, que detalhava o tratamento a que o navio fora submetido. (REBELO, 2013, p.777).

O tratamento costumava ser a quarentena, onde os navios estrangeiros eram orientados a atracar perto do lazareto<sup>23</sup> de Ilha Grande – RJ, onde aguardariam instruções médicas e o tempo de incubação da doença. Essas práticas mantiveram-se até o início do século XX, quando foram substituídas por outras: a vacinação, a observação individualizada do doente mediante informação de sua residência, entre outros.

Chrysostomo e Vidal (2013), apontam que no início do século XIX, o Brasil tinha um sistema (desorganizado) de depósitos onde os migrantes (maioria de origem europeia) eram direcionados assim que chegavam no país, até serem alocados nos seus futuros locais de trabalho. Esses depósitos podem ser entendidos como um misto de alojamento, prisão e hospital, onde os migrantes eram vigiados, sobretudo em relação a possíveis delitos.

Portanto, a impressão de perigo, eivada de preconceitos e julgamentos de valor, associados às práticas herdadas de acolhimento dos cativos africanos, contribuiu desde o começo para a construção de medidas repressivas aplicadas aos emigrantes recém-chegados. Mesmo para os que não dormiam no depósito, foram instituídas várias formas de controle que extrapolavam os limites físicos desse local de espera. (idem, 2013, p. 05).

---

<sup>23</sup> O termo se refere comumente a leprosário, termo pejorativo relacionado a hospital destinado a portadores de hanseníase. Ainda assim, o lazareto de Ilha Grande funcionava como hospital de quarentena para migrantes, independentemente da doença.

A partir da epidemia de febre amarela em 1849, “os migrantes passam a ser considerados focos de irradiação das doenças infecciosas, [...] se coloca a discussão sobre a necessidade de aperfeiçoar as formas de acolhimento dos recém-chegados” (ibidem, 2013, p. 04). Assim, passa-se a adotar o modelo insular como sede desses depósitos (antes em regiões centrais das cidades), agora chamados de hospedarias, como as criadas em Jurujuba e na Ilha das Flores, no Rio de Janeiro. As hospedarias trariam um modelo ainda mais escrutinador: ao chegarem em estações de trem, os migrantes seriam desinfetados, categorizados, analisados, até mesmo seus pertences ficariam em observação por algum tempo. Os migrantes eram registrados minuciosamente e impedidos de se retirar da hospedaria até serem alocados em locais de trabalho. A preocupação sanitária relacionada às doenças que esses migrantes poderiam trazer ao país imperava enquanto a justificativa para essas estratégias de controle. O medo da contaminação (e dos costumes diferentes) era atravessado pelo interesse nacional de se moldar tanto um sujeito migrante que pudesse compor com os interesses da formação de uma massa nacional (os migrantes permitidos eram predominantemente europeus, brancos e cristãos) e de mão de obra:

Assim, para sintetizar, podemos afirmar que, como dispositivo inventado para o acolhimento dos emigrantes-imigrantes no território, a hospedaria cumpre um papel fundamental: o enxerto de um novo elemento ao corpo da nação. A hospedaria cuida da passagem dos corpos individuais dos emigrantes (com suas histórias múltiplas, seus vários projetos) ao corpo coletivo dos imigrantes. Listados, catalogados, enquadrados, eles compõem uma nova categoria social. Na hora das estatísticas sociais nascentes, formam um grupo facilmente identificável e perfeitamente uniformizado – tal como um produto industrial (ibidem, 2013, p. 17).

A relação estreita entre práticas de controle, saúde e migração se faz evidente. Assim, a saúde pública parece entrar em cena para construir tais estratégias não só para a população nacional, mas sobretudo para a população migrante, a partir do pretexto do medo de epidemias. Interessante destacar que, da parte final do século XIX em diante, ganhando grande destaque em meados do século XX, o debate sobre os direitos humanos tomará fôlego especial, explicitando o paradoxo entre direitos e controle dos corpos, entre políticas públicas que ocupariam esse espaço paradoxal entre garantia de direito e controle.

As políticas públicas de saúde tomam um papel importante ao erigirem mecanismos de controle que muitas vezes despolitizam as questões que atravessam a problemática da mobilidade humana atual, inclusive as de ordem econômica e social. Ainda que a saúde seja entendida como um direito humano fundamental, e o acesso a mesma seja essencial enquanto

afirmação da autonomia de indivíduos e grupos sociais, ela muitas vezes é utilizada como forma de controle.

Weintraub e Vasconcellos (2013) retomam a obra de Didier Fassin, trazendo à tona as preocupações do autor com o modo como as instituições de saúde lidam com os indesejáveis na França (e que se repete em diversos países ocidentais): as pesquisas de Fassin apontam que as ações destinadas aos grupos excluídos e indesejados na França pareciam mais modos morais de intervenção do que a efetivação de transformações sociais e políticas necessárias às realidades vividas por eles. Os interesses políticos por trás da manutenção de práticas de saúde muitas vezes acabam voltados para o controle do que não é interessante para o regime vigente, para o que acaba por denunciar as incongruências de um sistema ou Estado:

Escutar o sofrimento das vítimas de desigualdade social revela uma dupla preocupação: pacificação (questões de ordem pública com intervenções locais restritas) e compaixão (os gestos dos usuários são lidos em termos afetivos). Onde práticas preventivas e repressivas são pouco eficazes, o Estado oferece uma resposta humanizada e imediatamente visível através da escuta (WEINTRAUB e VASCONCELLOS, 2013, p. 1044).

A saúde pode atuar, então, de forma a encobrir as desigualdades no cerne dos Estados sem, contudo, resolvê-las. No caso dos refugiados, os corpos destes são tomados como fundamentais para definição de possibilidade de estadia em outro país, relação onde se submete um sujeito à despolitização de seu corpo, inculcando a este o rótulo de corpo que sofre, vítima ou doente, em troca de uma subcidadania controlada, onde novamente o Estado se afirma como potente, provedor a partir de seu ato de compaixão – permitir ou tolerar a estada desse *estranho* sob o manto de uma certa cidadania. Quanto aos longos e tortuosos processos de elegibilidade aos quais os refugiados são submetidos - em muitos países aliados à análise minuciosa de psiquiatras cujo poder de atestar o autêntico sofrimento se baseia na busca por sintomas universalmente compartilháveis que pouco nos falam sobre subjetividade, cultura e política -, pouco é visibilizado, debatido ou questionado. Todos aparentam estar de acordo com o direito do Estado de acolhida a classificar, escrutinar, submeter com o objetivo de neutralizar este corpo estranho, normalizá-lo, e assim torná-lo passível de ser tolerado.

O refugiado, visto como aquele que sofre, vítima de um contexto de violências que o catapultam a essa deriva geográfica, da qual é supostamente salvo por um país em troca da submissão ao discurso individualizante do legítimo sofrimento, nos traz a dimensão do sofrimento social e da compaixão, temas debatidos por Fassin. Segundo Weintraub e Vasconcellos (2013, p. 1047), o autor em questão aponta que “a preocupação que emerge no

mundo contemporâneo com o sofrimento é um modo de individualizar as consequências de situações e posições sociais advindas de um contexto mais amplo”. A invenção do sofrimento social, este sofrimento psíquico atribuído a um contexto supostamente inescapável de exclusão e violação, estaria na base da noção do que Fassin chamou de governo humanitário<sup>24</sup>, do qual a compaixão seria sua forma de ação. As políticas públicas destinadas a cuidar deste sofrimento, guiadas por valores morais e atreladas às classificações psiquiátricas teriam o “traumático como valor moral principal para a reorganização de problemas sociais, políticos e econômicos em situações de grande impacto” (WEINTRAUB E VASCONCELLOS, 2013, p. 1049).

Frente à operacionalização de políticas guiadas por uma economia moral<sup>25</sup>, o debate sobre os direitos dos migrantes e refugiados muitas vezes se apaga dentro do fazer político dos Estados. Atuando muitas vezes como forma de docilização, a partir de determinados valores que são utilizados, por exemplo, para distinguir um bom de um mau usuário (que segue prescrições, que aguarda silencioso por horas até ser atendido, que realiza os exames), e o que a ele se deve ofertar, a saúde pública muitas vezes pendula entre o discurso do direito (e do acesso) e o do controle.

Recuperando a história da saúde e da migração no Brasil, podemos ver que o tratamento destinado a esses sujeitos, com o pretexto das doenças que poderiam trazer ao país, se relacionava a uma forma de modelar uma população para os interesses nacionais e para o trabalho. As formas morais atuavam desde a suposição de contaminação, passando pelos possíveis delitos que poderiam vir a cometer, exigindo assim uma vigilância constante e um afastamento das regiões centrais do país. Com o passar do tempo, e com o advento do discurso sobre a saúde como um direito humano, que alcança grande notoriedade a partir de meados do século XX, principalmente com a Conferência de Alma-Ata<sup>26</sup>, as críticas a modelos policiaescos, excludentes e vulnerabilizantes de saúde tomam fôlego. Como garantir a saúde enquanto um direito? Seria possível construir uma relação entre sujeitos e serviços de saúde pautada pelo discurso do direito e da autonomia, ofertando cuidado sem perder de vista os contextos políticos e socioeconômicos em que as pessoas estão inseridas? Nas próximas seções irei abordar a construção da saúde como um direito nacional e internacional, e o que as pesquisas sobre saúde e migração debatem sobre o tema.

---

<sup>24</sup> Humanitarian reason. A moral history of the present. Los Angeles: University of California Press. 2011.

<sup>25</sup> FASSIN (2012) discute a economia moral enquanto produção, distribuição, circulação e uso moral dos sentimentos, valores, normas e obrigações em um espaço social específico.

<sup>26</sup> A Declaração de Alma-Ata é composta por itens que enfatizam a atenção primária à saúde. A declaração defende a busca estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades em saúde, além de estabelecer a atenção primária em saúde em sua abordagem compreensiva e universal como estratégia essencial para se alcançar a saúde dos povos.



## 2.1 A saúde como um direito humano: marcos internacionais

O debate internacional acerca dos direitos humanos e suas normativas tem ocorrido sobretudo a partir da segunda metade do século XX. Segundo a ONU (2000), direitos humanos costumam ser entendidos como aqueles direitos que são inerentes a todo ser humano, se relacionando com a ideia de que toda pessoa deve usufruir de seus direitos sem distinção de raça, cor, sexo, gênero, orientação sexual, classe, idioma, religião, opiniões políticas, nacionalidade ou marcadores sociais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, marco internacional para a definição desses direitos, já apontava a saúde entre seus temas, ainda que de uma forma muito restrita:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948).

A primeira vez que a saúde foi descrita como direito em âmbito internacional foi na Constituição da Organização Mundial de Saúde, em 1946:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946, p.01).

Com o avançar das discussões sobre os direitos humanos e do conceito de saúde, esta passou a estar presente em diversos tratados e convenções internacionais e regionais, além de estar presente em diversas legislações locais. Segundo o documento *FactSheet 31 – The Right to Health* (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos - ACNUDH, 2008), todos os Estados ratificaram ao menos um tratado internacional que reconhece o direito à saúde.

Tabela 1 – Tratados e convenções que reconhecem o direito à saúde

<b>International human rights treaties recognizing the right to health</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The 1965 International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination: art. 5</li> <li>• The 1966 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: art. 12</li> <li>• The 1979 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: arts. 11, 12 and 14.</li> <li>• The 1989 Convention on the Rights of the Child: art. 24</li> <li>• The 1990 International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families: arts. 28, 43 and 45</li> <li>• The 2006 Convention on the Rights of Persons with Disabilities: art. 25.</li> </ul>
Fonte: ACNUDH, 2008

Direito à saúde não diz respeito apenas ao acesso aos serviços de saúde, embora isto esteja incluído; diz respeito também às garantias sociais, políticas e econômicas para uma vida saudável, autônoma e produtiva, estando assim diretamente relacionado a outros setores. A indivisibilidade, inter-relação e interdependência entre os direitos humanos pode ser melhor entendida a partir da II Convenção Mundial de Direitos Humanos em Viena (1993), que afirma em seu documento:

All human rights are universal, indivisible and interdependent and interrelated. The international community must treat human rights globally in a fair and equal manner, on the same footing, and with the same emphasis. While the significance of national and regional particularities and various historical, cultural and religious backgrounds must be borne in mind, it is the duty of States, regardless of their political, economic and cultural systems, to promote and protect all human rights and fundamental freedoms (ONU, 1993).

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966) versa em seu artigo 12º sobre o direito à saúde: “Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”. Esse conceito de direito à saúde segue sendo reiterado por documentos da ONU mais recentes, como o Comentário Geral nº14 (OHCHR, 2000), que o compreendem como amplo o suficiente para dar conta de novas e mais amplas concepções de saúde desenvolvidas ao longo do tempo por outros documentos e por acadêmicos. Ainda assim, cabe ressaltar que o Pacto de 1966 aponta como responsabilidade dos Estados Partes assegurar o direito à saúde através de quatro fatores chave: diminuição da mortalidade e mortalidade infantil e desenvolvimento da criança; melhoramento de aspectos de higiene e meio ambiente;

profilaxia, tratamento e controle das doenças epidêmicas e endêmicas, entre outras; e a criação de condições próprias para assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença. Ainda que no Comentário Geral n.º 14, que atualiza o Pacto em relação ao direito à saúde, tenha-se uma visão mais ampliada sobre o tema, cabe ressaltar que os fatores priorizados no documento de 1966 dialogam, até os dias de hoje, com algumas vertentes de sistemas de saúde, sobretudo sistemas não universais, sistemas com atenção primária seletiva, sistemas que contam com pagamento estratificado da população e/ou baseados apenas em ações direcionadas a grupos específicos, abarcando uma visão muito estreita do direito à saúde e servindo de base para que diversos governos o operem entregando um pacote mínimo para a população (GLOBAL HEALTH WATCH, 2011).

Ainda assim, o Comentário Geral n.º14 ocupa um papel importante na ampliação da definição de direito à saúde, reconhecendo os avanços no conceito de saúde:

Since the adoption of the two International Covenants in 1966 the world health situation has changed dramatically and the notion of health has undergone substantial changes and has also widened in scope. More determinants of health are being taken into consideration, such as resource distribution and gender differences. A wider definition of health also takes into account such socially-related concerns as violence and armed conflict. Moreover, formerly unknown diseases, such as human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS), and others that have become more widespread, such as cancer, as well as the rapid growth of the world population, have created new obstacles for the realization of the right to health which need to be taken into account when interpreting article 12 (OHCHR, 2000, p. 4).

Além de incluir e destacar determinantes de saúde básicos para a efetivação do direito à saúde (como nutrição, moradia adequada, acesso à educação e informação em saúde, participação social nas decisões sobre políticas de saúde, entre outros), o Comentário Geral n.º 14 define alguns elementos essenciais e inter-relacionados para a garantia do direito à saúde. São eles: disponibilidade (cada Estado necessita de um número adequado de serviços de saúde, saneamento, medicações, para dar conta de sua população, levando em consideração o nível de desenvolvimento de cada Estado); acessibilidade (os estabelecimentos, bens e serviços de saúde tem de ser acessíveis a todos, sem discriminação no âmbito do Estado parte; a acessibilidade tem quatro dimensões: não discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica e acesso à informação); aceitabilidade (respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, ou seja, respeitar a cultura dos indivíduos, das minorias, dos povos e comunidades, sensíveis aos requisitos de género e do ciclo de vida, bem como serem concebidos para respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde das pessoas em questão); e qualidade.

Ou seja, o acesso à saúde nesta pesquisa está sendo compreendido como parte do direito à saúde. Importante destacar que o referenciado documento veda:

Toda a discriminação no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde e os fatores determinantes subjacentes da saúde, assim como aos meios e direitos para o conseguir, por motivos de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou qualquer outra opinião, origem nacional ou social, fortuna, nascimento, impedimentos físicos ou mentais, estado de saúde (incluindo HIV/AIDS), orientação sexual e situação política, social ou qualquer outra situação, que tenham por objetivo invalidar ou prejudicar a igualdade na satisfação do exercício do direito à saúde. (OHCHR, 2000, p. 07).

Assim, o documento traz à tona a ideia de compromisso com a equidade em saúde como essencial aos Estados Parte em seu compromisso com o direito à saúde. E ainda destaca os seguintes grupos como principais focos de atenção: mulheres, crianças e adolescentes e idosos, pessoas com deficiências e populações indígenas. O documento *FactSheet 31 – The Right to Health* (ACNUDH, 2008) acrescenta a esses os grupos pessoas vivendo com HIV/AIDS e migrantes. Essa inclusão se deu principalmente devido a documentos, diretrizes, tratados e convenções criadas depois da data de publicação do Comentário Geral n.º 14<sup>27</sup>.

A maior parte das constituições nacionais do mundo ocidental fazem presente o direito à saúde como direito fundamental entre seus artigos (MARTES; FALEIROS, 2013, p. 353). Ainda assim, a relação que esse direito estabelece com os sistemas de saúde de cada país trazem à tona paradoxos e contradições, uma vez que estes podem operar em lógicas muito diversas, inclusive com restrições a certos grupos. Embora a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias (ONU, 1990) aponte a necessidade de se incluir migrantes e refugiados entre aqueles que possuem o direito à saúde, essa compreensão ainda está longe de ser unânime, fato verificado pelo baixo número de países que ratificaram esse documento. Em muitos países esse direito ainda está ancorado em uma ideia de cidadania atrelada à nacionalidade.

No relatório temático *Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights* (ECHR, 2015) sobre decisões da Corte Europeia de Direitos Humanos em relação à saúde, os migrantes e refugiados tiveram poucas vezes a permanência garantida frente a reivindicações que atrelavam seu pedido de residência a condições de saúde ou adoecimento. Ainda que a Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia (PARLAMENTO EUROPEU,

---

<sup>27</sup> Como a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias (ONU, 1990) e Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (ONU, 1965)

2000) garanta em seu artigo n.º 35 “o direito de todos de ter acesso à saúde preventiva e de se beneficiarem de tratamentos médicos”, no artigo n.º 52 o escopo desse direito é limitado, permitindo que haja restrições baseadas na nacionalidade ou no status da migração (ROMERO-OTUÑO, 2004, *apud* MARTES; FALEIROS, 2013, p. 355). O entendimento que atravessa essa questão se refere, muitas vezes, ao argumento de que é um fardo financeiro para os sistemas de saúde garantir ações para sua população e para migrantes. Interessante os apontamentos de Rechel et al (2013) sobre a contribuição econômica dos migrantes aos países-destino, trazendo dados de que quanto maior o investimento na saúde dessa população, melhor serão os retornos econômicos.

Fora o argumento econômico, as discussões atravessam também questões identitárias, nacionalidades e pertencimentos. A compreensão do direito à saúde como um direito humano fundamental, representada em tantos tratados e acordos internacionais, surge como uma espécie bastião para o debate, porém não se apresenta conclusiva. Além disso, cabe ressaltar como a pretensa universalidade dos direitos humanos opera sempre de forma paradoxal, como qualquer outro mecanismo de poder.

## **2.2 Migração: determinantes sociais de saúde e determinação social da saúde**

Alguns autores (DAVIES et al, 2010; MARTES; FALEIROS, 2013; RECHEL et al, 2013; PARKER, 2013) têm apontado a migração como um determinante social de saúde (DSS) em si, uma vez que este movimento afeta a saúde de populações e seu acesso aos serviços de saúde, sobretudo quando combinado com outros fatores como classe, gênero e raça. Esse DSS impactaria em diversos campos: nos fatores que influenciam saída, trajetória e chegada em novos países; na adaptação ao novo local de moradia (mudança de status socioeconômico e/ou classe social, discriminação, estigma, normas socioculturais diferentes); nas barreiras de acesso às políticas públicas e integração social (idioma, normas culturais, recurso financeiro, etc.), entre outros. A migração, junto com outros determinantes sociais de saúde, tende a aprofundar as iniquidades sociais, gerando uma menor saúde e menor acesso a serviços de saúde. Parker (2013) afirma que o processo de migração e o deslocamento são fatores estruturais difusos que, junto a fatores como idade, gênero e classe, contribuem para maior vulnerabilidade e desigualdades em saúde. Essa posição corrobora com a constatação de que a migração pode ser compreendida como um determinante social de saúde em si (DAVIES et al, 2010).

Condições em torno da migração podem gerar maiores vulnerabilidades aos migrantes, especialmente para aqueles que deixam seus locais de origem de forma abrupta, devido a guerras, ameaças, violações de direitos humanos ou catástrofes naturais. Migrantes indocumentados também vivenciam maiores inequidades, uma vez que estão expostos a trabalhos de risco e temem acessar aos serviços de saúde públicos por seu status legal. Somam-se a essas experiências fatores como discriminação, estigma, xenofobia.

Os determinantes sociais de saúde, segundo a OMS, são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas condições se relacionam tanto com situações sociais, políticas e econômicas, quanto com questões individuais e culturais. Em um nível de explicação mais detalhado, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), entidade brasileira criada em 2006 e inspirada na Comissão de Determinantes Sociais da OMS (CDSS), define os determinantes sociais de saúde como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e PELLEGINI FILHO, 2007, p. 78). Ou seja, os DSS são o contexto que irá influenciar o adoecimento e a saúde de indivíduos e populações, sendo esse contexto composto por muito mais fatores do que simplesmente o comportamento e as escolhas individuais dos sujeitos, como nos levaria a crer o paradigma biomédico.

Segundo os autores, na primeira década de 2000 se destaca um avanço relativo aos estudos das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Os autores apresentam algumas das principais abordagens para o estudo de como os DSS provocam essas iniquidades. Os enfoques de aspectos físico-materiais compreendem a influência das diferenças de rendas e escassez de recursos para investimento em infraestrutura (como educação, habitação, etc.), e estaria ligada mais a processos econômicos e decisões políticas. O enfoque de fatores psicossociais se relacionaria com as percepções das desigualdades sociais. Os enfoques ecossociais e multiníveis integram a perspectiva individual e grupal, social e biológica. Por fim, o enfoque do capital social aborda as relações entre a saúde das populações e as desigualdades nas condições de vida, destacando a importância dos laços de solidariedade, mobilização e coesão social.

Borde et al (2015) realizam uma discussão fundamental no âmbito da saúde coletiva em relação às diferenciações entre DSS e a determinação social dos processos saúde-doença. Os autores apontam o avanço desse conceito no reconhecimento das iniquidades em saúde dentro de uma agenda cada vez mais neoliberal da OMS, desafiando a corrente hegemônica global da

saúde pública, que se baseia em conceitos liberais individualizantes. Ainda assim, apontam que a crítica formulada por essa comissão e pelos DSS é incompleta e se baseia na negação das contribuições de países latino-americanos para o debate.

Desde a década de 70 autores da América Latina do campo da medicina social e saúde coletiva vêm propondo modelos de compreensão e atuação em relação a determinação social da saúde. Muitos desses modelos levam em conta críticas aprofundadas sobre o modelo socioeconômico e a ordem neoliberal/colonial do mundo, desvelando as relações de poder e acúmulo de capital no cerne das desigualdades sociais que têm efeitos na saúde das coletividades. A determinação social da saúde chama a atenção para os processos de globalização e da exploração neoliberal, assim como seus efeitos na construção de assimetrias e desigualdades, pontos cruciais para manutenção da ordem das desigualdades mundiais, os quais não são abordados pelo conceito de DSS.

Dessa forma, o conceito de DSS adotado pela OMS traria uma visão a-histórica e abstrata sobre os processos sociais, encobrindo visões divergentes e de outras matrizes teóricas, compostas sobretudo pelas epistemologias do sul. A CDSS, segundo esses autores, trabalha com a pretensa universalidade de seu modelo de relação entre saúde e processos sociais e econômicos, invisibilizando as críticas, experiências de mobilização social e até mesmo o conhecimento proposto a partir de autores do Sul Global, desvelando uma cegueira epistemológica, que se relaciona com o já abordado pensamento abissal (Santos, 2009).

Os autores citados no artigo de Borde et. al. (2015) optam pelo termo determinação social dos processos saúde-doença, pois este “implica reconhecer as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença” (BORDE ET AL, 2015, p.847). O conceito de determinação social de saúde tem sido abordado, então, como uma possibilidade conceitual crítica ao modelo hegemônico de DSS, que por mais que represente alguns avanços, segue reproduzindo as lógicas neoliberais por não as explicitar de forma crítica.

Dessa forma, ao abordarmos as relações entre saúde, migração e iniquidades, cabe analisar as formas como são produzidos os sujeitos-migrantes e sujeitos-refugiados no âmbito das relações coloniais/neoliberais globais, assim como os complexos processos pelos quais passam desde sua saída da terra natal (motivos, direitos, acesso a serviços), na fase de trânsito (ou seja, a trajetória, as formas e condições de transporte) até os desafios encontrados no país de acolhida, desde habitação até xenofobia. A partir desse pressuposto, e buscando esse compromisso, realizei até agora algumas análises mais aprofundadas sobre o processo de

migração e da produção de seus sujeitos. Sigo analisando os impactos políticos, sociais e econômicos das formas como refugiados são recebidos no Brasil e as relações com um serviço de saúde nos capítulos de análise do material de pesquisa de campo.

### **2.3 Direito à saúde no Brasil**

O Brasil tem um histórico recente na construção de um sistema de saúde universal e na efetivação do direito à saúde para a maioria da população. Até o período da redemocratização, somente eram ofertados atendimentos de saúde a cidadãos que tinham vínculo formal de trabalho, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesse período, somente as atividades de prevenção eram realizadas pelo Ministério da Saúde e se estendiam para a totalidade da população, como as campanhas de vacinação. (MATTOS, 2001). Anteriormente ao INAMPS, outros modelos de assistência pública à saúde também restritivos haviam sido experimentados, a partir de institutos de pensão por categoria profissional e outros agrupamentos.

Ainda durante o período da ditadura militar (1964 – 1985), diversos movimentos da sociedade civil articulam-se na defesa de outro modelo de saúde para o país, que garantisse acesso a serviços de qualidade para a totalidade da população e pensasse o tema articulado com a produção social da saúde, na ligação com as condições de moradia, de saneamento, a desigualdade social, etc. Essa movimentação comportou organizações diversas, entre elas movimentos comunitários, setores do movimento sindical, articulações entre profissionais de saúde e entidades de cunho acadêmico. O nascente movimento sanitário foi buscando estratégias para a construção de um sistema universal de saúde no país, que atendesse a integralidade das necessidades de saúde da população, a partir de uma concepção ampliada da saúde. Muitas das elaborações desses movimentos encontram-se sintetizadas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 1986) momento onde se cristalizam demandas de diversos setores da sociedade sobre a temática, em importantes resoluções.

Nesse sentido, podemos entender que a construção de uma base legal para o direito universal à saúde no país é fruto de intensa mobilização social. Os efeitos dessa mobilização começam a se institucionalizar a partir da Constituição brasileira de 1988, que no artigo 196



define a saúde como direito de todos e dever do Estado, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Uma série de leis surge após o período da redemocratização para garantir as disposições constitucionais, cuja principal é a lei orgânica de saúde, nº8080/1990 (BRASIL, 1990). Elencam-se outros princípios que se adicionam as diretrizes constitucionais para garantir a operacionalização de um sistema universal de saúde. Entre eles estão a universalidade, a igualdade, em alguns entendimentos desdobrada em equidade e a integralidade. Esses princípios colocam o marco legal para uma efetiva expansão do alcance do direito à saúde, universalizando-o. O conceito de integralidade visa a garantir, entre outras questões, que não deve haver um pacote definido de serviços e procedimentos que serão públicos e gratuitos, garantindo a provisão de tecnologias e atendimento que deem conta da totalidade das necessidades de saúde da população, incluindo também atividades de promoção e prevenção. A base da discussão para um sistema de saúde que tenha tais princípios é a do direito à saúde como direito fundamental, tendo o sistema brasileiro se inspirado em uma série de debates teóricos, marcos internacionais e experiências de outros países, como o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido.

Entretanto, apesar das robustas garantias legais que buscam efetivar o direito à saúde no país, o constante subfinanciamento do SUS impede a total efetivação dos direitos constitucionais. A tendência é que esse subfinanciamento ainda aumente com os efeitos da Emenda Constitucional de nº 95/2016, que definiu o congelamento dos gastos públicos federais a patamares equivalentes ao do ano anterior, operando somente a correção inflacionária nas próximas duas décadas. (VIEIRA E BENEVIDES, 2016). Dessa forma, entendemos que as barreiras e gargalos de acesso do SUS devem aumentar consideravelmente nos próximos anos, dificultando ainda mais a efetivação do direito à saúde no país.

Em relação ao direito à saúde de migrantes e refugiados, o entendimento geral de pesquisadores da temática (GUERRA e VENTURA, 2017; WALDMAN, 2011; MARTES E FALEIROS, 2013) é de que a declaração constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado se aplicaria, de fato, a qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade. Da mesma forma, a Lei Orgânica de Saúde, nº 8080/1990, em seu artigo 2º, afirma que a saúde é um direito fundamental e universal, não apresentando nenhuma restrição:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições

que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Até 2017, não havia legislação específica que falasse sobre o tema, seja no espectro da saúde ou na legislação então vigente sobre refúgio e migração, tais quais o Estatuto dos Refugiados e o Estatuto do Estrangeiro, já citados. Da mesma forma, não haviam diretrizes ou políticas no âmbito do Ministério da Saúde que versassem sobre tal assunto de forma direta. Embora desde 2006 exista o Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa deste Ministério, que tem entre suas incumbências, no artigo 39, “apoiar e articular grupos sociais que demandem políticas específicas de saúde para contribuir com a equidade no âmbito do SUS” (BRASIL, 2016), nunca houve material veiculado abordando populações migrantes de forma a dar destaque para a importância da inclusão destas nos serviços de saúde.

Em maio de 2017, a Lei de Migração (Lei 13.445 de 24/05/2017) tornou-se um importante instrumento legislativo ao incluir saúde e migração em um mesmo documento. Tendo sido citada como uma lei avançada e moderna, construída com cooperação da sociedade civil, teve sua redação original baseada na perspectiva dos direitos humanos para a população migrante. Cita o direito ao acesso a serviços de saúde em seu capítulo I, seção II, “Dos princípios e garantias”:

Art. 3º A política migratória brasileira rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes: VIII - 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;

Não obstante, em novembro de 2017, o decreto nº 9.199, que regulamenta a lei em questão, optou por não regulamentar a seção de princípios e garantias, perdendo então uma chance de destacar a importância de tais direitos para a população migrante, entre eles regulamentar a forma como os serviços do SUS podem e devem se organizar para acolher melhor essa população.

A literatura sobre acesso à saúde de migrantes no Brasil é recente e tem destacado o papel da atenção básica, sobretudo na forma da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na operacionalização do direito à saúde, assim como tem analisado os entraves, conflitos, encontros e barreiras impostas a essa população nesses serviços (MARTES E FALEIROS, 2013; FOSTER, 2017; RISSON, 2016; MAIA, 2018, entre outros). Martes e Faleiros (2013)

destacam em sua pesquisa que o papel da ESF em relação a migrantes diz respeito não somente às ações de cuidado, mas também como instrumento de integração social. O fato de as equipes de ESF trabalharem diretamente nem um território adscrito sob sua responsabilidade, realizando ações de prevenção e promoção de saúde, exercendo um cuidado ativo (com visitas domiciliares [VDs] e outros mecanismos) também se destaca na construção do acesso de bolivianos aos serviços para essas pesquisadoras.

## 2.4 Atenção básica

No Brasil, o sistema de saúde, fundado na lei orgânica, possui caráter universal, constando na constituição que a saúde é direitos de todos e dever do Estado, como já dito. Sua regulamentação veio a construir um modelo diferenciado daquele anterior do processo de redemocratização, que era baseado em uma lógica hospitalocêntrica. O avanço colocado pela inauguração de um modelo como o SUS se relacionou sobretudo com a ideia de saúde como um direito de todos. A obrigação do Estado em dar conta desse direito acabou por gerar o desenho de um novo modelo de saúde, que tem como porta de entrada preferencial a atenção básica. A distribuição do sistema através de níveis de complexidade compreende uma forma de distribuição de recursos e regulação do acesso hierarquizado a certos serviços.

A Estratégia Saúde da Família foi, até 2017, a estratégia prioritária para a expansão da atenção básica no país, visando à efetivação de um escopo de ações abrangentes para o atendimento à população, que integrem atenção, promoção e prevenção. Busca um cuidado territorializado, realizando diagnósticos e estratégias de intervenção específicas para o contexto sociocultural das áreas atendidas. Esse modelo surgido nos anos 2000, vem a substituir o anterior Programa Saúde da Família (1994). Esse programa anterior, apesar de já trabalhar com conceitos importantes para ESF, como o de adscrição territorial, ainda tinha um público-alvo restrito, não sendo condizente com o caráter universal da proposta do SUS. O redirecionamento do modelo de atenção básica veio de forma a fortalecer princípios expressos em diferentes experiências e documentos internacionais, como na Conferência de Alma-Ata. Entre outras inovações, a ESF instituiu o atendimento de forma integral das necessidades de saúde sensíveis ao seu nível de atenção, coordenando o encaminhamento dos casos para outros níveis de atenção quando necessário e o acolhimento da demanda espontânea, importante vetor de qualificação e expansão do acesso.

Na ESF o acompanhamento dos usuários e de suas famílias deve ocorrer de forma longitudinal, integral, calcada na concepção de que a maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção básica. A Estratégia tem como principal ponto as Equipes de Saúde da Família (EqSF), que são constituídas por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Estes são alocados em Unidades Básicas de Saúde, responsabilizando-se por até 3.500 pessoas. (BRASIL, 2017)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), material essencial para a orientação e diretrizes do funcionamento da atenção básica, foi lançada originalmente em 2006, tendo sido atualizada mais recentemente em 2017. As EqSF desenvolvem ações não apenas nas UBS (Unidade Básica de Saúde), mas também nas ruas, espaços públicos e nas casas de indivíduos e famílias. As atividades ofertadas também costumam ser variadas, não se restringindo a consultas médicas ou de enfermagem, mas abarcando ações de prevenção, vigilância, promoção, grupos terapêuticos, atividades em escolas, entre outros. As equipes têm como diretriz mapear seu território, conhecendo o local onde atuam profundamente, identificando as áreas ou casos de maior vulnerabilidade para assim poder planejar intervenções. Além disso, a atenção básica deve ser resolutiva “utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais”. (BRASIL, 2017).

Estar perto da vida das pessoas, realizando ações em saúde, implica em ter de lançar mão constantemente de uma gama variada de abordagens, práticas e saberes para lidar com a complexidade da vida no seu cotidiano. A complexidade aqui atravessa o diálogo com outros setores, como educação e habitação, as especificidades culturais de grupos sociais, a atenção às vulnerabilidades, entre outros. Como apoio a essa complexa relação, o MS criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), equipe multiprofissional composta a partir das necessidades sócio-sanitárias do território (por decisão do gestor), que serve para apoiar as ações das equipes mínimas, seja em atendimentos, conjuntos ou não, na educação permanente em saúde, em ações de matriciamento, discutindo casos, ensinando técnicas e ampliando concepções.

Diversas das concepções sobre a Atenção Básica no país e a própria organização das equipes que atuam nesse nível foram bastante reformuladas a partir da aprovação da nova PNAB (BRASIL, 2017). Essa modificou as concepções de territorialização, reduziu o número de ACS obrigatórios por equipe, tornando seu número decorrente das decisões de gestores.

Além disso, passou a financiar a partir do governo federal outros modelos de atenção básica diferentes da ESF, chamados de Equipe de Atenção Básica (EAB), sem necessária vinculação territorial, sem presença de ACS, em modelo próximo ao das Unidades Básicas de Saúde tradicionais. As implicações dessas mudanças ainda estão sendo acompanhadas, à medida que os municípios se adaptam à nova legislação. Houve importante resistência e críticas por parte movimento sanitário, de diversas entidades acadêmicas e científicas às mudanças realizadas.

No Rio de Janeiro, a expansão da Saúde da Família é recente. A cobertura passou de 9,63% da população em dezembro de 2009, para uma cobertura de 62,49% da população em fevereiro de 2018 (BRASIL, 2018). O município adotou um modelo específico de Saúde da Família, onde o carro-chefe são as Clínicas de Família, grandes UBS que abrigam até quinze equipes, atendendo populações de até cinquenta mil pessoas. Pelo fato de a atenção básica ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, o conceito de acesso é central para ela. A PNAB (BRASIL, 2017) indica que:

A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012) para que um serviço se constitua como porta de entrada para o sistema de saúde é necessário que o mesmo seja acessível à população, “eliminando barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais”. O acesso torna-se um componente complexo frente aos variados motivos de busca por serviço, pelas prioridades de atendimento vindas da gestão (cobertura de pré-natal, consultas de acompanhamento do primeiro ano de crianças, acompanhamento intensivo de casos de tuberculose), pelo subfinanciamento crônico do sistema (VIEIRA e BENEVIDES, 2016) e por características que variam a cada território e formação dos profissionais que ali trabalham. De forma a garantir uma maior acessibilidade, alguns conceitos-chaves surgem, como vínculo e acolhimento. O vínculo diz respeito à relação entre a equipe e o usuário. Este é construído ao longo do tempo, “com base na confiança nos profissionais e na responsabilização da equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.503). Já o acolhimento implica em “bem receber, escutar, oferecer proteção e amparo e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário” (idem).

O acolhimento, segundo o Caderno de Atenção Básica (CAB) 28, possui três dimensões: como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, que pressupõe que não apenas

determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou sujeitos definidos a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios; como postura, atitude e tecnologia de cuidado, que se refere à postura dos trabalhadores e da instituição em termos de escuta, filtro dessa escuta, posicionamento ético e atenção às necessidades de cada usuário; e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, que implica em que “a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda” (BRASIL, 2013).

Por fim, o conceito de integralidade (MATTOS, 2006), se apresenta como um elemento direcionador do cuidado, que engloba as dimensões preventivas e assistenciais, buscando uma compreensão global da complexidade dos indivíduos e coletividades. Ainda assim, o funcionamento das CF muitas vezes é direcionado por via de linhas de cuidado, ou seja, estratégias que focam em determinadas populações para garantir cuidado a patologias ou situações de vida específicas, tais como hipertensão, pré-natal, entre outros. Ainda que o objetivo dessas linhas de cuidado sejam buscar a integralidade no cuidado a certas questões de saúde, no âmbito do Rio de Janeiro, acaba na maioria das vezes atuando como os antigos programas, ou seja, priorizando apenas aqueles grupos ou patologias que foram determinados pela gestão, dando pouca atenção às complexidades que envolvem essas questões ou às questões que surgem no território. Para Saffer (2017, p.157):

A focalização da atenção em programas/linhas de cuidado tem resultados anti-equidade, sendo necessárias estratégias de acolhimento e organização da agenda que deem conta de dimensões mais abrangentes, como vulnerabilidade e gravidade dos casos, identificando e superando barreiras de acesso.

## **2.5 Necessidades em saúde e acesso de refugiados e migrantes**

Apresento nessa seção uma revisão que buscou abordar algumas das principais pesquisas sobre necessidades em saúde, seguida por uma revisão de pesquisas sobre acesso à saúde de migrantes e refugiados no âmbito do Brasil.

As pesquisas em âmbito internacional sobre acesso a serviços de saúde por refugiados e solicitantes de refúgio tendem a focar no acesso a serviços de saúde mental (GALINA et al, 2017; THOMSON et al, 2015; SANCHEZ-CAO et al, 2013; ELLIS et al, 2010). Existe uma profusão de pesquisas sobre o âmbito do acesso à saúde geral por migrantes, normalmente sem especificação de sua subcategoria.

Alguns estudos (WÖRMANN e KRAMER, 2011; GOLDBERG e SILVEIRA, 2015) apontam uma maior prevalência de doenças transmissíveis entre grupos de migrantes quando comparados a locais, sobretudo tuberculose e infecção por HIV/AIDS. Para Rechel et al (2013, p. 1238) essa maior prevalência pode estar relacionada tanto com infecções ocorridas no momento pré-migração, durante o percurso, ou ainda exposição no próprio país de destino, muitas vezes relacionadas às situações de exclusão social e pobreza em que pode viver essa população. Em relação a doenças crônicas, as pesquisas indicam que há variações entre os diferentes grupos de migrantes, por exemplo, no caso de migrantes advindos do continente africano, dentre os quais seria maior a incidência de acidente vascular cerebral, o que poderia estar relacionado a maiores taxas de diabetes e hipertensão entre eles (RECHEL et al, 2013, p.1240).

Um ponto importante abordado por Labree et al (2011), em sua revisão sobre obesidade comparativa entre crianças migrantes e não migrantes, é que migrantes de países subdesenvolvidos (*low-income countries*) tendem a abandonar hábitos alimentares tradicionais e adotar dietas ocidentais mais ricas em calorias, além de tornarem-se mais sedentários, colaborando assim para o aumento de obesidade em crianças migrantes e ao desenvolvimento de fatores como diabetes em adultos.

A saúde materno-infantil também é um dos fatores de preocupação na literatura sobre saúde de migrantes. Sass et al (2010), em pesquisa sobre saúde materna de bolivianas no município de São Paulo (Brasil), revelam que, quando comparadas com brasileiras, o número de bolivianas que frequentaram o pré-natal foi menor, além de uma maior incidência de sífilis congênita. Gissler e Alexander (2009), demonstram que também há maior risco de problemas de saúde materno-infantil, incluindo maiores taxas de mortalidade perinatal, entre migrantes do que não migrantes na Europa.

No caso das doenças ocupacionais, Rechel et al (2013) abordam em sua revisão de literatura que devido ao fato de imigrantes recorrerem a trabalhos menos qualificados, temporários e de risco, tendem a ter maior incidência de doenças ocupacionais. O fato de imigrantes recorrerem a esse tipo de emprego muitas vezes está relacionado ao status migratório irregular.

Em relação à saúde mental de imigrantes, se destacam na literatura os refugiados e solicitantes de refúgio que “tendem a ser mais expostos a fatores de risco para saúde mental, incluindo exposição à violência em seus países de origem e estresse durante a migração e na chegada nos países que os recebem” (RECHEL et al, 2013, p.1238). A revisão bibliográfica sobre saúde mental de refugiados feita por Galina et al (2017, p. 301) mostra ser “evidente a influência que os desafios pós-migração exercem sobre a saúde mental dos refugiados. Fragilizados pelo temor de perseguição ou real perseguição – própria ou de suas famílias – nos países de origem, encontram, na maior parte das vezes, um ambiente hostil e inadequado nos países de refúgio”. Traumas decorrentes de violências e perseguições tornam os refugiados mais vulneráveis a alguns transtornos mentais, como Transtorno do Estresse Pós-Traumático, depressão e sintomas relacionados à ansiedade. Alguns fatores determinantes para uma melhor saúde mental em refugiados seriam: relacionamentos interpessoais, interações sociais na adaptação cultural, acesso a serviços de saúde, entre outros.

Ainda que a visão clínica, baseada nos manuais diagnósticos sobre saúde mental de refugiados prevaleça, alguns autores apresentam visões críticas interessantes a esse modelo (PUSSETTI, 2017; KNOBLOCH, 2015). Frente ao aumento de diagnósticos psiquiátricos dados a refugiados e imigrantes, sobretudo na Europa, a antropóloga Pussetti (2017) discute, a partir de pesquisa de campo, a atual transformação do problema social, político e econômico da migração e do refúgio em categorias clínicas individualizantes, que tenderiam a esconder e despolitizar um problema mais complexo.

A autora aborda o diagnóstico criado nos anos 2000 pelo psiquiatra catalão Joseba Achotegui, chamado de Síndrome de Ulisses (síndrome do imigrante com estresse crônico e múltiplo). Esse diagnóstico é atribuído a migrantes e refugiados, com o objetivo de relacionar diretamente os processos migratórios atuais a transtornos psiquiátricos. O criador do diagnóstico chega a afirmar que se existe uma área onde os estressores psicossociais possuem uma dimensão quantitativa e qualitativamente relevantes (além de dificilmente discutíveis desde a perspectiva da saúde mental), essa área é a das migrações do século XXI (ACHOTEGUI, 2006). O autor afirma que, com o aumento dos deslocamentos humanos, muitas pessoas vão adoecer, gerando sintomas psiquiátricos e somáticos. Pussetti (2017), considera a Síndrome de Ulisses como o resultado de um processo de patologização da imigração do século XXI, e elenca três motivos: primeiro, porque desvia a atenção do contexto político e econômico para se focar no indivíduo como corpo despolitizado e naturalizado; segundo, porque torna homogênea a experiência migratória (tão múltipla) reduzindo a um quadro psiquiátrico; e terceiro “porque não considera que as próprias políticas migratórias



podem contribuir ao aumento do risco de patologia: as restrições políticas, sociais, burocráticas e econômicas que bloqueiam os imigrantes às margens da sociedade de acolhimento são completamente esquecidas.” (PUSSETTI, 2017, p. 267).

Knobloch (2015) também sinaliza para a importância de termos cuidado ao atribuir diagnósticos psiquiátricos a sujeitos em experiência de migração. Ainda que questões clínicas e categorias psiquiátricas tenham colaborado para dar visibilidade jurídica ao imigrante e ao refugiado, “é justamente pela inserção social ter acontecido por via médico-psiquiátrica que se corre o perigo da naturalização de um discurso patologizante da experiência de migração” (idem, 2015, p. 170). A importância da adequação dos serviços de saúde às demandas e diferentes concepções culturais aparecem aqui como uma possibilidade de lidar de uma forma menos medicalizante com o sofrimento de migrantes: “Sem negar a importância da medicação de forma adequada, enfatizamos que o desconforto causado pelo reconhecimento da inoperância de nossas estratégias clínicas com pessoas de outras culturas, que tem vivências e experiências de violências inimagináveis, não pode ser aplacada com a redução de suas vivências a leituras ‘patologizantes’ das experiências” (ibidem, 2015, p. 172).

Cabe ressaltar também que migrantes não são apenas um único grupo homogêneo, monolítico, e que as diferenças em relação ao lugar de origem, classe social, gênero, etnia, e país para onde imigram são determinantes nos seus processos de saúde-doença (GALINA et al, 2017; GRANADA et al, 2017; PARKER, 2013). Outro fator que é importante de levar em conta é o status socioeconômico desses migrantes, pois muitas vezes estão em situações desvantajosas ou de exclusão social, que reforçam ou criam condições para sua vulnerabilidade em relação à situação de saúde.

Quanto aos processos socioeconômicos e jurídicos nos quais os diferentes migrantes e refugiados se inserem, diversos autores (PUSSETTI, 2017; DAVIES et. al., 2010; RECHEL et al, 2013; KNOBLOCH, 2015) destacam a importância do acesso e das barreiras aos serviços de saúde nos diferentes contextos como um fator relevante para pensarmos as situações de saúde deste grupo. As barreiras de acesso, que dificultam a garantia de seu direito à saúde, são diversas, tais como idioma, desconhecimento de seus direitos, exclusão social, discriminação e divergentes compreensões culturais sobre processo saúde-doença (MARTES E FALEIROS, 2013; RECHEL et. al., 2013).

As pesquisas no âmbito brasileiro sobre acesso à saúde de migrantes e refugiados podem ser divididas em três categorias: aquelas que pesquisam as percepções e visões sobre acesso a partir da população migrante (WALDMAN, 2011; MARTES E FALEIROS, 2013; HAYDU, 2017); as que pesquisam o tema a partir de trabalhadores (GRANADA e DETONI, 2014;

RISSON, 2016; FOSTER, 2017; TONINI, 2018; MAIA, 2018); as que pesquisam com ambos os grupos (AGUIAR E MOTA, 2014).

Waldman (2011) em pesquisa com bolivianas sobre acesso à saúde em São Paulo, destaca entre as principais barreiras relatadas: a língua (dificuldade em expressarem sintomas e serem compreendidas pelos trabalhadores de serviços de saúde), a dificuldade de se ausentarem do trabalho (ainda que uma parte das entrevistadas tenha informado que os empregadores as liberavam), a percepção de que são tratadas de forma diferenciada da população brasileira (com relatos referentes a pouca atenção prestada às suas queixas por parte de trabalhadores, demora no atendimento, impaciência, relatos de brigas e gritos, algumas situações de discriminação racial e xenófoba – mas sempre narradas em terceira pessoa). Em relação aos pontos positivos, estes surgiram sobretudo quando comparavam o SUS com o sistema de saúde boliviano, apontando como positivo o serviço e os medicamentos gratuitos. Por fim, a autora destaca a importância das redes de sociabilidade de migrantes para a concretização do acesso à saúde, pois os mesmos passam informações sobre direitos e formas de acesso entre eles.

Martes e Faleiros (2013), em pesquisa sobre acesso à saúde de imigrantes bolivianos em São Paulo, apontam que os migrantes entrevistados tendem a comparar o SUS ao sistema de saúde boliviano, apontando vantagens na atenção à saúde no Brasil, dentre elas: acesso gratuito, sistema de saúde organizado, acesso à imunização, assepsia dos serviços, mais pontos de atendimento disponíveis, exames de pré-natal gratuitos, parto sem dor. Destacam as ACS e VDs como facilitação no acesso, assim como levar conhecidos (sejam familiares, amigos ou donos das oficinas de costura onde trabalham) para serem facilitadores em relação ao idioma. Por fim, contam que os bolivianos relatam situações de discriminação nas UBS, sobretudo no momento do cadastro, destacando situações onde houve gritos. Demonstram a percepção de que a discriminação não ocorre apenas pela questão da nacionalidade, mas também pela questão étnica. No geral, relatavam experiências de discriminação em terceira pessoa, contando sobre outras pessoas que as sofreram, e não os próprios entrevistados.

Haydu (2017) em pesquisa sobre itinerários terapêuticos de refugiados congolese em São Paulo, demonstra que muito do sofrimento vivido por estes sujeitos se relaciona com as difíceis condições de vida que enfrentam no Brasil. A percepção de que sofrem preconceito por serem refugiados e africanos se sobressai em algumas falas de entrevistados. Destaca também o papel das redes de sociabilidade (incluindo amizades, ONGs e igrejas) e espiritualidade para a efetivação de suas ações de autocuidado e integração local. Em relação ao acesso aos serviços públicos de saúde, relata que os refugiados em geral avaliam positivamente o serviço, sobretudo

o acesso gratuito a medicamentos, mas que reclamam da demora no atendimento, marcação de consulta e da falta de atenção dos trabalhadores de saúde com eles.

Granada e Detoni (2014), realizam grupos focais com ACS que atendem haitianos em uma cidade de médio porte da região Sul do Brasil. As representações desses agentes em relação aos migrantes passam pela constatação da vulnerabilidade em que estes vivem (destacando as condições dos locais de moradia), a impressão de que buscam mais ações preventivas do que curativas. Os autores abordam as diferenciações de percepções entre ACS e demais trabalhadores da unidade de saúde: enquanto os primeiros veriam os haitianos como pessoas educadas e com estudo, que no Brasil vivenciam uma situação de vulnerabilidade, os demais trabalhadores os veriam como marginais.

Risson (2016) em pesquisa com trabalhadores de saúde que atendem haitianos em Chapecó - SC, destaca que a falta de dados gera invisibilidade dessa população, que a mobilidade dos migrantes é grande entre áreas da cidade, exigindo uma maior adaptação por parte dos profissionais de saúde. Entre os principais motivos de acesso, destaca vacinação (pois é uma exigência das empresas contratantes), dores musculoesqueléticas (devido ao trabalho braçal realizado na agroindústria, principal setor contratador dessa população), acompanhamento da saúde da mulher, pré-natal e acompanhamento de recém-nascidos. Ou seja, demandas comuns também à população brasileira. Outras demandas que surgiram foram relacionadas a presença de doenças sexualmente transmissíveis<sup>28</sup> (DST) em homens, mas ressalta que apesar de que muitos trabalhadores tenham enfatizado a presença de infecção por HIV/AIDS, ao se debruçar sobre os casos registrados a pesquisadora encontrou apenas 4 casos confirmados. Em relação às mulheres, destaca as questões culturais como uma possível barreira, pois muitas não aceitam os exames de mastologia, pois o mesmo não existia em seu país de origem. Por fim, destaca a preocupação dos trabalhadores com o cumprimento de protocolos, que algumas vezes leva a um distanciamento das histórias pessoais e entendimento das dificuldades e necessidades da população no acesso. As VDs se destacam como momento privilegiado para contato com essa população, apesar de alguns casos de assédio terem ocorrido com as ACS. Em relação à barreira linguística, essa é apontada pelos trabalhadores como uma das maiores dificuldades, para a qual as soluções criativas que surgem são a utilização do *google*

---

<sup>28</sup> Embora em 2016 o Ministério da Saúde (Decreto nº 8.901/2016 publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17) tenha alterado oficialmente a nomenclatura DST (doença sexualmente transmissível) para IST (infecção sexualmente transmissível), utilizo o termo empregado pelas pessoas com quem conversei.

*tradutor*<sup>29</sup> ou de intérpretes informais, amigos e parentes que falam português e acompanham usuários que ainda não tem domínio da língua.

Foster (2017), em pesquisa sobre acesso de bolivianos em São Paulo acaba por constatar barreiras semelhantes aos demais estudos já abordados, e destaca a importância das VDs na criação de vínculo com a comunidade migrante. As únicas a procurarem atendimento em saúde mental são as mulheres, muitas com queixas relacionadas à depressão. Por fim, nos traz algumas das abordagens criadas pelos trabalhadores dos serviços para se aproximarem dessa população, como a contratação de trabalhadores de outras nacionalidades (ACS boliviana e enfermeira chilena).

Maia (2018) em pesquisa realizada com trabalhadores de saúde do município do Rio de Janeiro que atendem a população congoleza, destaca a possível concorrência por recursos entre ACS e refugiados poderia gerar resistências no momento do cadastramento. Refere, a partir das entrevistas com trabalhadores, a importância de uma liderança comunitária congoleza na relação de acesso dessa população à clínica da família em questão. Por fim, destaca o potencial da atenção básica em cuidar da população refugiada, pois uma vez que estão inseridos no território, se articulam de forma interessante com lideranças para construir os caminhos possíveis para o acesso à saúde.

Tonini (2018), em pesquisa sobre acesso de sírios a uma unidade de saúde de São Paulo, aponta que a maior procura por atendimento ocorre por mulheres sírias. A busca por atendimento devido a causas agudas se sobrepõe às ações de prevenção. Ainda assim, ressalta que buscam serviços de imunização e check-ups. As principais doenças crônicas referidas são hipertensão e diabetes. Os trabalhadores entrevistados relataram um alto consumo de gorduras, açúcar e tabaco entre sírios, o que poderia gerar um aumento de doenças crônicas. Em relação às barreiras, o idioma é colocado como a principal, assim como questões culturais (mulheres não aceitam serem examinadas por médicos homens), o preconceito por parte de trabalhadores (que às vezes relacionam árabes ao terrorismo; preconceito com a religião), a generalização dos usuários na categoria árabe (sem diferenciação entre sírios, libaneses, paquistaneses e indianos).

Aguar e Mota (2014) destacam algumas estratégias de acesso em sua pesquisa com bolivianos e trabalhadores de saúde em São Paulo: a importância da flexibilização da lógica cartográfica na ESF (pois os bolivianos mudam-se muito, precisando a ESF se adaptar quando se mudam de microárea, mantendo o cadastro original para dar seguimento aos tratamentos e cuidados em andamento pelos mesmos profissionais), contratação de ACS boliviano (que atua

---

<sup>29</sup> Serviço virtual de tradução instantânea de textos e áudio.

como mediador cultural e de idioma), o desenvolvimento de material educativo em língua espanhola e de uma cartilha de vocabulário em espanhol para trabalhadores, utilização de rádios comunitárias de bolivianos para comunicar sobre ações de saúde. Contam que para o fortalecimento de vínculo com essa comunidade, os trabalhadores costumam ir à Feira Kantuta, espaço de comércio de bolivianos, para realizar rodas de conversa sobre saúde. Outro diferencial é o conceito de família ampliado que essa unidade de saúde passou a adotar, incluindo nele as oficinas de costura, misto do moradia e local de trabalho, onde são realizados os cadastros e feitas algumas atividades de prevenção e promoção da saúde.

Essas são apenas algumas das pesquisas que abordam o tema de acesso à saúde de migrantes e refugiados no Brasil. Apesar de a produção acadêmica sobre esse tema ser ainda pequena, podemos ver o aumento na produção nos últimos anos, refletindo a importância que esse assunto toma no âmbito da saúde coletiva.

### 3 INTERLOCUÇÕES E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Com o objetivo de investigar as percepções de gestores, trabalhadores, líderes comunitários, refugiados e solicitantes de refúgio sobre acesso à saúde realizei uma etnografia em uma CF em um bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro. Minha escolha inicial por refugiados e solicitantes de refúgio como foco de investigação toma como referência o estatuto do refugiado<sup>30</sup>. Ainda que as categorias contidas no âmbito de *migrantes* sejam diversas e possam aparecer com suas limitações borradas em campo, refugiados e solicitantes estão

---

<sup>30</sup> Segundo Brasil (1997): Art. 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.

relacionados à discussão referente a perseguições e violações de direitos humanos desde seus lugares de partida. O fato desses terem direitos garantidos por lei e por tratados internacionais assinados pelo Brasil auxilia na definição de público específico a ser investigado em sua relação com políticas públicas e serviços de saúde. Ainda assim, o campo demonstrou que as delimitações entre categorias se apresentam mais fluidas. Em relação a trabalhadores, tomo todos aqueles, independentemente do nível de formação, que desenvolvem ações em saúde na clínica da família em questão, e tomo a figura de gerente da CF como gestor. Em relação aos líderes comunitários, tomo como recorte aqueles que interagem nos debates acerca do acesso e utilização dos serviços da CF por refugiados e solicitantes.

Optei pelo referencial da pesquisa etnográfica, pois é um método que tem afinidade com meu objetivo e que envolve analisar valores e distintas compreensões sobre saúde e adoecimento, acesso, oferta de serviços e direitos. Aqui entende-se etnografia como uma forma de interpretar a realidade, que implica na familiarização com o local e pessoas participantes da pesquisa e preocupação constante com os sentidos, significados e contexto onde se inserem os comportamentos desses participantes.

Tomo como referência o livro *Etnografias em Serviços de Saúde* (FERREIRA e FLEISCHER, 2014) enquanto material importante na reflexão sobre a construção dos caminhos metodológicos para esse tipo de pesquisa. Nas palavras de Sarti (2014, p. 08):

Ao tomar como objeto comum da reflexão as políticas de saúde em ato, no nível local e concreto de suas manifestações, nas UBS, nos hospitais públicos ou em ações de saúde que derivam da orientação geral da política pública no país, por meio do recurso à etnografia, permite evidenciar por trás da normatização e uniformização do atendimento segundo as diretrizes do SUS, onde e como aparecem as tensões, ambiguidades, conflitos, injunções em meio às quais se montam as peças do cuidado em saúde, revelando quão heterogêneo e surpreendente pode ser esse universo.

Alguns dos principais pontos do livro em questão se referem à atenção aos cenários, pluralidade de atores, entrada da pesquisadora no campo e script de linguagem dos participantes da pesquisa. Ferreira e Fleischer (2014, p.10) destacam a importância de se estar atento para a polissemia em torno do termo serviço de saúde, uma vez que há diversos espaços, para além das consultas, “onde novidades podem ser criadas para pensarmos no que consiste um serviço de saúde”. Estes espaços podem ser corredores, salas de espera, quintais, grupos de apoio em igrejas, outros lugares de um bairro ou de uma cidade. Da mesma forma, minha pesquisa levou em consideração espaços diversos, como sala de espera, reuniões temáticas de equipe, inauguração de exposição de fotografias na clínica, o bairro, a casa das pessoas durante as visitas domiciliares, a rua, salões de cabelereiro, espaços onde se produziam marmitas.

Em relação à diversidade de atores da pesquisa, as autoras destacam a ideia de transformar o informante em interlocutor, buscando uma postura ética de aproximação que permita um diálogo entre saberes e a construção do conhecimento, e não apenas uma extração de informações do campo de pesquisa. Assim, se torna um compromisso “impregnar o texto com polifonia” (FERREIRA e FLEISCHER, 2014, p. 17), ou seja, permitir que a variedade de atores, visões e compreensões tomem conta do processo de pesquisa. Dessa forma, busquei observar uma diversidade de espaços e interagir com uma diversidade de atores envolvidos com essa questão: trabalhadores da unidade de saúde em questão, mas também com gestor do serviço (gerente) e refugiados-usuários dos serviços de saúde, além de líderes comunitários. Pretendi assim organizar um caminho, no qual “trazer à tona as visões nos ajuda a entender, mais e mais, como falar de serviços de saúde é falar de política, corpo, gênero, poder, classe social e raça – e também de saúde” (ibid, 2014, p. 19).

Foi realizado um levantamento bibliográfico prévio sobre a temática relacionada a refugiados e migrantes em geral, demandas em saúde e acesso aos serviços de saúde, como exposto no marco teórico. Realizei inicialmente visitas exploratórias a uma CF situada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Esse contato surgiu a partir de outros trabalhadores de saúde conhecidos da pesquisadora. Nessas conversas foram levantados pontos importantes para a pesquisa, além de estabelecer parcerias.

O trabalho de campo envolveu sete meses de convivência nesta CF, onde acompanhei prioritariamente uma equipe que atuava em região com refugiados, durante o segundo semestre de 2018 e primeiro mês de 2019. Grande parte do material de campo foi coletado durante VDs, participação em grupos de trabalho (GT), conversas e observações dos espaços da CF e do bairro. Realizei entrevistas com roteiro semiestruturado com: 1 gestor (o gerente da clínica); 1 trabalhador (enfermeiro); 2 líderes comunitários; 4 refugiados-usuários da CF. Todas as entrevistas ocorreram na clínica, à exceção da entrevista com um dos líderes comunitários (Pastor João, que ocorreu na frente de seu estabelecimento comercial) e com uma refugiada-usuária (Joana), que ocorreu em sua casa. As entrevistas com o gerente, enfermeiro, um líder comunitário (Pedro) e um refugiado-usuário (Hugo) ocorreram individualmente. Duas refugiadas-usuárias foram entrevistadas coletivamente (junto do bebê de uma delas – Patricia, Teresa e bebê Iuri), uma refugiada-usuária (Joana) foi entrevistada na presença de uma ACS, um líder comunitário teve a presença do enfermeiro e de uma ACS durante a conversa (Pastor João). Além das entrevistas, pude coletar impressões, falas e observações de outras pessoas pertinentes à essa pesquisa durante as VDs e outros espaços: uma refugiada puérpera e seu marido, junto à ACS e enfermeiro durante uma VD; uma refugiada gestante, junto às ACS e

enfermeiro, durante uma VD também; um congolês que não reside na área, mas que estava presente na abertura de uma exposição.



Tabela 2 – Interlocutores entrevistados durante a pesquisa

No	Nome	Categoria	Encontros	Outras informações
1	Gerente da CF (Roberto)	Gestor (Gerente da CF)	Contato em evento no início, contatos constantes durante a pesquisa, conversas por mensagens.	Odontólogo de formação, 30 anos. É gerente da CF em questão desde 2016. Branco**
2	Enfermeiro Lucas	Trabalhador (enfermeiro da equipe 1)	Durante todo o campo, sendo um dos principais interlocutores. Acompanhei durante VDs, na CF e em momentos diversos. A entrevista ocorreu em	Enfermeiro, 33 anos, trabalha há três anos na CF. Atua também como enfermeiro em um hospital. Negro*
17	Pastor João	Líder comunitário e refugiado	Contato durante visitas ao bairro. Conversa realizada em frente ao seu estabelecimento comercial, com a presença de outros trabalhadores da saúde. Sem gravar (apenas notas em diário de campo).	Congolês. Naturalizado brasileiro. Pastor de uma igreja neopentecostal que realiza cerimônias em lingala. Negro*.
18	Pedro	Líder comunitário e refugiado	Encontros em eventos, contato por mensagens e entrevista gravada no auditório da CF.	Congolês, 50 anos, casado, seis filhos (todos nascidos no Brasil). Nasceu em Kinshasa, filho pai militar e mãe comerciante de diamantes. Estudou artes visuais e fez academia militar, onde seguiu carreira. Morou na Bélgica e em Angola. Veio para o Brasil em 1993. É reconhecido como refugiado, mas está em processo de naturalização. Presidente de uma associação de refugiados, cabelereiro. Batista. Negro**

19	Hugo	Usuário-refugiado	Indicado por Pedro. Contato por telefone e entrevista gravada realizada na CF.	Angolano, 68 anos. Nasceu na região norte de Angola mas foi criado na RDC. cursou ciências políticas e relações internacionais, tendo feito parte desses cursos na Bélgica e na França. Morou em Paris por muitos anos, com a antiga esposa e mãe de seus 7 filhos. Um dos filhos mora em Angola, outro na RDC, e cinco em Paris. Na época da entrevista, estava prestes a se casar com a segunda esposa (brasileira). Chegou no Brasil em 2002. Tentou refúgio, mas seu pedido foi negado. Foi anistiado em 2009, e hoje busca se naturalizar brasileiro. Trabalha com comércio e dá aulas de francês. Frequenta as igrejas Universal do Reino de Deus e Assembleia de Deus. Negro**
	Patricia	Usuária-refugiada	Conversas durante VDs, contatos por telefone e mensagens. Entrevista (em conjunto com Teresa) na CF. Solicitou que a entrevista não fosse gravada, que apenas tomasse notas.	Nasceu em Kinshasa, RDC. Formada como técnica de laboratório, profissão que exercia em sua cidade natal. Na época dessa pesquisa, estava desempregada. Tem apenas um filho, o bebê Iuri. Solicitante refúgio há dois anos. Seu marido, também congolês, veio para o Brasil há quatro anos e já está reconhecido como refugiado. Negra**.
	Teresa	Usuária-refugiada	Primeiro contato durante entrevista realizada na CF. Patricia a trouxe para a entrevista (conjunta). Solicitou que a entrevista não fosse gravada, que apenas tomasse notas.	Angolana. Trabalha como cabeleireira em Madureira. Possui três filhos. Negra**
	Joana	Usuária-refugiada	Contatos durante VDs, quando ACS tentava cadastrá-la. Entrevista gravada realizada em sua	Nasceu na RDC, mas quando era muito pequena os pais mudaram para Angola por causa da violência no país de origem. 33 anos. Casada e possui quatro filhos: os dois menores vieram com ela para o Brasil, e as duas maiores ficaram em Angola com sua irmã. Aguarda a vinda de seu marido. Chegou no Brasil há

			<p>casa, em companhia de uma ACS.</p>	<p>três anos. Solicitante de refúgio há três anos. Trabalhava com comércio em Angola. Trabalhou como camareira em um hotel no bairro de Santa Teresa. Atualmente desempregada. Sustenta sua família com ajuda de cesta básica que recebe de igrejas e revendendo folhas de mandioca. Negra**.</p>
--	--	--	---------------------------------------	---

\*Heteroclassificação

\*\*Autodeclaração

Fonte: DALE COUTINHO (2019)

Além disso, houve conversas com outros refugiados durante as incursões no bairro. Já havia conversado ou encontrado previamente alguns dos entrevistados, e isso será apontado no capítulo 5. Em relação aos trabalhadores, as trocas foram contínuas, mas meu maior contato foi com ACSs e enfermeiro de uma das equipes. Os demais trabalhadores que abordo nessa pesquisa serão destacados sobretudo quando relato o GT que existiu temporariamente e conversas informais<sup>31</sup>.

A observação participante tornou-se importante para essa pesquisa, pois ajudou a ampliar o entendimento tanto sobre o funcionamento da clínica, quanto sobre as interações entre os diversos atores que abarco nessa pesquisa, trazendo uma atenção especial tanto para falas quanto para atitudes e sutilezas. Para Rocha e Eckert (2008, p.05):

O observar na pesquisa de campo implica na interação com o Outro evocando uma habilidade para participar das tramas da vida cotidiana, estando com o Outro no fluxo dos acontecimentos. Isto implica em estar atento(a) as regularidades e variações de práticas e atitudes, reconhecer as diversidades e singularidades dos fenômenos sociais para além das suas formas institucionais e definições oficializadas por discursos legitimados por estruturas de poder.

As entrevistas com roteiro semiestruturado foram escolhidas no sentido de aprofundar aspectos percebidos a partir das observações participantes. Todos os participantes foram convidados a participar da pesquisa, informados de seu objetivo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para essa pesquisa considero apenas entrevistas com adultos. Os nomes dos participantes e da clínica em questão foram mantidos em sigilo, sendo substituídos no texto por nomes fictícios. O projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social e da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação a direito à saúde, tomo como referência duas principais concepções: a primeira diz respeito ao direito garantido na Constituição de 1988, que se relaciona a ideia de cidadania, da garantia da saúde como um serviço estatal ofertado gratuitamente a partir dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Dessa concepção, é importante debate entre direito à saúde e nacionalidade, que tem como ponto de inflexão migrantes e refugiados como portadores desse direito, à despeito de sua origem nacional. Aqui também toma fôlego o debate sobre as diferenças entre os marcos constitucionais de direito e a realidade de oferta dos serviços, que embora devam levar em conta populações específicas ou ditas vulneráveis, nem sempre se aproximam das mesmas. A segunda concepção que tomo é a de que direito à saúde que não diz respeito apenas ao acesso aos serviços de saúde, embora isto esteja incluído; diz

---

<sup>31</sup> No Anexo 1 descrevo as demais pessoas contatadas durante a pesquisa.

respeito também às garantias sociais, políticas e econômicas para uma vida saudável, autônoma e produtiva, estando assim diretamente relacionada a outros setores. Essa segunda concepção se relaciona com as condições gerais de vida de segmentos populacionais. Penso, então, de partir dessas duas categorias de análise sobre direito à saúde para pensar como os discursos e práticas podem ser atravessados por distintas concepções – uma mais restrita ao setor saúde, outra mais ampliada.

Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), o conceito de acesso à saúde tem se modificado ao longo do tempo, deixando de ser baseado simplesmente no aspecto geográfico e financeiro, como nos anos 70, e tornando-se mais complexo ao abordar aspectos menos tangíveis como aspectos culturais, educacionais e socioeconômicos, em uma abordagem que debate as ações intersetoriais envolvidas. Tomo aqui como balizadores das análises as ideias de integralidade, equidade, igualdade, acolhimento e vínculo.

Sobre o conceito de percepções, diversos autores têm se utilizado deste termo em estudos sobre a percepção de usuários e trabalhadores (SOUZA et al, 2008; VAN STRALEN et al, 2008; VILELLA et al, 2009; CAMPOS et al, 2014; SIMAS et al, 2016) sobre os serviços de saúde onde atuam ou são atendidos, dando destaque aqui para aqueles que focam nas percepções sobre o acesso à população migrante (FALEIROS, 2012; ROCHA et al, 2010; RISSON, 2016; entre outros). Cabe ressaltar que nenhum dos autores citados define de fato o que são percepções, e devido a isso elaboro algumas hipóteses a partir de como esse conceito é utilizado pelas pesquisas destes autores e por mim.

Elaboro aqui algumas hipóteses sobre o conceito. Entendo como percepção a visibilização e a exteriorização de sentidos, interpretações e significações relacionados ao acesso. Suponho algumas dimensões possíveis das percepções enquanto categoria de análise: o entendimento sobre esses fenômenos, ou seja, como os atores entendem o serviço de saúde; os sentimentos, ou seja, como se sentem em relação ao serviço onde atuam ou onde são atendidos (se sentem-se acolhidos, discriminados, pertencentes, potentes, valorizados, desrespeitados, etc.); a relação com as experiências prévias e com as experiências atuais, ou seja, como o contato com diferentes serviços de saúde e políticas públicas influencia os entendimentos, valorização ou desvalorização dos serviços ofertados ou das demandas recebidas e do trabalho a ser desenvolvido; a dinâmica entre familiaridade e estranhamento que se coloca na relação com alteridade; acolhimento, como capacidade de se sentir acolhido e/ou de acolher.

### 3.1 Etnografias sobre saúde de migrantes e refugiados

Alguns estudos se destacam como principais interlocuções metodológicas para refletir sobre o meu trabalho de campo, na medida em que também se ocupam das relações entre serviços de saúde com migrantes e refugiados: “Algumas reflexões antropológicas sobre uma maternidade hospitalar francesa”, de Claudia Fonseca (2010) e “Reparar o moral: etnografia dos cuidados médicos de um centro de saúde humanitário francês”, de Jaqueline Ferreira (2014). Embora não seja realizada no âmbito de um serviço de saúde, o estudo de Marcelo Haydu (2017), “Refugiados congolese na cidade de São Paulo: processo migratório e itinerários terapêuticos”, torna-se importante por retratar itinerários terapêuticos a partir das falas de refugiados congolese, interlocutores também privilegiados na minha pesquisa.

Fonseca (2010) realizou uma pesquisa etnográfica em uma maternidade pública em Le Havre (França), a qual foi uma encomenda do hospital frente ao “número crescente de usuários estrangeiros pouco ou nada capazes de falar francês” que frequentavam o local. Recentemente, havia sido implantado no hospital um serviço de intérpretes. O objetivo da encomenda foi “analisar problemas de comunicação – leia-se incompreensão – que se colocavam entre o pessoal do hospital e as parturientes que frequentavam o serviço” (FONSECA, 2010, p. 239), sendo que os trabalhadores, com frequência, sinalizavam o desejo de resultados concretos e que a pesquisa gerasse algo **útil** (grifo da autora). Entre 1990 e 1991, durante cinco meses, o trabalho de campo foi desenvolvido com visitas periódicas à maternidade. O relatório encomendando a ela foi precedido por outros dois, de uma antropóloga estadunidense (1989) e de um psicólogo (1988). Cabe ressaltar, sobre o lugar da etnógrafa em cena, que a autora inicia o texto informando que com as observações realizadas não pretende realizar julgamentos sobre as atitudes de trabalhadores ou sobre a gestão do hospital, assim como não tem a intenção de ditar receitas ou resolver conflitos.

Uma das primeiras coisas que Fonseca (2010) evidenciou a partir de sua pesquisa foram as marcações de classe que atravessavam o discurso sobre essa maternidade pública, situada no centro da cidade:

Frequentemente comparada a uma segunda maternidade pública, localizada na periferia da cidade, os atravessamentos nas falas dos trabalhadores marcavam o lugar “socioeconômico inferior” de seus pacientes, uma vez que por sua localização de fácil acesso por transporte público, tem-se a ideia de que a maternidade tornou-se “um gueto de pobres e estrangeiros. (ibidem, p. 241).

Outro momento emblemático sobre as marcações de classe que aparecem na pesquisa é quando uma funcionária quis indicar para a pesquisa de Fonseca (2010) apenas “mães de bom nível”.

A pesquisadora realiza uma descrição atenta e detalhada das equipes do hospital e das diversas relações de hierarquia dentre as funções (notando, inclusive, como as cores dos uniformes incidiam nessas categorizações). Revela, por fim, que salvo alguns casos em que algumas pessoas conseguiam amenizar essas fronteiras, o funcionamento em geral remetia a um “sistema de castas, cada grupo possuindo sua cultura e seu círculo profissional” (ibidem, p.243). Para compreender melhor essa situação, ressalta que a primeira diferenciação que surge nas falas é *os médicos x o resto*. Mais adiante, compreende outra forma de categorizar as equipes utilizadas pelo pessoal do hospital: os profissionais (médicos e parteiras) e as funcionárias (auxiliares de enfermagem, auxiliares de puericultura, faxineiras, etc., que, segundo a autora, estariam muito mais próximas do nível socioeconômico das pacientes). A categorização é marcada inclusive pelos diferentes espaços utilizados por cada grupo e o modo como as escalas de trabalho são montadas (profissionais tendem a ficar muito menos tempo no hospital do que as funcionárias). Nota-se, portanto, a importância de observar como a equipe se define, quais categorias utiliza para se compreender – quais diferenças operam, quais espaços são utilizados por quais grupos e como os horários, cargas horárias, ou seja, tudo relacionado à organização do espaço-tempo opera na possível construção de hierarquias e categorizações.

Ainda sobre essas categorias, a análise realizada encontra elementos identitários que compõem os profissionais: de que serviço fazem parte, se são de nível médio ou superior, qual a profissão, se trabalham com clínica e parte administrativa ou apenas na parte administrativa. Ficou evidente que na sala de plantão do serviço de parto ocorre uma maior intimidade entre as categorias (funcionárias e profissionais), embasada nos muitos anos de trabalho de ambas e a baixa rotatividade. Quanto aos serviços destinados à cesariana e a neonatologia, o trabalho extremamente especializado tende a levar a um isolamento de cada categoria profissional.

A autora chama atenção que seus contatos com as funcionárias foram esparsos: “indubitavelmente, como pesquisadora, fui assimilada ao time dos profissionais” (ibidem, p. 246), demonstrando assim como a identidade da pesquisadora era compreendida em campo. Outra questão de destaque na pesquisa é o fato de que Fonseca (2010) conseguiu se aproximar mais das parturientes francesas do que das estrangeiras. As entrevistas destas últimas acabavam por ocorrer mais na forma de perguntas e respostas. Já com as francesas, mulheres de baixa renda que frequentavam o hospital, as trocas foram mais aprofundadas, sobretudo pela observação participante que ocorria em um vestíbulo próximo ao telefone público, onde essas

mulheres se encontravam para conversar e fumar. A utilização desse espaço não previsto – ou inusitado como sugerem Fleischer e Ferreira (2014) – serviu para que a pesquisa se desenvolvesse em um nível mais profundo e intenso, e destaco esse elemento como um dos essenciais para pensarmos a necessidade de se estar atenta para espaços não convencionais (ou consolidados, como sugerem as autoras citadas acima), ainda que no interior de serviços de saúde (espaços convencionais em si). Nesses espaços, como destacado também por Ferreira (2014), muitas vezes ocorrem as interações mais importantes para o processo de pesquisa.

A descrição densa que Fonseca (2010) faz das francesas da maternidade se relaciona com o fato de “estranhar o óbvio”, uma vez que “as relações interclasses podem ser tão complicadas quanto as relações interétnicas, e com noções preconcebidas ainda mais preocupantes” (FONSECA, 2010, p. 249). O compromisso ético que a pesquisadora assume aqui diz respeito à necessidade de se estranhar a própria normalidade, reelaborando lugares comuns e debatendo nossos valores. A partir disso, descreve as relações que notou estabelecerem-se entre essas mulheres, questionando o suposto lugar comum das pesquisas anteriores, que atribuíam a este grupo características como isolamento e falta de apoio social, passividade e pouca compreensão sobre o que lhes era explicado. Ao contrário dos estudos anteriores, destaca os importantes esforços coletivos solidários (como no caso de uma parturiente que estava com o bebê na neonatologia e foi acolhida pelas companheiras que frequentavam o vestibulo) e a rede de troca de informações e conhecimento que se estabelecia. Assim, a autora coloca em evidência e em horizontalidade os diferentes ritos que circundam o parto: ritos médicos, ritos de francesas e de estrangeiras; os divergentes conceitos sobre crianças que cada um desses grupos vai ter; entre outros.

Dentre as estrangeiras, Fonseca (2010) aborda brevemente o contexto social da imigração para Le Havre e o aumento de imigrantes da África subsaariana. Dentro das próprias imigrantes, destaca que há uma diferenciação entre as norte-africanas, de imigração mais antiga, e das provenientes da parte subsaariana, de imigração mais recente, recebendo, assim, um olhar mais curioso por parte das equipes do hospital.

Outra questão pertinente diz respeito a estranhar os valores da medicina e da saúde pública. A pesquisadora descreve os rituais médicos de forma a gerar um deslocamento da posição de verdades científicas para apenas mais uma forma de ver e lidar com a realidade.

Assim como a pesquisa de Fonseca (2010), a etnografia conduzida por Jaqueline Ferreira (2014) se passa em um serviço de saúde francês. Aqui, diferente do ambiente do hospital, o campo se desenvolve em um serviço de saúde humanitário promovido por uma ONG chamada *Médecins du Monde*, cujo foco é a população excluída socialmente e que tem



dificuldade em acessar os serviços públicos de saúde. Além disso, enquanto o estudo sob encomenda de Fonseca (2010) durou cinco meses, a pesquisa em nível de doutorado de Ferreira (2014) aconteceu ao longo de dois anos.

Os voluntários do centro são divididos entre profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas) e trabalhadores sociais (assistentes sociais, funcionários públicos), enquanto o público era composto por estrangeiros em situação de clandestinidade, os imigrantes *sans papiers* (sobretudo africanos não documentados de Mali, Costa do Marfim, Congo e Senegal) e franceses moradores de rua ou desempregados. Da mesma forma que em Fonseca (2010), a categorização que separa nacionais franceses de imigrantes opera e Ferreira (2014) também encontra mais facilidade para interagir com os franceses (no caso, em situação de rua, que circulavam nas ruas próximas ao centro) do que com os imigrantes (que faltavam sistematicamente aos encontros, além de não informarem seus endereços no cadastro do centro por medo de serem entregues à polícia).

Os objetivos da pesquisa de Ferreira (2014) foram analisar as interações entre voluntários-usuários, usuários-usuários e voluntários-voluntários, o que se aproxima dos meus objetivos em termos de variedade de interações e atores envolvidos, fortalecendo a pluralidade de vozes sobre o fenômeno. Um elemento importante que difere da minha pesquisa é que a pesquisadora teve como foco o espaço de consulta médica, o que não fez parte da minha, uma vez que priorizei os espaços comuns da clínica, espaços de acolhimento, visitas domiciliares.

Em relação a sua identidade em campo, a autora destaca que o fato de ser médica facilitou suas observações das consultas médicas. Ainda assim, coloca em questionamento o lugar de onde fala, chamando de identidade híbrida seu lugar entre médica e antropóloga, chamando atenção para a necessidade de constantemente relativizar seu olhar médico para a análise antropológica. Embora ela tivesse buscado manter uma certa “neutralidade” durante as consultas, sua identidade médica era utilizada na convocação tanto por parte dos profissionais, que pediam informações sobre o que os pacientes haviam dito durante o momento em que saíam da sala para buscar algum medicamento, quanto por parte dos pacientes, que ao identifica-la como *estagiária de medicina e estrangeira*, sentiam-se à vontade, na ausência do médico, a solicitar maiores esclarecimentos e dar algumas informações adicionais que não ousaram falar na consulta. A autora atribui certa facilidade dos pacientes imigrantes em falarem com ela por sentirem menores a distância social e as questões hierárquicas inerentes à relação médico-paciente. Outra identidade que serviu como facilitadora da interação da pesquisadora com os médicos foi o lugar atribuído a ela de especialista em sofrimento, a partir do conhecimento de uma pesquisa anterior desenvolvida por ela sobre dor, e que serviu para abrirem mais espaço

para que ela conversasse em situações específicas com imigrantes. Cabe ressaltar aqui que nem sempre as identidades que carregamos ou são atribuídas a nós atrapalham as relações de pesquisa, podendo também ser elementos facilitadores, embora, obviamente, necessitem de análises e vigilância constante.

Em relação aos cuidados médicos atribuídos aos *sans papiers*, a pesquisadora constatou que haviam lógicas que atravessam o cuidado no encontro com esse público para além das lógicas do cuidado em saúde propriamente dito. Muitos médicos iam manifestando-se, durante a consulta e fora dela, sobre a necessidade de os imigrantes retornarem aos seus países de origem, atribuindo essa opinião à situação de vulnerabilidade extrema em que esses sujeitos se encontravam por estarem clandestinos, sem direitos. Porém, ela pontua que havia, ao mesmo tempo em que esse discurso operava, um “temor de uma imigração massiva que onerasse o país” (FERREIRA, 2014, p. 140).

Voltando às diferentes categorias que se inscrevem no interior dos discursos dos atores em uma etnografia, Ferreira (2014) ressalta que os médicos costumavam criar categorias baseadas em local de origem, cor ou nacionalidade para demarcar diferenças com os franceses que lá eram atendidos. Também haviam critérios que surgiam em algumas falas referentes a corpo, sintomas, doenças e comportamento dos pacientes. Ela destaca que essas categorias só foram percebidas através de uma observação atenta a sutilezas em falas e relatos, destacando a importância de se estar alerta a como os sujeitos vão criando grupos e categorias em um campo. Em relação a franceses e imigrantes, se destacavam as diferenças econômicas. Havia diferentes julgamentos para o risco em saúde para esses dois grupos: o risco atribuído aos franceses era entendido como advindo de sua situação de precariedade econômica, enquanto que para os imigrantes era atribuído a “uma cultura que lhes torna mais vulneráveis” (ibidem, p. 143), como a atribuição aos imigrantes de crenças portadoras de riscos. Ainda assim, havia uma divisão entre crenças consideradas de risco e outras que não eram consideradas assim. As crenças que não eram de risco surgiam como passíveis de serem toleradas em um discurso sobre *respeito às culturas*, que para Ferreira corre o risco de “reificar os pacientes imigrantes em sua diferença, acreditando que eles sejam incapazes de inclusão em um país ocidental” (ibidem, p.145), além de negar que a ideia francesa de universalidade é igualmente uma construção cultural.

Uma das situações de destaque na pesquisa da autora diz respeito a pacientes que traziam queixas que, no fim, pareciam remeter mais a suas condições sociais e econômicas do que a condições físicas. A utilização de uma linguagem metafórica pelos pacientes nem sempre era entendida por todos os médicos como as questões sociais a que remetiam, acabando por prescrever vitaminas e solicitar exames. Os encaminhamentos para a psiquiatria surgiam

quando se identificava esse *sofrimento de ordem moral*. A autora concluiu que o papel do centro passava mais por reparar o moral desses pacientes do que, de fato, em tratá-los em termos de saúde. Essa reparação criava novos lugares para os pacientes, como uma imigrante que acabou por tornar-se mediadora por conhecer muitas línguas. Ainda que seja uma mudança importante em nível individual, a autora destaca que esse tipo de atividade “não lhes aporta reconhecimento social, ao contrário, reifica-lhes na situação de marginalidade” (ibidem, p.151). As ideias sobre o trabalho que desenvolviam que perpassavam os trabalhadores voluntários do centro pareciam se relacionar muito com o caráter do humanitarismo. Importante destacar que alguns trabalhadores acabam por se engajar no cuidado a populações vulneráveis e/ou imigrantes muito por conta de atravessamentos morais, e é necessário estar atenta às motivações e ações dos envolvidos para compreender de que lugar exercem seus lugares de trabalhadores da saúde.

Marcelo Haydu (2017) realizou uma etnografia durante pouco mais de um ano (2015 – 2016), na qual acompanhou os deslocamentos de refugiados congolese na cidade (consultas médicas, em cultos religiosos, em festas de aniversário, eventos culturais, na busca por vagas de trabalho, em palestras que ministraram em escolas e universidades, entre outros) e realizou visitas a suas casas, assim como realizou entrevistas em profundidade com quinze deles. O objetivo da pesquisa foi investigar os itinerários terapêuticos para a preservação e recuperação da saúde destas pessoas. Os refugiados acompanhados na pesquisa (todos homens) foram selecionados a partir de contato prévio com a ONG na qual o pesquisador trabalha. Os roteiros de entrevista se basearam em questões sobre a vida pregressa desses sujeitos (como viviam, como eram seus itinerários terapêuticos no seu país de origem e o deslocamento para o Brasil), assim como a situação destes no país de acolhida, as dificuldades de vida e seus itinerários terapêuticos aqui. Foi realizado também um grupo focal inicial para explorar o tema com esses indivíduos.

Dentre os espaços da cidade na qual Haydu acompanhou refugiados, o autor destaca dois de grande importância: sua visita a um culto evangélico no qual apenas congolese participavam, e o acompanhamento de um dos entrevistados a uma palestra que realizou em universidade sobre o tema do refúgio. Nos dois espaços, o autor destaca as relações desenvolvidas em torno das redes de sociabilidade: se, por um lado, na igreja havia demanda para ajuda aos que estavam chegando no Brasil ou passando dificuldades, na universidade a estratégia de realizar palestras atua tanto como geração de renda para refugiados quanto para aumentar o número de conhecidos na cidade e compartilhar suas trajetórias.

Em relação aos entrevistados, Haydu priorizou congolese entre 25 e 50 anos que já estavam com o status de refugiado reconhecido pelo CONARE. Dos entrevistados, a maioria

era católico ou evangélico, e apenas um muçulmano. A maioria tinha nível superior, e todos residiam na região central ou na zona leste de São Paulo. Ao circular por diferentes bairros e espaços da cidade com essas pessoas, Haydu realiza uma descrição muito interessante sobre esses locais e sobre as residências de seus entrevistados. Destaco aqui a importância de se situar geográfica, social e culturalmente os espaços onde nossos interlocutores habitam e circulam, o que aprofundarei no capítulo 4. Destaca também que os locais de moradia com frequência eram precários, e que os refugiados habitavam bairros onde havia opções de aluguel mais baratas no mercado.

Seus interlocutores de pesquisa acabam por destacar temas essenciais quando relacionamos preconceito, refúgio e situação socioeconômica: muitos afirmam que sofrem preconceito no Brasil por serem negros e africanos. Relatam que apesar de terem passado situações de grande violência em seu país de origem, afirmam que muito de seu sofrimento advém das atuais condições de precariedade que enfrentam no país de acolhida, uma vez que não possuem recursos do governo e têm dificuldade para validar diplomas. O autor conclui que diferente de sua hipótese inicial, os interlocutores da pesquisa não traduziam seus sofrimentos em adoecimentos físicos ou mentais, mas sim possuíam uma capacidade muito grande para o manejo de suas emoções. Os entrevistados demonstraram que espaços de altruísmo e solidariedade têm impacto positivo sobre sua integração e saúde, como igrejas e ONGs.

Em relação ao acesso ao SUS, muitos deles relatam que utilizam o sistema médico, sobretudo para adoecimentos físicos, como gripes, febres, hipertensão ou diabetes. Possuem reclamações sobre a falta de atenção por parte de alguns trabalhadores de saúde, mas em geral avaliam como positivo seu acesso à saúde no município de São Paulo, apesar de relatarem dificuldades na marcação de exames e consultas. Em relação à saúde mental, Haydu descreve as formas de autocuidado de seus interlocutores: a espiritualidade, a música, as redes de sociabilidade, entre outros.

Por fim, conclui que a maior causa de sofrimento relatada pelos refugiados em sua pesquisa foi a falta de apoio para o acolhimento dos mesmos no Brasil, ou seja, a falta de políticas públicas efetivas para sua integração local. A ausência de participação social na construção dessas políticas também causa sofrimento e incômodo uma vez que não se sentem escutados: “ (...) o que se observou na pesquisa de campo é o incômodo e o descontentamento por parte dos congoleses entrevistados por viverem às margens de organizações sociais, alijados das negociações dos termos da própria existência” (idem, 2017, p.188).

### 3.2 Etnógrafa em cena: reflexões éticas sobre identidade no campo e a realização de pesquisas

No intuito de abordar minha identidade em campo, assim como os dilemas que vivenciei, narro aqui meu percurso de formação profissional e trabalho, assim como coloco em questão minha posição em campo. Meu percurso no SUS se inicia na faculdade de psicologia quando realizei estágios na área, na qual sigo atuando até hoje, agora como gestora no Ministério da Saúde. Como psicóloga, já atuei na atenção básica como parte de uma equipe NASF em Porto Alegre, enquanto residente. Dessa forma, pesquisar um serviço de saúde é algo que me inspira familiaridades e posicionamentos em relação às políticas públicas exercidas no cotidiano de serviço. Ao mesmo tempo que essa familiaridade, por um lado, me ajuda na compreensão das forças, poderes e saberes colocados em jogo na atenção à saúde, por outro gera algumas questões éticas sobre minha presença no campo. Abre-se aqui a necessidade de uma autoanálise constante, no sentido de perceber as relações entre ética e relações de poder que podem surgir entre mim e os sujeitos de pesquisa. Silva (2007) nos traz um debate importante quando coloca a questão: quais são os limites e as possibilidades de pesquisar aquilo em que se está profissional, emocional e existencialmente implicado?

Um dos problemas de pesquisar uma realidade sobre a qual possuímos conhecimentos se relaciona ao lugar que vamos ocupar frente aos sujeitos de pesquisa. Com frequência, demandas surgem, a partir do entendimento que se vai fazendo e construindo referente ao lugar do pesquisador na instituição. Podem surgir demandas das mais diversas, como de teor fiscalizador sobre a qualidade de algum trabalho realizado no serviço, ou até mesmo de atendimento conjunto, quando o pesquisador é identificado com o lugar de expert em algum assunto, como no caso de Ferreira (2014).

Santinho (2016) em sua tese sobre refugiados e saúde em um centro para refugiados de Portugal, fala-nos da angústia de vivenciar o campo, estando em contato com o público em questão, ouvindo seus relatos, sem ter nada a oferecer em troca:

Em certa medida, e no caso concreto desta investigação em que os refugiados não se limitavam a partilhar comigo as suas ideias, saberes e sofrimentos, mas também me pediam algo em troca, apropriar-me do seu sofrimento e das suas vidas com o objetivo único de cumprir o meu plano académico, parecia-me demasiado injusto e redutor. (idem, 2016, p. 153).

Essa angústia a levou a se envolver em um outro projeto de investigação com foco específico no acesso à saúde de refugiados, material que foi devolvido aos serviços de saúde e refugiados.

Cabe chamar atenção para a diferenciação da demanda que nos é endereçada, a qual cabe analisar e que, muitas vezes, remete a uma negociação possível para entrada em campo, e o compromisso ético de alguma contrapartida. Santinho, ao falar de sua angústia frente a não ter nada a oferecer em troca dos relatos que obtinha, aponta para uma questão ética recorrente nas pesquisas acadêmicas com seres humanos: chega-se a um campo de pesquisa, se extrai as informações necessárias para a finalidade acadêmica, e retira-se do campo sem deixar nada.

Outra questão importante foi minha relação com os variados atores dessa pesquisa. Em relação aos trabalhadores de saúde e gestores, cabe ter um cuidado de analisar seus comportamentos, opiniões, visões de mundo e ações em um contexto mais amplo de políticas, instituições e moralidades que se colocam em jogo na concretização de uma política pública. Descrever situações de forma a individualizar acontecimentos seria não estar atenta à complexidade de forças que atravessa as práticas sociais. Em relação a refugiados e líderes comunitários, além do descrito acima, surge ainda mais uma camada de cuidado: lidar com populações em suposta vulnerabilidade requer uma atenção redobrada na forma como agimos em termos das relações de poder que se estabelecem entre pesquisadora e sujeitos de pesquisa. As camadas de vulnerabilidade que podem vir a compor essa população atravessam questões relativas a situação legal, raça, gênero, idioma, situação socioeconômica, sofrimentos, entre outros.

Ainda que eu tenha me apresentado como pesquisadora de um programa de mestrado da UERJ, além de gestora do MS, cabe destacar como minha identidade foi compreendida em campo. Se por um lado, em alguns momentos fui confundida com trabalhadores de nível superior, sobretudo sendo tomada por médica por usuários e trabalhadores, conforme a tendência de ser encapsulada pelas categorias profissionais locais (FLEISCHER E FERREIRA, 2014), por outro lado meu percurso como trabalhadora do SUS me permitiu, como outras etnógrafas da coletânea *Etnografias em Serviço de Saúde* (idem), ser classificada em benefício da pesquisa. Pude notar desde o início a confiança atribuída pelo gerente e pelos trabalhadores a mim, seja nas discussões de caso, conversa de corredores, opiniões e desabafos sobre os problemas e potencialidades do serviço. Da mesma forma, por ter sido entendida muitas vezes (e assim apresentada) como *pesquisadora do Ministério da Saúde* (um hibridismo de pesquisadora da UERJ com gestora do MS, que de forma curiosa parece ecoar os hibridismos das categorias de campo, como *angoleses* e *congolanos*), me foi possível adquirir um nível de

confiança grande por parte de refugiados e líderes comunitários. Embora sempre tivesse a preocupação em explicar que eram identidades diferentes, parecia que todos haviam incorporado as duas identidades em uma só, revelando que até mesmo as minhas identidades não podem se separar sem ambiguidades, compondo assim linhas borradas também.

Causou singular preocupação não apenas as demandas ocorridas por parte do gerente para as devolutivas e composição de fluxos – essas, infelizmente, foram impossibilitadas até a finalização da escrita desse trabalho devido ao desgaste ocorrido por conta das greves e demissões ao longo do período de campo -, mas o entendimento dos refugiados e líderes sobre os limites da minha atuação como pesquisadora. Uma das entrevistadas, Joana, ao me telefonar para marcar uma entrevista, chama-me de *irmã Julianna* e conta que o entrevistado anterior e seu amigo, Hugo, havia dito que por eu ser uma autoridade do Ministério da Saúde, talvez poderia ajuda-la com a dificuldade de acesso a exames e diagnóstico de sua doença.

Inquietou-me – e segue me inquietando – as narrativas que escutei de todos com quem convivi. A precariedade parecia se exprimir de forma mais vívida na narrativa dos refugiados, mas aos poucos passou a atravessar também as falas de trabalhadores e do gestor. Por ter realizado essa pesquisa em um tempo de especial precariedade, fechamento de serviços, demissões, intensificação da violência no território, entre outras intempéries, o sentimento de impotência por muitas vezes me atravessava, sobretudo quando duas entrevistadas afirmaram que era recorrente serem consultadas para pesquisas acadêmicas, mas que apesar disso nunca viam nenhuma mudança ocorrer.

Outra preocupação foi estar atenta à impossibilidade de representar atores tão diversos, mas sim, de trazer à tona suas percepções através do meu olhar de pesquisadora. Minha preocupação em particular residiu nas conversas que tive com refugiados, atores poucas vezes escutados em pesquisas sobre acesso à saúde e que muitas vezes são levados a ocupar espaços de pouca visibilidade no debate acerca das políticas públicas. Para tanto, é importante ressaltar a problematização de Spivak (2008) sobre a impossibilidade de representar o subalterno, ao mesmo tempo em que existe a possibilidade de produzir efeitos críticos ao fazê-lo, desde que sempre assumindo o fracasso de tal exercício: *“ésta es la virtude más grande de la deconstrucción: cuestionar la autoridad del sujeto que investiga sin paralizarlo: transformando persistentemente las condiciones de imposibilidad en posibilidad”* (Spivak, 2008, p.39).

#### **4 TERRITÓRIOS DA PESQUISA**

Residia há poucos meses no Rio de Janeiro quando elaborei o projeto de pesquisa sobre acesso dos refugiados às ações e serviços de saúde, tendo um conhecimento limitado tanto sobre a cidade quanto sobre a distribuição de refugiados pelo território. Por conhecer muitos trabalhadores da saúde que atuam em CF – afinal, sou psicóloga, gestora do SUS e meu companheiro é psicólogo atuante em uma CF - logo soube que em um bairro da zona norte haviam muitos refugiados de origem congoleza, e que alguns trabalhadores da CF lá situada andavam se interrogando sobre como cadastrar essa população e como mobilizar os demais



trabalhadores para entregar um atendimento que lide com especificidades, como o idioma diferente. A partir desses contatos, logo conheci uma psicóloga trabalhadora desta clínica que estava interessada nessa temática. Ela me forneceu o contato do gerente, que segundo ela era uma pessoa que estava interessada em todas essas questões que surgiam naquele território. Ainda assim, foram meses de encontros e desencontros, entre e-mails e falta de datas para reuniões, até conseguirmos nos conhecer em um evento sobre saúde de refugiados organizado em 2017 pela SMS do Rio de Janeiro.

Ao mesmo tempo, visitei a Cáritas, organização não governamental responsável pelo acolhimento de pessoas em situação de refúgio no Rio de Janeiro e que atualmente possui uma parceria com a SMS. As diversas conversas que tive com a gestora dessa organização, seja na própria sede, nas feiras de saúde lá realizadas ou em outros eventos sobre refúgio em que nos encontramos foram importantes para conseguir informações mais precisas sobre o local em que pretendia realizar o trabalho de campo e a população que lá vive.

A coordenadora da Cáritas abordou a divisão de lideranças da população congoleza na região, *líderes comunitários* agregando grupos distintos e divergindo entre si, sendo atores importantes no acesso dos grupos de congolezes aos serviços públicos. Do mesmo modo como o gerente, os trabalhadores e os refugiados, esses líderes comunitários foram incluídos entre os participantes da minha pesquisa, sobretudo depois que em conversa com gestor e psicóloga da clínica me foi reafirmada a importância desses mediadores no acesso aos serviços de lá.

No evento da SMS em que conheci do gerente da CF em questão, um livro sobre saúde de refugiados no Rio de Janeiro estava sendo lançado, intitulado *Recomeço* (SMS, 2017). O livro em questão aborda a parceria entre a SMS e a Cáritas para o atendimento de refugiados, trazendo desafios e situações que seriam um *case de sucesso* segundo a fala de uma das gestoras. No livro há um depoimento do gerente da clínica em questão, sendo que o abordei para conversar a respeito e falei do meu projeto de pesquisa. Ele demonstrou interesse no estudo, mencionando ainda que o atendimento dessa população na CF era vivido por ele como um grande desafio, bem como que se sentia solitário na construção de um caminho para o atendimento deles.

Após essa conversa, marcamos uma visita na CF, um cenário consolidado do SUS segundo Ferreira e Fleischer (2014), ainda em novembro de 2017. Nessa visita ele me apresentou o espaço e demandou colaboração, seja compartilhando meus achados de pesquisa, seja auxiliando as equipes na construção de um fluxo de atendimentos. Cabe destacar que o fato de ser gestora do MS, psicóloga e ter atuado no atendimento de migrantes e refugiados anteriormente deve ter influenciado esse pedido.

As demandas relacionadas à saúde reprodutiva e sexual e a busca por exames ginecológicos por mulheres que estão em vias de casar se misturavam com a preocupação do serviço com a baixa busca por atendimentos em saúde mental frente aos relatos sobre violência sexual, do mesmo modo como o acompanhamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, segundo o gestor. A dificuldade de se orientar as imunizações também surge como uma questão, uma vez que não se têm clareza quais vacinas já foram tomadas anteriormente e quais os riscos de se aplicar novamente as mesmas vacinas. Foi-me informado que alguns trabalhadores apresentavam resistência em atender essa população, mas que isso estava mudando a partir das discussões que o gerente propunha sobre a questão. O maior contato ainda ocorre por parte dos ACS, que ocupam esse lugar duplo entre trabalhadores da saúde e vizinhos dessa população.

Com a demanda de ajudar as equipes, encerrei meus primeiros contatos no ano de 2017. Combinei com o gestor que em março de 2018, iríamos planejar a apresentação do meu projeto para as equipes. Em abril de 2018 voltei à CF.

Ainda que o bairro seja grande, meu percurso pela área é curto, tendo apenas caminhado da estação do ônibus em direção à clínica. Atravesso a Avenida Brasil<sup>32</sup> para chegar ao bairro no qual encontra-se esta clínica, de ônibus, em mais de uma hora de viagem da zona sul à zona norte da cidade. O bairro em questão fica em uma zona com prédios abandonados, caracterizando-se como residencial e possuindo uma pequena favela. Quando o ônibus sai da imensidão da Avenida Brasil e entra nas ruas do bairro, sinto-me em uma cidade do interior em uma tarde de domingo: um tanto desabitada, consigo ver pequenos comércios quase vazios e muito espaçados entre si, a grama do meio fio crescida, carros estacionados em calçadas.

O percurso entre o ponto de ônibus e a clínica é uma rua reta, repleta de casas com um segundo andar de *puxadinho*<sup>33</sup>, um clima tranquilo e quente, um tanto moroso, com pessoas andando de bicicletas, apenas entrecortado por alguns caminhões gigantescos que passam transportando as mais variadas mercadorias. Na frente da clínica, há um escritório de advogados, uma loja de piercing e tatuagens, três lanchonetes populares e uma espécie de lava carros no qual o serviço é na própria rua. Alguns senhores sentam em silêncio na lanchonete ao lado do posto.

A clínica é identificada por placas, letreiro e bandeiras hasteadas com símbolos do SUS e da Prefeitura. A entrada é uma antessala aberta com oito cadeiras dispostas quatro de cada lado. Nessa antessala existem mapas das microáreas que cada equipe atende, distribuição de

---

<sup>32</sup> Uma das principais avenidas da cidade do Rio de Janeiro – RJ.

<sup>33</sup> Construção destinada à extensão de habitações e estabelecimentos comerciais de forma irregular.

camisinhas em um aparato de plástico fixado à parede, placas como *Rio sem Fumo*, informações sobre *aedes aegypti* e vacinação e letras recortadas em papel que formam a frase *Orgulho SUS*. Em uma das paredes há uma foto de um senhor pintando quadros, três senhores aguardando com papéis na mão neste espaço, em silêncio. Um gato de coleira, que vim a saber que pertence à clínica, dorme tranquilamente embaixo de uma das cadeiras. Dados da placa da Clínica informam: População estimada território: 21.995; cadastrados: 19.288; família cadastradas: 9.278; famílias visitadas: 2.205.

Considero este espaço como antessala pois as salas de acolhimento estão mais adiante na unidade. As salas e auditório se dividem em uma estrutura em forma de L, possuindo no interior um grande pátio com uma espécie de anfiteatro aberto, parque para crianças, centro de convivência do idoso (equipamentos de ginástica cobertos por estrutura para proteção contra intempéries), uma quadra de futebol e, no centro, há uma construção chamada Fundação Leão XIII – Centro Social Urbano, no qual os cartazes relevam a existência de serviço de identificação civil. Nessa mesma construção, na lateral, há uma porta para a *Sala dos ACS*.

Neste L de construção, encontramos diversas placas nas portas intituladas *Sala de Acolhimento*: são salas amplas, nas quais dividem-se as equipes; nelas, pessoas aguardam ser atendidas no acolhimento em guichês realizado por ACS, e posterior encaminhamento para marcação de consulta ou grupo. Também há placas informando consultórios, sala de curativos, saúde bucal, esterilização, utilidades, banheiros, almoxarifados, procedimentos e observações clínicas, ultrassonografia, entre outras. Uma das portas informa onde é a entrada da sala técnica, terminando em um corredor em forma de T, no qual são dispostas outras salas, banheiros, auditório, sala administrativa e copa.

Em uma de minhas visitas, precisei aguardar o gerente sair de outra reunião antes de nos encontrarmos. Aguardei na antessala, observando a clínica. Momentos antes, estava do lado de fora aguardando, quando uma ACS me viu tirando uma fotografia de um quadro que expõe as informações referentes à população atendida pelo serviço de saúde, perguntando-me *você é a minha médica?* Diante da minha negativa, ela lamentou e me contou as dificuldades que sua equipe está vivendo pela falta dessa profissional, interrogando-me: *se você não é médica, o que faz aqui?* Frente às poucas palavras que pronunciei sobre a pesquisa, a ACS comentou que era muito importante esse trabalho pois eles não sabiam muito o que fazer com os refugiados, questionando-me: *você vai nos ajudar né? Quem quer nos ajudar é muito bem-vindo aqui.* Após ser convocada para ajudar o serviço a trabalhar com a população refugiada pelo gestor em 2017, agora o era por uma ACS. Logo o gerente chega e me chama para conversarmos no auditório.

Como ele estará viajando nas últimas semanas de abril, combinamos que em maio eu iria com ele nas equipes apresentar meu projeto, sendo que me manteria um dia da semana na unidade, justamente aquele com no qual há maior procura por parte da população. O gerente está tentando organizar um GT intersetorial (com presença do CRAS<sup>34</sup>, educação, entidades religiosas, lideranças comunitárias, demais equipamentos do território, participantes da SMS, Cruz Vermelha<sup>35</sup>) para discutir a atenção aos refugiados da região, convidando-me a compor esse espaço, que pode inclusive envolver os próprios refugiados em algumas reuniões.

Visitei a unidade durante sete meses, com visitas que variavam de uma a duas vezes por semana. Na maior parte dos dias estive junto às equipes em visitas domiciliares e em companhia das ACS e do enfermeiro. Como em qualquer pesquisa que tem por objetivo acompanhar movimentos e se deixar afetar pelos ritmos e acontecimentos do local e dos grupos com os quais se está pesquisando, muitos dos planos sobre como desenvolver essa pesquisa foram alterando-se ao longo do caminho, e o registro sobre essas alterações surge como algo de muito valor para a reflexão sobre como as decisões políticas, as relações pessoais e institucionais, o território e suas densidades relacionais, entre tantos outros fatores, vão moldando tanto as (im)possibilidades, direcionamentos de trabalho e os interesses, quanto a vida de todos os múltiplos atores envolvidos nessa temática. Ainda que essa pesquisa seja apenas o recorte de uma realidade descrito a partir do meu olhar como pesquisadora-estrangeira, tento retratá-la mais como o registro de um movimento (transformações de um período, de um espaço e de pessoas) e menos como uma fotografia cristalizada.

Houve imprevistos na condução do trabalho de campo nesse serviço de saúde, entre eles: dias de chuva onde as visitas domiciliares que acompanhava eram canceladas; usuários refugiados que faltavam ao serviço; as férias ou licenças de trabalhadores que acompanhava; demissões, greves por atrasos de salário que se estenderam por muitas semanas; a violência crescente no território, por parte de guerras entre facções do tráfico de drogas e confrontos com a polícia, que impediam o funcionamento de diversas atividades. Além disso, acompanhar as dinâmicas entre refugiados e trabalhadores nas salas de acolhimento logo se demonstrou pouco interessante para os objetivos dessa pesquisa, uma vez que os refugiados apareciam não muito frequentemente nesses espaços, sem falar que o tempo sentada no guichê ao lado da ACS Poliana despontava lento, moroso, e alguns dos poucos refugiados que pude observar nessa interação chegavam e já eram encaminhados para consulta. Da mesma forma, aguardar pela

---

<sup>34</sup> Centro de Referência de Assistência Social

<sup>35</sup> Organização Não Governamental que realiza ações humanitárias.

discussão de casos de refugiados durante as irregulares reuniões de equipe, em uma população adscrita tão extensa, não parecia frutífero

Por outro lado, as VDs se destacaram como espaço de acesso da pesquisadora aos sujeitos da pesquisa. Em companhia do enfermeiro e das ACS passava o período da manhã a conhecer o território, a casa dos usuários, os espaços nos quais refugiados circulavam, seus salões de cabeleireiro, a igreja que alguns frequentam, o local onde algumas refugiadas fazem marmitas de comida congoleza para vender. Cruzamos ruas coloridas por bandeirinhas e pinturas do Brasil, já que o trabalho de campo ocorreu no ano da Copa do Mundo<sup>36</sup>, pulando poças de esgoto, pesando bebês, trocando curativos, escutando dores, reclamações e alegrias frente a melhoras no estado de saúde.

As VDs me proporcionaram um maior contato com uma das duas equipes que acompanha refugiados. Essas visitas ocorriam quase sempre dentro da favela local, onde a maioria dos refugiados mora – zona mais vulnerável<sup>37</sup> do bairro em questão. Minha maior aproximação se deu, assim, com o enfermeiro dessa equipe e as ACS, ainda que meu objetivo original fosse acompanhar também a outra equipe. Desde o início esse enfermeiro em específico me foi apresentado como um bom interlocutor para conversar sobre os refugiados.

Deste modo, diferentemente da sala de espera dentro da UBS, as VDs no território suscitaram maior interlocução com trabalhadores e refugiados, e os últimos foram posteriormente entrevistados, em grande parte, devido à contatos prévios durante as VDs. Momentos de encontro planejados para abordar o acesso dos refugiados foram cenários inusitados, entre eles exposições, palestras e grupos de trabalho. Além disso, espaços informais foram essenciais para a troca de ideias e elaboração dessa pesquisa: conversas de corredor, caronas, pausa para cafezinho, almoços na copa da clínica.

Outras mudanças no percurso da pesquisa foram as entrevistas. O excesso de demanda e as greves tornaram complexo retirar um trabalhador de sua rotina para uma entrevista extensa. As entrevistas com refugiados foram desmarcadas mais de uma vez, pois eles preferiam que ocorresse em casa e foi-me exigido da unidade, desde o início do trabalho de campo, que sempre andasse na favela acompanhada de algum agente de saúde, devido às situações de violência crescentes na região. Algumas pessoas que havia marcado de entrevistar mudaram de cidade,

---

<sup>36</sup> Campeonato Mundial de Futebol.

<sup>37</sup> O bairro em questão é um bairro de classe média, sendo a área de moradia da maioria dos refugiados – a favela – um espaço dominado por facções ligadas ao tráfico de drogas, onde se vivencia situações de violência tanto por parte dessas facções quanto devido ao confronto entre elas e a polícia. É uma área onde algumas moradias são precárias, com construções muito próximas. Em algumas ruas há problemas com esgoto a céu aberto.

outras arranjaram empregos e passaram a não ter mais o horário comercial da semana para me encontrar.

#### **4.1 Clínica da Família: um cenário consolidado**

A CF em questão foi inaugurada em 2011, no período que podemos descrever como a “Grande Expansão da estratégia saúde da família no município do Rio de Janeiro” (SAFFER, 2017, p.44), quando a cobertura de ESF no município aumentou significativamente em um período inferior a dez anos. No bairro em questão não havia cobertura de ESF e o local onde a clínica se encontra era um centro social da Fundação Leão XIII, responsável por ações de assistência social do Estado do Rio de Janeiro, na época abandonado.

Em junho de 2018 o serviço contava com um gerente, seis equipes de ESF completas (médico, enfermeiro, ACS, técnicos em enfermagem), duas equipes de saúde bucal, uma equipe NASF com 05 trabalhadores (dois psicólogos, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta), alguns residentes da ENSP-FIOCRUZ, equipe administrativa, equipes de limpeza e vigilantes. O serviço oferecia consultas por demanda espontânea e por linhas de cuidado, bem como grupos de nutrição, hipertensão, dores crônicas e saúde mental (a maioria organizado por trabalhadores do NASF), além de envolvimento com ações na comunidade de prevenção e promoção à saúde (ações de dia das crianças, ações sobre IST e HIV/AIDS, etc.) e campanhas de vacinação.

As CF estão subordinadas a estruturas de gestão chamadas Coordenadorias de Saúde da Área de Planejamento (CAP). As CAP são centros que administram as áreas programáticas da cidade – forma de definição de territorialização adotada pela SMS do Rio, que divide a cidade dez áreas programáticas. Cada CAP possui um corpo de funcionários variados, que lidam com ações de apoio à implementação de políticas e organização do processo de trabalho nos serviços. As CAP têm uma certa autonomia na gestão das áreas programáticas, em relação ao núcleo da SMS: são financiadas via contrato de gestão, no qual são definidos o número de equipes que irão gerir/contratar, assim como uma série de metas a serem cumpridas por meio de indicadores. Possuem autonomia para fazer contratações e demissões, assim como alguma flexibilidade para o aumento de número de equipes. A CAP em questão tem área de abrangência de 14 bairros, sendo que abriga algumas das áreas de maior vulnerabilidade da cidade. No corpo técnico dessa coordenação existem profissionais encarregados de áreas técnicas e

programáticas, assim como apoiadores que realizam visitas aos serviços para discutir processos de trabalho, indicadores, estratégias de acesso.

A Prefeitura do Rio de Janeiro, desde o início da expansão da ESF, optou por um modelo de saúde baseado em Parcerias Público-Privadas (PPP), adotando as Organizações Sociais em Saúde (OSs) como forma de contratação e gestão do trabalho em saúde na atenção básica. Cabe ressaltar que esse modelo já existia no Brasil, mas focado principalmente nas contratações de trabalhadores em outros níveis de atenção, como hospitais (SANTOS, 2017), e que se tornou um modelo mais amplamente aceito para contratação na AB a partir das opções de Rio de Janeiro e São Paulo para a gestão das ESF.

As OSs são contratualizadas pela Prefeitura, de forma que cada instituição seja gestora de um número de CAP para a execução da saúde nas áreas programáticas. Dessa forma, temos diferentes OSs atuando na cidade, conforme a AP. Não há uma padronização. Importante destacar que o processo de contratação dos trabalhadores da clínica se dá por via das OSs, em regime de CLT. Cabe destacar aqui que o modelo de PPP vem responder a certas questões e demandas: legislações restritivas para contratação de pessoal, como a lei de Responsabilidade Fiscal, a agenda neoliberal que desde o início da era da redemocratização andou lado a lado com a expansão dos serviços do SUS e os argumentos sobre burocratização, ineficiência do Estado e dificuldade de oferecer salários competitivos para a fixação de trabalhadores (SANTOS, 2017). Destaco aqui as incoerências desse modelo em relação aos princípios e diretrizes do SUS (CARNEIRO, 2013), pois incidem na hierarquização do sistema de saúde, além de gerar uma flexibilização da gestão do trabalho, sem falar na precarização e terceirização das atividades.

## 4.2 O bairro

Como já foi mencionado anteriormente, a CF é localizada em um bairro na zona norte do município do Rio de Janeiro, próximo à Avenida Brasil, onde antigamente passava a Linha de Trem Leopoldina, que ligava a cidade a diversos municípios do Brasil. Além disso, a favela próxima à CF foi urbanizada a partir de um movimento da Federação das Associações de Favelas do Estado da Guanabara, no final dos anos 60, quando o pântano local foi drenado e os

barracos substituídos por casas. Assim como Fleischer e Batista (2014)<sup>38</sup>, acredito ser importante descrever o bairro onde a CF se situa, uma vez que descrição sobre seus entornos, equipamentos, comércios e residências ajuda a compreender o cenário específico onde essa pesquisa foi realizada.

Na favela há bares, mercados, padarias, lojas de utilidades e salões de cabeleireiros, estes últimos tendo congolezes que residem na região como proprietários, na maioria das vezes. Igrejas, sobretudo neopentecostais, compõe a mesma paisagem de uma associação de moradores, uma quadra de esportes e uma quadra de samba. Algumas casas que tive a oportunidade de conhecer eram pouco iluminadas devido a construções improvisadas (ainda que feitas com material como tijolos, cimento, etc.) e muito próximas umas das outras. Em todas as casas que entrei, independentemente de ter muitos ou quase nenhum móvel, havia televisão na sala. Na rua havia gatos e cachorros, sendo que em alguns locais podemos ver esgotos brotando do chão, e em algumas situações saltitar pelas calçadas estreitas tornava-se condição para acessar as casas. Algumas ruas, limpas, eram ocupadas por moradores que montavam suas cadeiras de praia para conversar com os vizinhos.

Segundo relatos de moradores, nos últimos anos a favela começou a sofrer com a violência constante entre facções do tráfico e com a entrada da polícia, pois há uma disputa territorial na região, já que ela dá acesso a uma outra favela, maior, de maneira que a violência que ali estoura seria um efeito das tentativas de dominação da outra região. Devido a esse fenômeno local, muitas vezes fui impedida de acompanhar as VDs com as equipes, pois fomos impossibilitados de entrar na comunidade. Inclusive, uma das salas da CF teve sua estrutura prejudicada devido a um tiroteio. Ainda nos primeiros meses do trabalho de campo, topei com um policial armado com um fuzil quando descii do ônibus e caminhava em direção à CF, sendo que ele perguntou onde eu estava indo com a arma apontada para mim. Ele permitiu minha passagem, já que expliquei para onde estava indo e a CF não ficava dentro da favela, apenas na entrada. Muitos carros, armas e policiais ocupavam o local, de maneira que neste dia não pudemos realizar as VDs.

---

<sup>38</sup> No artigo das autoras citadas, elas acompanham um grupo de ginástica que acontece nos fundos de um centro de saúde em Guariroba, bairro de Ceilândia – DF. As autoras inicialmente buscaram investigar o grupo de hipertensão e diabetes, mas viram que serviam mais como instâncias técnico-burocráticas, e assim chegaram a um inusitado grupo de ginástica, onde as relações se estabeleciam de forma mais horizontalizada. Ao situar o bairro, explicam os outros equipamentos e grupos destinados à ginástica ali presentes, assim como os motivos pelos quais alguns moradores optavam por atender ao grupo *do postinho*. Ao contextualizar a história do bairro, de seus habitantes e as formas de sociabilidade ali presentes, destacam a relação profunda entre território e vivências de seus moradores. Da mesma forma, realizo esse esforço nessa seção.



Outra interrupção na circulação espacial pelo território ocorreu nos últimos meses do trabalho de campo, desta vez ao sair da CF e devido à presença de jovens supostamente ligados ao tráfico de drogas. Trabalhadores gritavam para usuários que estavam na rua entrarem na clínica, a porta foi trancada logo após e observamos três adolescentes, um deles armado com um fuzil, os outros dois com pistolas, abordando todos os carros que passavam pela rua, apontado as armas para os motoristas. As ACS me disseram que durante a noite, no final de semana, às vezes ocorria esse tipo de abordagem, embora nunca a tenham presenciado de dia e durante a semana. Todos os entrevistados fizeram referência à violência do território como um fator que os faz sentir inseguros.

Uma congoleza me relata que se sente ainda mais insegura por morar só com seus filhos pequenos, enquanto a ACS Lucia me relata que uma outra refugiada disse para ela: *de onde eu vim não tem tiro como aqui*. Ainda que os relatos sejam de medo e preocupação com a violência do território, cerca de 300 congolezes e angolanos residem no bairro, muitos dentro da favela, na maioria das vezes em casas que compartilham com outras famílias. Ou seja, o acesso à habitação é um elemento central no acolhimento de refugiados no território nacional, do mesmo modo como a saúde. A própria definição de refúgio aponta para a possibilidade de a pessoa ter sido vítima de violências e violações variadas, de maneira que estas situações ameaçadoras à integridade física no local de moradia dos entrevistados indicam mais continuidades do que discontinuidades em seu processo migratório.

Tannuri (2010) realizou uma extensa etnografia com grupos de refugiados congolezes que residem no Rio de Janeiro, muitos no bairro em questão. Ao perguntar a eles como se deu a territorialização deste grupo na região, tem o relato de que o início da fixação ali foi por volta de 1999:

*Aqui [no bairro] as pessoas tinham medo de ficar porque era favela. Mas, aos poucos, chegaram outros e vieram as famílias que estavam morando no Centro, porque os aluguéis tinham ficado muito caros. De 2000 a 2002 ainda eram os congolezes que se mudaram do Centro da cidade que vinham pra cá. Do final de 2002 em diante começaram a vir cada vez mais recém-chegados do Congo, direto para essa área de [nome do bairro] (...) (idem, p.203, grifo meu).*

Os relatos colhidos pela pesquisadora em questão, no ano de 2009, parecem ainda refletir a realidade atual da distribuição de refugiados congolezes no Rio: concentração no bairro em questão e no município de Duque de Caxias, além de alguns grupos menores em ocupações no Centro. De fato, refugiados mais antigos chegaram a me relatar que residiram no Centro por algum tempo, antes de se mudarem para o bairro.

O papel da especulação imobiliária na mudança dos refugiados para zonas de favela e conflito deve ser destacado. O mesmo ocorre com parte da população do Rio de Janeiro, que devido a valores cada vez mais caros de habitação da cidade, sobretudo na época prévia a Olimpíadas e Copa do Mundo no Brasil, tiveram que ir para zonas cada vez mais distantes da região central. Hoje, poucos refugiados residem na região do Centro ou em bairros da Zona Sul. Ainda que os números não sejam precisos, há grupos de refugiados, migrantes e solicitantes de nacionalidades diferentes em Curicica, Santa Cruz, o bairro em questão, Jardim América e nos municípios da Baixada Fluminense.

A relação dos congoleses com o bairro se destaca na fala de algumas ACSs, que relatam que chegaram a ver *caminhões cheios de congoleses* chegando à região. O estabelecimento dos congoleses na região se deu, segundo Tannuri (2010), a partir das redes de sociabilidade que iam se criando ao redor dos salões de cabeleireiro pertencentes a congoleses. Além disso, em 2006 se estabeleceu na região uma igreja neopentecostal cujo pastor é congolês. Segundo um dos entrevistados, alguns congoleses já vêm para o Brasil sabendo sobre a região, por terem amigos ou contatos ali. Ainda assim, alguns companheiros avisam representantes de uma associação de refugiados congoleses quando algum conterrâneo aparece na Cáritas sem saber para onde ir. Um dos meus entrevistados diz que eles vão até lá acolhê-lo e que muitas vezes trazem para morar por uns dias em suas casas. Da mesma forma, o pastor congolês chega a abrigar ou auxiliar financeiramente o aluguel de alguns de seus fiéis congoleses. Ouvi relatos que outras igrejas neopentecostais, presididas por brasileiros, também ofertam cestas básicas e ajuda para o aluguel por um tempo específico para alguns refugiados que frequentam suas igrejas. Angolanos também vêm por essa rede de contatos, e pude observar que muitos angolanos eram amigos de congoleses. Em outras palavras, o acesso à habitação pode ser mediado por líderes comunitários também, não só o acesso à saúde, sendo que o processo migratório de africanos – congoleses principalmente, mas também angolanos – para o bairro no qual se situa a CF envolve não só a mediação de pastores e donos de salões de cabeleireiro, como também da própria Cáritas.

A ACS Lucia, mencionou o *bar dos congoleses* como espaço de sociabilidade que se soma às igrejas e salões, sendo que segundo ela, apenas congoleses e angolanos o frequentam e que lá se comunicam *na língua deles: parecem estar sempre brigando, mas não sei se é apenas o jeito de falar ou se, de fato, estão discutindo acaloradamente*.

Situar e se aprofundar nos conflitos da RDC é uma tarefa árdua. Conflitos e tensões políticas e sociais que se estendem desde o período da guerra de independência (a independência foi declarada em 1960), marcados em sua gênese pela herança da administração

e da violência colonial (tendo sido *posse pessoal* do rei Leopoldo II da Bélgica entre 1877 e 1908, definido pelo tratado de Berlim<sup>39</sup> (1855), e depois colônia da Bélgica, entre 1908 e 1960), pela influência de superpotências em disputa pela hegemonia das ex-colônias em plena guerra fria, além da disputa econômica em torno do controle de zonas ricas em minério, desenham um quadro deveras complexo. São diversos atores, países, grupos políticos, empresas internacionais, grupos étnicos e pontos de vista envolvidos na construção e manutenção de um conflito que dura, na sua versão mais contemporânea, mais de 20 anos.

Em relação a Angola, relatórios da *Human Rights Watch* e matérias jornalísticas apontam que, apesar de a guerra civil ter sido finalizada em 2002, e o governo de quase quatro décadas (1979 – 2017) de José Eduardo Santos ter finalmente terminado em 2017, as violações de direitos humanos e perseguições políticas por parte do governo seguem ocorrendo, mesmo com o novo presidente, José Lourenço. Meu objetivo nessa etnografia não será me debruçar sobre detalhes dessa complexa teia de conflitos nos dois países, mas o aprofundamento desse tema pode ser feito em Tannuri (2010), Valenzola (2013), Haydu (2017), Human Rights Watch (2018)<sup>40</sup>, e na reportagem do Nexo Jornal (2016)<sup>41</sup>.

## **5 DIVERSIDADE DE ATORES: PERCEPÇÕES PLURAIS SOBRE O ACESSO DE REFUGIADOS À SAÚDE**

Se no capítulo anterior foi importante apresentar o cenário no qual essa etnografia em serviço de saúde foi conduzida, consolidado (Ferreira e Fleischer, 2014) por se tratar de uma CF e envolver acompanhamento de VDs, agora me deterei na percepção dos diversos atores que compõem esse cenário, começando pela percepção<sup>42</sup> do gerente da CF sobre direito e acesso à saúde dos refugiados, seguindo para a dos trabalhadores, dos líderes comunitários, terminando com a dos próprios usuários-refugiados. Os relatos sobre como começou o atendimento compõem um quadro muito valioso para pensar a necessidade de flexibilidade nas ações de atenção básica.

A história do encontro dessa CF com a população refugiada do território me foi narrada inúmeras vezes ao longo desse mais de um ano, mais intensamente no semestre em que

---

<sup>39</sup> Tratado de Berlim foi um documento assinado pelas potências europeias da época e o Império Otomano e que tinha por objetivo fazer a partilha dos domínios coloniais na Ásia e África.

<sup>40</sup> Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/world-report/2018/country-chapters/313260> Acesso em: 12 fev. 2019.

<sup>41</sup> Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2016/Os-novos-refugiados-de-Angola> Acesso em: 12 fev. 2019.

<sup>42</sup> As discussões acerca do conceito de percepções foram apresentadas no Capítulo 3.

desenvolvi o trabalho de campo. A história parece se referir a um desejo de promover o acesso à saúde a uma população até então dele excluída, explicitado por alguns trabalhadores e principalmente o gerente.

### 5.1 Tornando uma população visível para o sistema de saúde: entrevista com o gerente

O gerente, Roberto, não sabia sobre a população refugiada no território quando iniciou suas atividades, em 2016: *Eu cheguei aqui em 2016... 4 anos que a clínica funcionava e nenhuma relação mais próxima com eles. E aí a gente tentou se aproximar, não conseguimos muitas vezes.* Quando notaram a presença desse segmento populacional no território, ele e outros trabalhadores passaram a se perguntar porque não acessavam a clínica, realizando contato com a Cáritas, em seguida tendo sido convidados a participar de uma Feira da Saúde, realizando o cadastramento da população no local. As Feiras de Saúde são ações desenvolvidas pela Cáritas em parceria com a SMS, nas quais acontecem palestras sobre saúde e cadastramento da população conforme sua residência.

Após a Feira, tentativas pontuais de se aproximar dos refugiados a partir de visitas domiciliares fracassaram, pois muitos deles olhavam o serviço com desconfiança, imaginando que era pago e que a cobrança chegaria, uma vez que precisavam fornecer seus endereços: *eles vinham, a gente chegou a fazer algum movimento de conversas, e eles falavam “não, é gratuito porque não paga agora, mas vai chegar uma correspondência lá em casa cobrando” isso tinha muito.*

Outro fator que comprometia a vinculação teria sido, também, a postura de uma das lideranças comunitárias locais. O pastor congolês, que possui um estabelecimento comercial e uma igreja neopentecostal na região, parecia desconfiado das intenções da unidade de saúde:

*Ele não sabia ao certo o que que a gente queria, se era possivelmente avisar a Polícia Federal que eles tavam irregulares, sem documentação, essas coisas. Ele vai acolhendo as pessoas que chegam e as vezes tem gente que demora pra se regularizar. Acho que a preocupação dele era essa. E das pessoas de ter alguma cobrança do serviço [financeira].*

Uma vez que essa liderança é de extrema importância para um dos grupos de refugiados da região, a falta de sua autorização ou estímulo ao acesso parece ter contribuído para essa desconfiança por parte de usuários. Essas primeiras barreiras de acesso à saúde são apontadas

na literatura sobre o tema: o desconhecimento sobre os direitos no país de acolhida, a preocupação em relação ao pagamento, o medo de ser preso (RECHEL et al, 2013; GRANADA et al, 2017).

Nesse primeiro momento, os trabalhadores da CF ainda não haviam compreendido que a aproximação a um líder comunitário poderia ser um grande passo para vencer algumas das barreiras de acesso acima descritas. Alguns poucos refugiados acessavam o serviço, alguns deles não eram frequentadores da igreja, mas parecia haver um hiato, um descompasso entre o (não) planejamento da clínica em relação a recepção dessa população e suas demandas:

*Mas como a gente tinha pouca coisa pra ofertar, ou pra que pudesse explicar e entender como funciona o serviço, então eles vinham numa demanda, muitas vezes essa demanda não era resolvida imediatamente, criava uma insatisfação maior... vinham mais por quadros mais agudos. Foi difícil entender que a gente precisava se aproximar de uma liderança. E essa liderança foi o pastor.*

Aqui destaco a importância no conhecimento do território para a compreensão das dinâmicas locais. Fato é que conhecer um território não diz respeito apenas a enumerar suas instituições, nem a somente listar membros da população e suas condições específicas de saúde. A vivência das pessoas, a abertura dos profissionais para conhecer de forma efetiva as condições de vida que transcendem moradia é essencial. Para o gerente, apenas a partir da localização da importância da figura do pastor congolês foi possível estabelecer um encontro com a população refugiada, ou ao menos a uma parte dela. Essa negociação envolveu diversos momentos, desde a identificação dessa figura, o reconhecimento de sua importância, até o momento em que se estabelece o acesso à CF.

O registro do local de moradia dos refugiados também foi apontado como uma barreira de acesso à saúde dos refugiados: [...] a maioria deles, um outro problema, não tinha endereço. Não tem endereço, não é atendido. “ah, não é da nossa área” [trabalhadores falavam], assim ia se criando, junto com preconceito, uma barreira de acesso.

Essa barreira viria a se tornar um ponto de tensão entre o gerente da unidade e alguns trabalhadores. Alguns moradores do bairro não pertenciam às áreas de atenção da clínica, de maneira que o fato de os refugiados se mudarem muito - muitas vezes passando de casas dentro de certas microáreas para espaços exteriores a elas - parecia justificar para alguns trabalhadores o não atendimento dessa população. Soma-se a isso o fato de que o sistema que operava na época nos computadores da unidade só concluía o cadastro definitivo com a inserção de um endereço. Além disso, o pastor estabeleceu como condição para assumir um papel de mediação

o atendimento dos refugiados fiéis moradores do município vizinho – este com menos de 20% de cobertura de saúde da família – no qual também dirigia uma igreja.

O endereço do estabelecimento comercial cujo proprietário era o pastor passou a ser inserido no cadastro de refugiados que não pertenciam às áreas adscritas, tornando possível contá-los como pertencentes ao território e permitindo seu acesso em termos administrativos à clínica. Quando questionado sobre os comprovantes de residência poderem configurar uma barreira para o atendimento de populações em situação de vulnerabilidade, o gerente respondeu:

*É a mesma coisa que a gente faz com as pessoas em situação de rua. [...] conseguem fazer o cadastro, mesmo sem o comprovante. Não tem resistência de comprovante não. A questão era que a gente precisava saber em qual equipe ele ia ser acompanhado. A gente atendia, via o endereço, “ah ele fica mais na região tal, na rua tal, da equipe tal que vai acolher”, não tinha um endereço determinado, mas um local onde ele circulava. [...] com eles a gente pedia o endereço porque vinha gestantes, hipertensos, paciente que faz tratamento de HIV e sífilis, e a gente precisa ir atrás se ele não vier tomar medicação, tem que fazer busca ativa... aquela coisa toda. Então o endereço vinha pra dar o norte.*

Deste modo, além da desconfiança dos refugiados, os documentos muitas vezes funcionam como barreiras de atendimento nos serviços de saúde:

*Eles não queriam dar o endereço porque não moravam aqui. Se desse o endereço, a gente poderia não atender. Ai o que eu fiz com o pastor era isso, quem não mora aqui bota o endereço do [estabelecimento comercial]. Mas eu preciso saber quem não mora aqui. Por que eu preciso saber? Porque se for uma gestante que não mora aqui, eu vou precisar do apoio da liderança pra falar com ela caso a gente tenha um exame alterado e a gente não consiga achar ela no território. Nesse sentido o pastor me sinalizou “essas pessoas são cadastradas aqui, mas não moram aqui”, então dava o número, cadastrava e já sabia quem não morava. As vezes chegava alguém e a ACS falava “ah essa aí mora ali no [estabelecimento comercial]”, já sabia que não morava aqui, mas tinha o cadastro dela.*

Por outro lado, é importante destacar a preocupação de trabalhadores com o desfecho de certos casos clínicos, destacando aqui que há uma responsabilização sobre os mesmos de situações com desfecho em óbito, mesmo que tenha sido prestada uma única consulta ao usuário:

*Tem uma questão de responsabilização, de se acompanhar uma linha de cuidado, como acontece aqui várias vezes, de paciente vir a óbito, mas não mora na área, mas deu o endereço da área, e a gente tem que responder. Nos perguntam se tratou, se morava aqui... por exemplo alguém que se trata aqui, mas é de cidade alta, trabalha no tráfico, mudou o tráfico e agora ele não pode subir, a mulher tá grávida, e você quer que eu faça o quê? Não, não vamos fazer o pré-natal porque não mora na nossa área...? Mas aí ela perde o neném e a culpa é nossa. **Vem com dedo mesmo, a culpa é de vocês, porque não fez a visita? Ah, mas não mora na área. Ah, então porque atenderam? Por que atenderam então? Atendemos porque lá não conseguia***

*atendimento. Tem uma flexibilização que eu acho.... Eu acho o seguinte. Dividir por território, fazer uma base territorial, adscrito, tudo mais, é interessante porque você tem aquela população pra atender, entendendo como 100% de cobertura, é ótima essa lógica. Essas barreiras são espaços delimitados por uma questão lógica, assim... pra você pensar uma ideia de cuidado, mas não tem como criar um muro dessas barreiras. Ele [o usuário] vai circular. Porque se desentendeu com o médico do outro lado, porque não pode acessar lá... com o tráfico rola direto. O HIV é um exemplo clássico. O cara não quer ser atendido na unidade de referência dele porque a ACS é vizinha dele e não quer que saiba que ele é soropositivo. (grifo meu)*

Parece haver um conflito entre a busca da garantia do direito à saúde e a responsabilização sobre qualquer desfecho de óbito. A percepção do gerente sobre o princípio de regionalização do SUS, que depois veremos, difere do entendimento de alguns trabalhadores, pois aparenta ser guiado por uma ideia de que o direito à saúde deve estar acima do território adscrito, que pode se tornar uma barreira quando não se respeita a autonomia do usuário em escolher onde será acompanhado, o que ocorre não apenas em relação a refugiados, mas em diversas situações complexas com a população brasileiras também. Essas complexidades envolvem, entre outras situações, a circulação das pessoas, chamando aqui a atenção que não apenas os migrantes circulam, mas também a própria população brasileira.

Quanto à culpabilização em casos que vêm à óbito e que foram atendidos mesmo sendo de outras áreas, comenta:

*O conselho talvez deles, mesmo que informal [da SMS] é se essas pessoas não são suas, você não tem que fazer o acompanhamento delas. Pode até atender de forma pontual, mas tem que referenciar pra clínica de referência. O que eu costumo fazer é mandar um e-mail [pra SMS] informando que a gestante x de tal território está sendo acompanhada com a gente. Mas que realmente a gente vai pedir apoio a outra clínica porque tem questões que não vamos conseguir fazer. Faço isso pra respaldo dos profissionais. Pra não cobrarem dele o que não é total responsabilidade deles.*

Em relação aos refugiados, segue o mesmo procedimento: informa por e-mail as pessoas que atende, mas que pertencem a outras áreas. Refere que acredita que poucas pessoas estão pensando essas questões na SMS, e que na CAP ninguém está envolvido com isso no momento: *Teve algum bafafá com a vinda dos venezuelanos [em um bairro da mesma área programática], mas um bafafá mais ou menos, meio que “segura que o filho é teu”, mas ninguém foi lá pensar junto na clínica.*

O que se estabelecia no âmbito da CF, a partir do encontro com os refugiados, era uma abertura ao acesso que se firmava a partir do contato com o gerente. O pastor telefonava para ele ou acompanhava alguns usuários às consultas. Da mesma forma, outra liderança foi surgindo no território como importante para o acesso, um refugiado congolês que reside no Brasil há mais de 20 anos, Pedro. Pedro é presidente de uma associação de refugiados, possui

um salão de cabeleireiro e reside no bairro em questão há mais de 10 anos. Esta liderança parece se relacionar com um outro grupo de refugiados, que não frequenta a igreja neopentecostal do pastor. Ao que pude perceber em campo e em contato com membros desse outro grupo, há diferentes vinculações entre eles, que não passam necessariamente pela religião (nesse grupo pude constatar a presença tanto de batistas quanto de frequentadores das igrejas neopentecostais Assembleia de Deus e da Universal do Reino de Deus). Essa segunda liderança também se apoia em telefonemas para o gerente e no acompanhamento à clínica de refugiados, sobretudo aqueles que ainda não falam português. Pude notar que a vinculação à clínica estabelecida por essa segunda liderança não era uma questão tão forte quanto a vinculação estabelecida em torno da figura do pastor, talvez por contar com menos pessoas a serem levadas aos atendimentos.

A narrativa de Roberto sobre o acesso à saúde dos refugiados à CF destaca também a resistência das ACS em realizar o cadastro:

*Outro fator gritante, eram os ACS, a fala dos ACS: “eles estão chegando em caminhão, são jogados na nossa área, e ainda querem atendimento aqui”, como se eles não fizessem parte disso aqui, como se estivessem tomando o lugar deles, de trabalho, de tudo, então essa era a fala bem raivosa dos ACS que moravam na comunidade.*

Como forma de sanar essa resistência inicial atribuída às ACS em realizar o cadastramento, a Cáritas visitou a CF para esclarecer questões referentes ao refúgio:

*Então eles tiveram aqui três encontros: a gente fez dois encontros, e a caritas veio fazer um. A gente fez rodas, encontros com ACS, com o que a gente tinha lido, minimamente, não sabíamos muita coisa ainda... e no terceiro a Caritas veio. Fizemos uma fala pra tentar desconstruir. Eles se sensibilizaram um pouco no sentido de entender o que era o refúgio, que eles não tão vindo pra cá porque eles querem, e tudo que isso gera, mas mesmo assim ainda ficou alguma coisinha. **A caritas vindo deu um embasamento, uma força, porque a caritas veio e abriu as situações de refúgio. Isso já deu uma “opa, não é só aqui que acontece isso, não é só nesse bairro, nesse cantinho do mundo, que acontece isso”, e passaram a ter uma dimensão maior.***

Destaca-se aqui a função mediadora das instituições em questão: da igreja neopentecostal no acesso à CF por parte dos usuários e da Cáritas na crescente sensibilização da equipe em relação ao direito à saúde de refugiados. Ainda assim, cabe destacar que em diversos momentos houve críticas importantes e contundentes às instituições que lidam com o refúgio feitas pelos próprios refugiados, assim como nas pesquisas de Facundo (2014) e Haydu (2017).



Apesar dos esforços da CF e de outras instituições, o gerente conta que ainda assim o pastor não se sentia confortável, desconfiava principalmente da figura do gerente, e apenas quando ele e algumas trabalhadoras do NASF foram em um culto da igreja, em um domingo, ele se abriu:

*Esse movimento [de ir na igreja] favoreceu muita coisa. Só que assim, aí abriu as portas, arrombamos a porta para eles entrarem, só que aí esse foi o primeiro passo pro acesso, mas o acesso não era só esse. O problema do acesso não é só eles acessaram a unidade e conseguirem uma consulta. Isso é o primeiro passo. O segundo passo é eles entenderem o funcionamento da unidade, como funciona exames, encaminhamentos, como seria o cuidado deles, a partir dos costumes, da cultura e tudo mais. Isso foi um segundo problema, um segundo momento que foi bem difícil. As questões que eles traziam, as singularidades, a questão emocional, de vivência, que a gente achava difícil pescar e perceber, o idioma, os costumes né, de a mulher ter que fazer um exame preventivo ginecológico antes de ter uma relação com seu marido, tem algumas questões... e não pode ser com o enfermeiro homem, e não pode ser assim, tem que ser assado.*

Conta que esses desencontros, sobretudo em relação às temporalidades, passaram a ser frequentes pontos de conflito entre trabalhadores e refugiados. Os usuários-refugiados exigiam que fossem atendidos no dia, que realizassem seus exames na hora: *a espera era zero. A gente tinha as vezes ali pra consulta, cinco ou seis pessoas esperando, até mais, a pessoa vai entrar, vai ser atendida na vez dela, [mas refugiados falam] “se não for agora, não quero”*. Muito recorrente isso.

Também conta que possui uma percepção de classe diferente sobre esses sujeitos: embora vivam em situações precarizadas, acredita que faziam parte de uma certa burguesia no congo, pois alguns narram que já tiveram maior poder aquisitivo em seus locais de origem, além de que muitos dos africanos do território vieram por via aérea, pagando uma cara passagem de avião.

A percepção do gerente é que houve mudanças na situação socioeconômica dos refugiados residentes no bairro. Embora vivam em situações precarizadas atualmente, acredita que faziam parte de uma *certa burguesia* na RDC, pois alguns narram que já tiveram maior poder aquisitivo em seus locais de origem, além de que muitos dos africanos do território vieram por via aérea, pagando uma cara passagem de avião. De fato, muitos refugiados que encontrei durante a pesquisa estão em situações precárias, residem em favelas, têm dificuldades financeiras e estão desempregados ou possuem trabalhos instáveis. Falavam muito disso. Mas também apontavam que possuíam outras formações profissionais, atuações ou vivência em seus países de origem (ou nos países para os quais migraram antes do Brasil), como Hugo que era formado em relações internacionais e depois fora comerciante, Pedro formado em educação

visual e oficial do exército, ou Patricia, que era técnica em laboratório, mas hoje está desempregada. O impacto da mudança no status socioeconômico parece ser alto em termos psicológicos, como podemos ver na entrevista com Pedro. Além disso, essa vivência anterior em uma melhor condição socioeconômica poderia influenciar a hipótese de trabalhadores de que acessam os serviços como consumidores algumas vezes, devido ao tipo de exigência que colocam sobre os serviços.

Roberto comenta que muitos africanos vêm de outras localidades para ter atendimento na CF, mas que não tem esse levantamento pois o sistema anterior<sup>43</sup> não puxava os dados por nacionalidade, fazendo com que o trabalho tivesse que ser manual, olhando ficha por ficha: *Assim, igual uma agulha no palheiro*. De qualquer forma, conseguiram extrair do sistema ao menos 156 refugiados cadastrados, mas estima que são em torno de 300. Quanto à mudança de sistema para o e-SUS<sup>44</sup>, aponta uma vantagem: quando de fato interligarem o sistema, o que ainda não ocorreu, vão conseguir ver pelo nome ou pelo cartão SUS se a pessoa já foi cadastrada em outro local. Ainda assim, o novo sistema também não gera o relatório de quem é refugiado, estrangeiro ou por nacionalidade, pois é um sistema que o gerente considera muito simples: nem mesmo tem um campo para descrever o que ocorreu nas visitas domiciliares. Dada a importância dessa ação, o fato de ela aproximar de um jeito único trabalhadores de usuários, além do reconhecimento da mesma como espaço de troca e vinculação<sup>45</sup>, como eu mesma pude observar nas VDs que acompanhei, também me parece um problema grave.

Pergunto sobre como estão dando conta deste hiato no sistema, e o gerente me conta que a gestão sugeriu que todas as evoluções de VDs fossem feitas em papel: a solução é anotar tudo num papel e arquivar um milhão de fichas. O que soa inadequado, uma vez que o objetivo do e-SUS é melhorar o acesso às informações de saúde dos usuários em qualquer localidade ou ponto da rede de atenção que acessem, colaborando com a ideia de integralidade do cuidado.

Durante a entrevista, também perguntei ao gerente, especificamente, sobre quais são as principais demandas de refugiados. Ele conta que são queixas agudas (dores, febres, gripe), eventualmente consultas de pré-natal, em menor procura, exames preventivos. Sobre a frequência no pré-natal, aponta que existem algumas faltas, mas não relaciona isso ao fato de

---

<sup>43</sup> Prime é um sistema operacional que até 2018 era utilizado nessa CF.

<sup>44</sup> E-SUS AB é um software desenvolvido pelo Ministério da Saúde: “o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico”. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>. Acesso em: 12/02/2019

<sup>45</sup> Isso aparecerá na fala de alguns líderes comunitários e refugiados-usuários

serem refugiadas, mas sim a outras questões, como o trabalho e outras complexidades da vida, da mesma forma que ocorre com gestantes brasileiras que, com alguma frequência, precisam faltar a essas consultas. Em relação aos exames preventivos, comenta que percebeu uma busca discretamente maior por esse exame depois que mudaram quem realiza o exame nas refugiadas (antes, um homem, agora, uma mulher). Pergunto sobre hipertensão, pois ouvi que muitos são hipertensos, ao que me responde afirmativamente, mas comenta com perspicácia e humor que todo território é hipertenso. Ele acredita que ainda há muito o que avançar para que se superem barreiras ao acesso, assunto sobre o qual perguntei especificamente também. Afirma que a temática do refúgio não deve ser tratada de forma pontual, mas de forma permanente nas equipes – o que se torna um problema, pois eles não têm tempo para se dedicar tanto assim ao tema. Quanto ao acolhimento, comenta que sempre foi um nó no serviço, não apenas para os refugiados.

Comenta, então, que um dos dificultadores do acesso poderia ser o fato de os refugiados desejarem consultas imediatas, e que isso tem se tornado um problema muito frequente não só com essa população, mas com brasileiros também, que muita gente tem vindo à CF em busca de consultas e dito que não vai esperar, frente à demora no atendimento, e ido embora. Em outras palavras, as demandas dos refugiados e as barreiras ao acesso dos mesmos convergem, em grande parte, com aquelas dos demais usuários da CF.

Sobre os nós do acolhimento, pergunto sobre a ideia de que alguns ACS seriam barreiras ao acesso aos profissionais, por estarem no acolhimento (ainda no modelo atual):

*Isso foi ao longo do tempo se construindo. Porque ele ficou com uma responsabilidade muito grande que não é dele. De ter que resolver aquele pepino ali de não marcação daquela consulta. Ele que dá a cara a tapa. E o problema é que ele cria estratégia pra agir assim, a partir disso: se eu sei que nesses casos o doutor fala que tem que marcar, quando chegar o caso desse tipo eu nem vou mais falar com o doutor, eu vou agendar. É uma estratégia que tem de não perturbar a equipe e tentar ser resolutivo. O problema é que ele se expõe com isso, e isso é um erro nosso. E não dá pro cara sair daqui sem nada, sem nenhum tipo de perspectiva de atendimento, ou a sensação de resolver aquele problema. Agora, o acolhimento sempre vai ser um nó. Porque pouco se discute sobre o acolhimento. Pouco se fala sobre. Só se taca pedra mesmo. Que é despacho-terapia, não sei que. É acesso avançado, é acesso isso, é acesso aquilo, todos eles têm problema.*

Conta também sobre suas percepções sobre a relação entre os trabalhadores e o público refugiado, se todos se sentem à vontade, se há problemas, e se ele pensa que essas relações (refugiados-usuários e trabalhadores) poderiam melhorar a partir de diretrizes da gestão:

*Tem muito também do profissional. A gente ainda vive isso. Da vontade de cada um. Vontade do prefeito, do coordenador, minha ou dos profissionais de fazer alguma*

*coisa, ou da característica do profissional de te receber e te ouvir, com mais ou menos paciência... tem muito do profissional também. Isso é difícil pra caramba. Vem também da formação que ele traz. Tem muita falta de espaços de educação permanente. Isso sim poderia fazer diferença.*

Em relação à discriminação, Roberto comenta que isso pode sempre acontecer, mas que nunca recebeu nenhuma ouvidora sobre discriminação racial. Segundo ele, no início havia preconceito pelo fato de refugiados serem estrangeiros, mas que não percebeu nada relacionado à questão racial, lembrando que no lado de fora da clínica existe um cartaz falando da criminalização do racismo. Já em relação a ser estrangeiro, disse que já presenciou na fala das ACS *porque não vão ser atendidos no país deles?* Mas que não tem ouvido nada disso há bastante tempo.

Ao final da conversa, o gerente conta algo que está tentando fazer a partir de demandas de refugiados e do pastor: inclusão de refugiados crianças e adolescentes no SISREG<sup>46</sup> para encaminhamento para circuncisão. Explica que para os congoleses a circuncisão masculina é um elemento social muito importante, sendo que só são autorizados a casar se tiverem passado por esse procedimento. Conta que normalmente levam os bebês para São Paulo para realizar o procedimento lá, mas que muitos não tiveram recurso para fazer a viagem, e agora há diversos meninos não circuncidados, gerando um problema para a comunidade, uma vez que a circuncisão de crianças muito pequenas pode ser um processo simples, ambulatorial ou feito de formas tradicionais como com gilete, mas com o avançar da idade exige uma cirurgia mais complexa, com um pós-operatório muito dolorido. Conta sua estratégia:

*A ideia é colocar no sistema como uma necessidade, embora não necessariamente tenha a indicação clínica de algum problema para tal. **Porque é uma necessidade né, necessidade cultural, mas necessidade.** Só vai avaliar a idade, essas questões, informar... falar com os médicos para passar por aqui, porque precisa de risco cirúrgico, exames e tal. Pra já deixar essas coisas encaminhadas. (grifo meu)*

Disse que conversou com a responsável pela maternidade que realiza tal procedimento, e que esta riu muito da situação e disse: *mas a gente não tem fluxo pra isso! Cada coisa que me aparece!* Contou também estar conversando com uma gestora do município para tentar viabilizar um fluxo oficial, caso contrário dependeria de brechas no sistema a partir de contatos pessoais para realizar tal procedimento. Conta estar insistindo para que se crie um fluxo oficial, que leve em conta a necessidade dessa população, pois *é essa coisa, hoje eu tô aqui e amanhã não, tem que ter um fluxo independente do amigo de não sei quem*<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Sistema de regulação para a média complexidade disponibilizado pelo SUS.

<sup>47</sup> Na mesma semana dessa entrevista, o gerente foi transferido de CF no meio de uma greve.

## 5.2 Acesso em ato: percepção dos trabalhadores sobre suas interações com pessoas em situação de refúgio

Nessa seção irei abordar como foi o acompanhamento que realizei com os trabalhadores. Ao seguir seus passos pelas ruas do bairro, tive a oportunidade de interagir com eles de forma mais aprofundada, tendo acesso às suas percepções e às histórias que contam. Dessa forma irei abordar primeiro as visitas domiciliares, o espaço do grupo de trabalho sobre saúde de refugiados que acompanhei e por fim a entrevista que realizei com o enfermeiro da equipe em que me inseri durante o campo.

### 5.2.1 Visitas domiciliares: acesso em movimento

Minha primeira visita domiciliar ocorre ainda em junho, na companhia do enfermeiro Lucas, ACS Alice e residentes. É uma manhã ensolarada, parcialmente quente – o inverno do Rio de Janeiro, ainda que para mim não seja propriamente inverno, ameniza um pouco o castigo dos dias ferventes – e noto a expectativa dos trabalhadores em me levarem para *ver os refugiados*. No caminho, entre atendimentos de brasileiros acamados e realização de curativos – amputações, feridas que dificilmente cicatrizam, úlceras -, entremeados com momentos em que familiares nos servem café e conversamos sobre as últimas notícias, os trabalhadores falam que existem muitas gestantes congolezas no território.

Os trabalhadores me apontam, pelas ruas, comércios locais, a associação de moradores e salões de cabeleireiros que são propriedade de congolezes. Passamos em um desses, mas não há ninguém. Andando pelas ruas, passamos pela frente da casa de um casal de refugiados (Leticia e Manuel), abordados pelo enfermeiro, dizendo que os aguarda na próxima consulta de pré-natal. Os trabalhadores contam que a gestante está com anemia, como outras gestantes que também são congolezas. Além disso, segundo o enfermeiro Lucas, nem sempre o companheiro dela os recebeu com um sorriso nos lábios – ele costumava ser agressivo, turrão quando ia à clínica. Esse companheiro gritou com os trabalhadores por conta do atendimento de sua esposa estar demorando muito a acontecer, o enfermeiro entrevistou levando-o para dentro de uma sala e

dizendo: *agora vamos conversar de preto pra preto*. Depois disso, Manuel se acalmou e hoje é simpático e colabora com os trabalhadores da clínica.

Ou seja, meu acesso às pessoas que dividiriam comigo sua percepção sobre acesso à saúde passou por uma conversa com gestores, trabalhadores e refugiados inicialmente, não com líderes comunitários. A interlocução presencial e virtual com o gestor se desdobrou primeiramente em uma visita frustrada à reunião de equipe do serviço de saúde, mas após foi possível à integração parcial à uma das equipes de saúde da família que mais atendem refugiados, a partir do acompanhamento de VDs.

Já nos primeiros contatos, um tema que voltará a ser mencionado se apresenta nas conversas: a demora no atendimento. Essa percepção sobre o acesso à saúde por parte dos refugiados se conjuga a outra peculiaridade dos relatos: a de mencionar conflitos e cooperações entre trabalhadores e usuários do serviço de saúde, atravessados por questões relativas à gênero e raça, entre outras.

Enquanto caminhávamos pelas ruas e os moradores perguntavam por resultados de exames e marcação de consultas, encontramos um jovem congolês (Bruno) indo ao trabalho. Há um mês esteve pela primeira vez na CF por conta de uma gripe, uma “demanda aguda”, sendo que ele vivia há 2 anos na região e nunca tinha se cadastrado na mesma. Segundo a literatura, migrantes seriam, com frequência, mais saudáveis do que as populações da sociedade de acolhida, sobretudo porque o processo de migração exigiria que aqueles envolvidos estivessem em um bom estado de saúde e fossem jovens (Granada et al., 2017), sendo que esse efeito se chamaria “*healthy-migrant effect*”<sup>48</sup> (RECHEL et al, 2013, p.1237). Esse fator pode relacionar-se ao grande número de refugiados que acessam a CF somente de forma pontual e em demandas agudas.

Com a expectativa de me mostrarem os refugiados, os trabalhadores decidem me levar à igreja do pastor congolês João que também é um líder comunitário. Na rua da igreja, em outra região do bairro, avisto uma padaria na esquina, fechada, e ao lado uma espécie de cozinha grande, aberta para a rua, onde há mulheres africanas dentro. A ACS Alice diz que normalmente o pastor está nessa rua – a igreja fica próxima – mas, como tudo está fechado, ficamos alguns momentos sem saber o que fazer. Uma mulher muito bonita, maquiada e adornada com vestido de tecido africano com corte muito diferenciado vem nos encontrar quando adentramos a cozinha aberta para a rua, informando que o pastor está viajando quando nos apresentamos e menciono o estudo que estou desenvolvendo. Ela me oferece uma das quentinhas de comida

---

<sup>48</sup> Efeito migrante saudável, em tradução livre.

africana – costumam vende-las no bairro por dez reais. Entramos na sala, nos sentamos em cadeiras de plástico e recebo uma marmita com arroz, carne com óleo de palma e legumes. Divido com os trabalhadores. Ela fala que nem todos os brasileiros gostam da comida congoleza. Residentes perguntam qual comida mais comem na RDC e ela responde que é *fufu* (uma pasta de farinha e água). Eu comento que já comi *fufu* e que quando o fiz foi junto com ensopado de peixe. Os olhos dela brilharam: *onde você já comeu nossa comida tradicional?* Conto que estive já no interior de Moçambique. Acabamos por trocar telefones para uma futura entrevista, que nunca iria se concretizar, e tiramos algumas fotos juntos.

Enquanto os trabalhadores me falam de usuários com anemia e gripe, acolhimento e acompanhamento dos mesmos, converso com uma das refugiadas presentes sobre assuntos relativos a hábitos alimentares. Entre relatos e encontros, as percepções de usuários e usuárias sobre o acesso e o direito à saúde foram se tornando gradativamente acessíveis a mim, acompanhar visitas domiciliares tendo se tornado um procedimento essencial para viabilizar esse processo.

Em outra ocasião, ao acompanhar uma das ACS, Lucia, que me foi apresentada como *próxima aos refugiados* em VDs, ouvi dela que alguns refugiados alegavam que deveriam ter solicitado refúgio na França, pois lá eles teriam *mais direitos*. Essa idealização da Europa como lugar onde os direitos são garantidos iria se repetir na fala de muitos dos meus interlocutores, sobretudo nas falas dos refugiados considerados líderes comunitários.

Para essa ACS a comida dos congolezes era muito pesada e cheia de óleo, chamando a sua atenção o fato de que muitos deles tornam-se diabéticos ainda jovens. Em sua caracterização desses usuários destaca as mudanças de endereço constantes, o uso do francês e lingala<sup>49</sup> entre eles no cotidiano, bem como de pós e misturas provenientes de curandeiros para tratar as alergias das crianças, circuncidadas em São Paulo algumas vezes.

Uma suposta associação de congolezes com uma prática criminosa ocorrida no território também foi mencionada por essa ACS e reproduzida por outros trabalhadores: em abril de 2018, um angolano – e não congolês, como havia sido descrito a mim<sup>50</sup> – refugiado desde 1994 no Brasil e residente na favela em questão foi preso pela Polícia Federal por suposto envolvimento

---

<sup>49</sup> O lingala é uma das línguas bantus, falada na República Democrática do Congo e uma grande parte da República do Congo. Além disso, tem certa importância em partes de Angola e da República Centro-Africana. O idioma oficial da RDC é o francês, mas falam-se diversas outras línguas como o lingala, suaíli, kongo, entre outros. Já a língua oficial de Angola é o português, embora também existam outros idiomas falados.

<sup>50</sup> Muitas vezes os africanos residentes do território, independentemente de sua nacionalidade, eram tratados por *congolezes* pelos trabalhadores da clínica.

em um esquema de falsificação<sup>51</sup> de Declaração de Nascido Vivo (DNV)<sup>52</sup>. A suspeita da PF é que esses documentos seriam para fins de tráfico de pessoas ou prostituição infantil. O esquema se daria da seguinte maneira: o acusado ofereceria 250 reais para moradoras da favela em questão que recém tivessem tido filhos, para que fossem às maternidades retirar uma segunda via da DNV, alegando que teriam perdido a original. Com esse documento em posse, esse angolano teria conseguido realizar o registro de cinco crianças e enviá-las ao exterior (a localidade ainda não havia sido informada pela PF na época das notícias). A história da prisão desse refugiado parece atravessar a fala em um tom de certa decepção, mas também de desconfiança, que iria se repetir em diferentes momentos na fala de alguns trabalhadores. A prisão desse refugiado e o suposto envolvimento de outros nessa situação, segundo a ACS, gera o esvaziamento de alguns espaços de sociabilidade deles, como o bar dos congoleses, estabelecimento que pertenceria a um refugiado e que seria frequentado por muitos outros.

Além de abordar a relação entre hábitos e costumes culturais e pronunciar uma narrativa criminalizante sobre alguns refugiados (envolvidos na questão da DNV), essa ACS explica que nem todos refugiados têm redes de solidariedade e que nem todos são do grupo que se relaciona com o pastor. A ACS Lucia também repara que alguns refugiados ficam muito solitários e passam dificuldades, bem como que a relação das mulheres com os maridos às vezes é complicada, porque eles às vezes têm mais de uma esposa e família na mesma comunidade. Terminei acompanhando o cadastramento de uma congoleza com ela.

Maia (2018) aponta resistência dessas mesmas ACS em realizarem o cadastro de refugiados na mesma região em que pesquisei, relacionando com uma disputa em relação aos poucos recursos públicos ofertados pelo Estado brasileiro. Embora tenha ouvido a mesma narrativa dos trabalhadores em relação ao início do acesso dos refugiados à CF, notei também um grande esforço de algumas ACS em realizar o cadastro dessa população e em realizar seus acompanhamentos a partir de VDs.

Enquanto aguardo os trabalhadores para realizar VDs, escuto dois ACS (Rafael e Paulo) de equipes que não atendem refugiados conversando sobre atraso de salários: *tudo de novo*, diz um deles aludindo ao processo recente de atrasos e greves que passaram em 2017. Para este ACS, Rafael, o problema do acesso dos refugiados seria a comunicação: *o acesso é livre aqui*,

---

<sup>51</sup> Reportagens: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/pf-investiga-angolano-suspeito-de-falsificar-documentos-e-enviar-ilegalmente-criancas-do-rio-para-fora-do-brasil.ghtml> e <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/pf-apura-se-mais-de-um-angolano-enviou-criancas-de-forma-irregular-ao-exterior-pelo-galeao.ghtml>

<sup>52</sup> Válida em todo o território nacional, a Declaração de Nascido Vivo é um documento obrigatoriamente emitido por unidades de saúde particulares e públicas do Brasil. Desde junho de 2012, ela passou a ter valor oficial e é considerada documento que serve como identidade provisória, mas não substitui a Certidão de Nascimento.



*o problema é entender o que eles querem. Não é só a língua, mas é o principal.* Segundo ele e os colegas, a Prefeitura deveria contratar intérpretes ou, ainda melhor, formar os trabalhadores no idioma francês, uma sugestão condizente com a literatura sobre políticas linguísticas. Oliveira e Silva (2017) em artigo sobre barreiras linguísticas e violação de direitos humanos, apontam como a falta de uma política linguística abrangente no Estado brasileiro que adote estratégias para a comunicação com migrantes no âmbito de serviços públicos se relaciona a uma violação do princípio de não-discriminação. Destacam que o nível de negligência do Brasil com o debate – e efetivação – de políticas linguísticas se relaciona com um nível ideológico, aportado em políticas assimilacionistas e proibicionistas adotadas desde o período de colonização, como é evidente no não reconhecimento das línguas indígenas. O mesmo processo seguiu-se durante os anos 30 e 40, com a vinda de muitos imigrantes europeus – italianos, espanhóis, alemães – onde havia uma hipervigilância por parte do governo para que não exercessem seus idiomas em espaços como a escola, pois isso ameaçaria os ideais de unificação nacional da época.

Adotando a perspectiva de Ozolins (2000) sobre Interpretação no Setor Público, referem haver quatro níveis de relação do Estado com as necessidades de interpretação: o primeiro seria a negligência, onde há negação da necessidade de oferecer tais serviços no âmbito de serviços públicos; o segundo seriam as estratégias *ad hoc*, onde se contaria com voluntários para as traduções, como amigos, familiares e voluntários; o terceiro seria a oferta de serviços linguísticos genéricos, como serviços de interpretação por telefone e a contratação de um intérprete em alguns serviços essenciais; e a quarta seria a abordagem abrangente, onde se desenvolve um sistema de treinamento e certificação de trabalhadores que lidam com público migrante em serviços. A percepção do ACS, de fato, parece ir ao encontro desse modelo de resposta às necessidades de interpretação. Além disso, os autores destacam que ainda que sejam importantes os cursos de língua portuguesa para a integração de migrantes, em termos da garantia de direitos humanos se justificaria a adoção de estratégias de interpretação nos serviços públicos, sobretudo Polícia Federal e serviços de saúde.

Uma das refugiadas, Joana, que a ACS Lucia tenta cadastrar, nos recebe no portão de casa, não nos convidando para entrar em sua residência. Ficamos na rua, ela parada na porta entreaberta. Pelo espaço atrás dela, consigo ver sua filha de cerca de 8 anos, nos espiando sorridente e curiosa. Sua mãe fala português e parece nos entender bem, ainda que pareça um pouco chateada com a nossa presença. A ACS fala sobre o cadastro, que é importante para que tenha acesso a vacinas e demais atendimentos para ela e seus filhos. Joana diz que não tem como fazer o cadastro porque não tem documentos. Comento que com o protocolo de refúgio

pode realizar o cadastro, e pergunto se ela havia estado na Cáritas. Disse que frequentava a Cáritas, mas que estava esperando o marido vir da África para solicitar o refúgio. Dada sua desconfiança crescente, desistimos.

Mais adiante, ao conversarmos com outra africana (Patricia), nos é informado que essa usuária possuiria seu protocolo de refúgio, além de CPF e outros documentos, bem como que já estaria no Brasil há alguns anos. Essas informações só geram mais curiosidade e espanto em nós, mas se relacionam com a literatura, que aponta que algumas das barreiras de acesso aos serviços se relaciona ao medo e à desconfiança de que tenham problemas com autoridades devido a seu status migratório (RECHEL et al, 2013; GRANADA et al, 2017).

Visitamos também um casal com um bebê (Patricia, Ricardo, e seu bebê Iuri), vivendo em um sobrado. O enfermeiro Lucas constata que tanto a mãe quanto o filho encontram-se com anemia, após verificar os exames. Essa mãe veio a se tornar interlocutora no estudo, tendo cedido uma entrevista.

Durante a visita, Patricia conta que há dois anos é solicitante de refúgio e que seu processo ainda não foi analisado pelo CONARE. Veio ao Brasil devido à guerra na RDC e para se unir com seu marido, que veio há quatro anos e já é reconhecido como refugiado pelas autoridades. Aqui, engravidou de seu primeiro filho. Em Kinshasa, capital da RDC, onde vivia, trabalhava como técnica em laboratório, tendo estado sempre empregada em instituições de saúde. Trouxe consigo seu diploma quando veio ao Brasil, mas ainda não conseguira revalidar seu diploma<sup>53</sup>. Diz que conta com a ajuda da Cáritas para isso, instituição que frequenta para recebimento de auxílios e informação sobre seu pedido de refúgio. No momento está desempregada.

Segundo reportagem da Folha de S. Paulo veiculada em setembro de 2018<sup>54</sup>, entraves burocráticos, morosidade no processo, exigência de documentações consulares muitas vezes impossíveis de se adquirir no caso de refugiados e os altos custos do processo (que podem chegar a 2.000 reais, fora custos de tradução) geram uma grande barreira para que refugiados e migrantes possam atuar em suas áreas de formação no Brasil. A advogada entrevistada na reportagem afirma que hoje, no Brasil, apenas 14% da população tem ensino superior completo, enquanto muitos refugiados que chegam têm ensino superior, mestrado, doutorado, além de

---

<sup>53</sup> Seis meses depois, ela ainda não conseguiu validar seu diploma e está desempregada, fazendo curso de cuidadora de idosos oferecido gratuitamente pela cruz vermelha. A validação de diploma é um dos maiores nós para os refugiados no Brasil.

<sup>54</sup> Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/09/burocracia-e-entreve-para-revalidar-diplomas-de-refugiados.shtml>. Acesso em 01 mar. 2019

falarem diversos idiomas: “quando não reconhecemos seus diplomas, perdemos mão de obra qualificada” (Folha de S. Paulo, 2018).

A referida usuária com anemia e desempregada sente dificuldade com a língua portuguesa (frequenta o curso de português para refugiados da parceria UERJ e Cáritas) e que a gravidez tornou a CF acessível a ela, tendo sido cadastrada por uma ACS. Ela sente-se  *muito acolhida e cuidada*, manifestando gratidão em relação a esta ACS que a cadastrou. Se emociona e chora falando da saudade do Congo, e diz sentir-se muito solitária e sem saber direito como cuidar do seu bebê. No Congo tinha família, aqui são apenas ela, seu marido e filho. Fala muito de uma ACS Sandra (que não trabalha mais na CF) que teve um papel muito importante quando o bebê nasceu: ia nos finais de semana na casa dela, ensiná-la a dar banho, a cuidar.

Haydu (2017) em pesquisa realizada com refugiados congolese em São Paulo, aponta que para a maioria dos entrevistados estar longe da família seria, além de um fator de sofrimento pela perda de referenciais afetivos, também a perda de sua rede de apoio, sobretudo em momentos de maior necessidade. A mencionada usuária sente-se fragilizada por não poder contar com seus familiares nos cuidados do bebê. O papel da ACS, se voluntariando para ensiná-la sobre esses cuidados, reflete o que podemos chamar de *práticas do comum*. Saffer (2017, p.110) define as práticas do comum:

Mas, o que seriam afinal essas **práticas do comum** na saúde? Seriam fazeres capazes de articular novas maneiras de viver e enfrentar o sofrimento, cujas bases viriam da ativação de saberes e ferramentas do chão básico, das experiências singulares de profissionais e usuários. A ativação do terreno, onde se formam os entendimentos sobre o andar da vida e o adoecer operaria nos encontros de cuidado, a partir das disposições dos atores presentes a se modificarem, em influências mútuas, campos de ressonância. Então, seria possível a produção de tecnologias caseiras, vira-latas, familiares, mestiçando os conhecimentos provindos dos mais diversos campos – popular, biomédico, da saúde coletiva. Engendra-se um contrabando constante de técnicas, conselhos e afetos, que borra as fronteiras entre funções e profissões. Opera-se a construção de trajetos terapêuticos e de promoção de saúde cujos objetivos são compartilhados.

A ACS em questão, ao mobilizar saberes advindos de suas vivências, coloca em ação uma prática pautada por vetores de hospitalidade e acolhimento. No momento em que mobiliza esses saberes para acolher e ajudar a refugiada, recém-chegada na comunidade e sem laços familiares, gera relações de cuidado. O autor chama essa prática de comum, pois seria “comunicável e não hierarquizante, permitindo a efetivação de uma saúde democrática” (idem, 2017, p.110). O mesmo conceito pode ser aplicado para a situação que o enfermeiro define como *conversa de preto pra preto*: lançando mão da identificação racial entre ele e um refugiado, abre espaço para novas possibilidades de vinculação.

Ao fim da manhã, acabamos por passar pela frente da Associação de Moradores. O enfermeiro pensa ser importante me apresentar para eles, para que não haja boatos sobre minha circulação no território. Entramos e converso com o presidente sobre minha pesquisa. Ele fala que é muito importante tal pesquisa, que os membros da associação costumam ajudar os refugiados. Como o enfermeiro me apresentou como *pesquisadora do Ministério da Saúde*, o presidente me fala, ao final da conversa, que eles querem abrir uma espécie de farmácia na sede da associação para distribuir medicamentos para quem necessita na comunidade, e pergunta se eu conseguiria para ele alguns medicamentos para ajudar a população. Fico muito surpresa com o pedido, uma vez que para abrir uma farmácia é necessária uma autorização da ANVISA<sup>55</sup>. Tento desviar da situação complicada informando que, no momento, estou afastada do Ministério da Saúde para realizar a pesquisa, e que embora seja uma ideia interessante, não posso ajudar.

Outra VD que realizamos foi a uma refugiada congoleza que está gestante, Mariana. A gravidez é de alto-risco, e ela está em casa de repouso, sendo acompanhada pela maternidade, além da CF, segundo o protocolo para tais casos. Entre anotações sobre exames, o enfermeiro diz que ela precisa ir, também, nas consultas da clínica. Ela fala que não consegue nem caminhar direito, mas ele insiste que ela precisa ir.

A casa dessa usuária é simples, muito clara (paredes e chão muito brilhosos) e os sapatos ficam na porta – ninguém pode entrar de calçados. A televisão está ligada, ela assiste a um canal de notícias sensacionalista brasileiro. Me apresento e peço seu contato para entrevistá-la em outro momento. Explico a pesquisa, e ela diz que gosta muito do acompanhamento da clínica, que é bem tratada. Destaca o cuidado que recebe por parte dos trabalhadores. Está muito cansada e diz que precisa repousar. Saímos. A ACS Gabriela (negra) diz: *essa aqui é muito boazinha, diferente de outras, que são atrevidas*. O enfermeiro Lucas comenta, então: *é verdade, tenho vontade até de fazer o pré-natal na casa dela, mas não poderia justificar porque não faço na casa das outras pessoas*.

Passamos pela casa de uma refugiada já visitada. Notamos que a casa está em obras, e o homem que está realizando as obras informa que o casal se mudou para outra rua. A ACS Lucia comenta: *se muda e nem nos informa, sendo que temos que acompanhá-la, é uma gestante!* Vamos até a rua em questão, a ACS grita seu nome pelos portões, mas não a encontramos. Paramos na casa de Joana (também refugiada) e ela também não está.

---

<sup>55</sup> Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde, que regula medicamentos, alimentos, entre outros produtos.

No caminho de volta para a CF, a ACS Lucia me conta sobre a referida usuária desconfiada, Joana. Segundo ela, a refugiada teve muita resistência a realizar o cadastro, tendo a ACS tentado diversas vezes. E assim seguiu até um dia em que Joana passou mal e foi para a Clínica em busca de cuidado. Ela estava com muita dor de estômago, e nesse dia a ACS aproveitou para cadastrá-la. Diz que nas últimas semanas, as idas à clínica por causa da dor de estômago e de cabeça se tornaram frequentes: Joana reveza entre ir à Unidade de Pronto Atendimento (UPA<sup>56</sup>) e à Clínica. Lucia diz que ela só vai lá quando está com muita dor e quer injeção para aliviar seus sintomas, ao invés de tomar os remédios e fazer o tratamento que o médico solicitou. Alguns remédios são disponibilizados pela CF, outros ela precisaria comprar, mas não compra. De tantas idas à clínica por conta da dor, o médico começou a investigar seu caso. Pediu exames diversos, que ainda não foram concluídos. Os primeiros não mostravam nada de errado, segundo Lucia. A ACS diz que está preocupada e que suspeita que as dores possam ser mais do que algo físico: esses dias, a refugiada havia dito a ela que *a cabeça dói muito, isso aqui, essa situação* (se referindo ao atual estado de violência da comunidade). Joana comentou que talvez deveria se mudar para o bairro vizinho, para fugir da atual situação de violência local. Elaine rebateu: *Não adianta. Lá também é violento. Tá tudo em guerra, lá e cá.*

### 5.2.2 Grupo de trabalho: princípios e diretrizes em pauta

Em agosto, surgiu um movimento interessante na clínica, que me proporcionou a oportunidade de conhecer mais de perto algumas das percepções de trabalhadores sobre acesso de refugiados ao serviço. Ao mesmo tempo, surgia um movimento entre trabalhadores relacionado a pensar publicações sobre o trabalho que vinham desenvolvendo com refugiados ali. Nesse dia, combinaram uma reunião e me convidaram para participar. Também havia a ideia de se pensar alguma ação para o dia das crianças no território.

Surpreendi-me quando o grupo começou: logo de cara, ao invés de discutir ações no território ou publicações, os trabalhadores começaram a falar sobre os problemas no acesso de refugiados à CF. Estavam presentes os médicos e enfermeiros das duas equipes que atendem essa população, algumas ACS, residentes, psicólogos e eu.

---

<sup>56</sup> Unidade de Pronto Atendimento: A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. Fonte: <http://portalmms.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>

Fiquei um pouco confusa, mas logo compreendi que havia uma necessidade de encontro entre aqueles trabalhadores para conversar sobre o tema. Foram mobilizados, de forma curiosa, alguns princípios do SUS para expressar o incômodo com o *fluxo diferenciado* dos refugiados: o médico de uma das equipes falou que o acesso deveria ser igual para todos, e que o caminho que os refugiados fazem atrapalharia os atendimentos. A enfermeira Maitê falou da importância de se ter dados corretos sobre a residência de refugiados, uma vez que a territorialização é uma diretriz da AB: *muitos deles dão endereço do estabelecimento comercial e da igreja, muitos sequer moram no Rio; isso cria o problema de dar seguimento ao cuidado na gestação, por exemplo*. Narrando o caso de uma gestante congoleza que foi diagnosticada com sífilis mas depois não pode ser encontrada para dar continuidade ao tratamento, Maitê expôs seu medo de ser responsabilizada pela SMS por ter iniciado um pré-natal e não o concluído, assim como em alguma outra situação semelhante (de pré-natal iniciado e não concluído) ter que responder por um possível desfecho de morte materna.

A diretriz de territorialização foi mobilizada mais de uma vez: o médico Gabriel afirmou que não consegue estabelecer vínculo com refugiados, pois os mesmos não compreenderiam a ideia de territorialização, da importância de ter apenas uma mesma equipe que os acompanhe longitudinalmente. Outra hipótese levantada pelos trabalhadores foi de que não entenderiam o direito à saúde e princípios do SUS, uma vez que a experiência na RDC teria sido diferente da do nosso sistema. Por fim, acrescentam mais uma dificuldade para estabelecer vínculo: a barreira do idioma.

Sobre o incômodo com o atendimento de pessoas moradoras de outras regiões, pergunto como funcionam as referências para outros locais. Alguns trabalhadores falam que há dificuldade em fazer referência para outras regiões da cidade e outros municípios devido a diferentes coberturas de ESF. Também apontam a necessidade de haver uma forma mais clara para realizar essas referências, sobretudo quando se trata de residentes de outros municípios.

Surgem, então, ideias para compreender melhor a residência e as necessidades específicas dessa população: o enfermeiro Lucas sugere a ideia de se criar um instrumento ou questionário para traçar o perfil deles, levantando suas dificuldades de acesso, questões sobre vínculo, etc. Sugere que as ACS mais comprometidas com a questão dos refugiados e residentes poderiam aplicar tal instrumento. Alguns trabalhadores levantam problemas nessa sugestão: alguns refugiados poderiam se sentir perseguidos. A psicóloga Carolina sugere que sejam feitas mais rodas de conversa e atividades de sensibilização das equipes antes de se pensar em outras estratégias. Sugere trazer Cáritas ou outra organização para conversar com trabalhadores.

A ACS Lucia levanta a problemática da troca de nomes: informa que um usuário apareceu na clínica recentemente com documentos onde portava nome diferente do anterior. Ela e a enfermeira Maitê expressam sua preocupação de que a mudança de nomes possa ter relação com algo criminoso, e fazem referência à situação das DNVs.

Durante a conversa aparecem dúvidas sobre os refugiados direcionadas a mim: perguntam como os refugiados são recebidos no Brasil, se as autoridades ou instituições de fato explicam o país, as leis, direitos, regras. Explico um pouco do que sei e tenho lido sobre esse momento de chegada e (falta) de esclarecimentos. Falo também que a unidade de saúde pode ser um espaço para fazer isso, que os trabalhadores também podem aproveitar a chegada dessas pessoas na clínica para conversar sobre direitos e políticas públicas.

Acaba sendo exposto um incômodo por parte de alguns trabalhadores: a pactuação entre gerente e pastor para atendimento de refugiados. Segundo a enfermeira Maitê, no ano passado, alguns trabalhadores do NASF e gerente foram ao culto do pastor falar sobre a clínica, e no dia seguinte muitas pessoas vieram se cadastrar. O problema, segundo ela, é que os trabalhadores não haviam sido avisados dessa visita ao culto. Isso gerou resistência ao cadastro no dia – até mesmo porque, segundo ela, normalmente as ACS cadastram as pessoas em suas casas. Alguns trabalhadores da EqSF falam que esse foi um *movimento desarticulado* do restante da equipe.

Os incômodos despontam a partir dessa fala: alguns referem que não deveriam atender pessoas de outras áreas, e que deveriam apenas realizar o primeiro atendimento e encaminhar. Afirmam que existe uma diferenciação entre brasileiros e refugiados: passariam os últimos na frente dos primeiros.

O tema da conversa passa a ser as formas diferenciadas de acesso. O psicólogo Caio acaba mobilizando o conceito de equidade para explicitar seu ponto de vista de que a igualdade no acesso não leva em conta iniquidades: *equidade é mais que igualdade*. Refere que nesse caso os refugiados estão sim em desvantagem de acesso perto dos brasileiros por características que remetem a uma suposta situação de vulnerabilidade. Um médico rebate dizendo que o *privilégio* dos refugiados para acessarem as equipes quebra o vínculo com os usuários brasileiros por tratamento diferenciado. Afirma: *todos são iguais!*

Há uma certa tensão no grupo durante o debate. Vejo que trabalhadores do NASF, residentes e alguns da EqSF se posicionam na defesa das ideias de equidade e vulnerabilidade quando se trata do acesso de refugiados; por outro lado, os membros das EqSF em sua maioria aparentam mobilizar mais o princípio de igualdade, além de demonstrarem se sentir mais responsabilizados pelos atendimentos das pessoas fora de suas áreas de abrangência ou em uma ordem ou fluxo diferenciado.

Logo as demandas de acesso e necessidades dessa população são trazidas à conversa: a ACS Corina sugere que a oferta de preventivo para mulheres poderia ser uma porta de entrada para tratar questões de gênero e de violência, que ela nota surgirem em certos momentos e conversas, mas que não chegam a ser totalmente expostos e trabalhados, segundo ela, por questões culturais e medo. O assunto saúde da mulher mobiliza os trabalhadores: alguns afirmam que existem situações de violência doméstica, outros que souberam que algumas sofreram violência sexual em seu país de origem. Consenso é que as refugiadas não conseguiriam apresentar essas questões de forma direta aos trabalhadores, negando as ofertas tanto de atendimento físico quanto psicológico. O assunto relacionado às violências sofridas parece surgir restrito a algumas conversas pontuais com algumas ACS. Alguns trabalhadores referem que há dificuldade em aceitarem realizar preventivo com o enfermeiro homem.

Também é levantado que muitas congoleesas se queixariam da falta de padronização nas consultas de puericultura, diferente para as duas equipes em termos de número de consultas. Surge a ideia, então, de se encaminhar as mulheres da equipe do enfermeiro para realizarem preventivo com a outra equipe, com enfermeira mulher.

Perguntei sobre imunização, que ano passado era uma questão para o gerente: me informam que SMS está com uma orientação caso a caso: envia-se uma planilha com dados para SMS e eles respondem como proceder. Todos trabalhadores acham surpreendente que não há recusa de vacinação, mesmo entre aqueles que nunca haviam sido vacinados na RDC.

Ao fim de mais de uma hora de conversa, os trabalhadores concluem que aquele espaço está sendo muito produtivo: decidem, portanto, realizar reuniões quinzenais para debater fluxos e demais questões ligadas ao acesso de refugiados.

### 5.2.3 A dor de cada um: recortes de raça e gênero pelo olhar de um profissional de enfermagem

Como o gerente da CF, um dos enfermeiros, Lucas, considera que a maior demanda por consultas dos refugiados seria por questões agudas, acrescentando que são elas: gripes e gastroenterites. Segundo este profissional de nível superior, doenças crônicas como hipertensão e diabetes também se apresentam com frequência, saúde da mulher sendo principal desafio nos atendimentos, principalmente porque na sua equipe tanto ele quanto o médico são homens. Acredita que não há a *cultura* entre as mulheres de realizarem exames preventivos, muitas tendo



sido abusadas sexualmente em seus países de origem ou no trânsito para cá. Relata que nenhuma usuária jamais falou com ele sobre esses abusos, apenas com algumas ACS.

A estratégia para aumentar o acesso das usuárias refugiadas foi disponibilizar trabalhadoras mulheres, sendo que existe um grupo realizado por estudantes de pós-graduação em saúde da mulher na clínica. Ainda assim, as usuárias não comparecem: *Então no caso eu vi que não é só por ser homem o profissional, elas têm resistência de serem tocadas mesmo.* O entrevistado acredita que a falta do NASF – cuja equipe tinha sido demitida – dificulta a elaboração de outras estratégias: *têm as questões de saúde mental, o abuso sexual... sem NASF fica muito difícil dar conta disso.* Quando abordo a frequência nas consultas de pré-natal, Lucas me fala que acredita que as faltas se dão porque elas têm medo de perder seus empregos:

*E os empregos delas não são de carteira assinada, não são legalizados. Uma grande maioria trabalha em salão de beleza em Madureira. E elas todas engravidam muito na questão de permanência no país, elas precisam engravidar. Como elas todas engravidam e elas todas são congolezas, existe uma pressão por parte do patrão ou da patroa de não liberar pro pré-natal, mesmo quando a gente dá atestado. Elas recebem o atestado, mas mesmo assim às vezes são mandadas embora.*

Quanto à presença dos companheiros no pré-natal, o enfermeiro relata que sempre solicita que eles venham em ao menos uma consulta, fornecendo atestados para eles poderem faltar ao trabalho, embora eles só venham quando existe algum problema com a gestação. Acrescenta ser comum notar situações de anemia e hipertensão na gestação.

Quando comento que muitas pessoas relatam hipertensão entre os refugiados, ele a relaciona à raça e à questão alimentar:

*A gente tenta interferir na alimentação, porque eles têm uma cultura alimentar e por não ter acesso a todos os ingredientes que eles precisam pra comer, eles não têm uma oferta de vitaminas e minerais que precisam. Então eles ficam muito focados em um tipo de prato que seja fácil de fazer aqui no Brasil por conta da oferta e acesso a alguns alimentos, então não têm um cardápio grande pra eles comerem. Porque se alimentam mal né, é muito difícil interferir na questão alimentar das pessoas.*

O enfermeiro destaca que existem algumas doenças que são mais prevalentes na raça negra, como anemia e hipertensão: *Então quando começa o pré-natal a gente já faz um mapa pra saber se essa pessoa é hipertensa e não sabe. Ou se ela vai abrir um quadro de hipertensão durante o pré-natal.* Ele considera que a maioria das usuárias já é hipertensa antes da gestação, mas pela falta de acesso nunca chegaram a descobrir.

A esse recorte racial e de gênero na leitura dos principais agravos e doenças que acometem os usuários e principalmente as usuárias soma-se a devida atenção às condições de

trabalho das refugiadas. Como outros trabalhadores da CF, considera o idioma uma das grandes barreiras ao acesso. Por não falar francês, idioma compartilhado por muitos congoleses, Lucas costuma recorrer a uma médica de outra equipe que tem domínio sobre o idioma. Mas diz que não é possível interromper seus atendimentos a todo momento, e por isso se utiliza do *google tradutor* em seus atendimentos. Às vezes solicita às refugiadas que tragam um filho às consultas, pois as crianças normalmente aprendem o português rápido e podem auxiliar na compreensão entre eles. Embora às vezes solicite essa companhia, normalmente as mulheres já vêm acompanhadas por eles por não terem com quem os deixar: *as crianças viram tradutoras também.*

Deste modo, se as estratégias para aumentar o acesso das usuárias através da mudança o agente do atendimento – trabalhadoras ao invés de trabalhadores – fracassaram não se pode dizer o mesmo das estratégias elencadas pelo enfermeiro para lidar com a barreira do idioma: chamar a colega de trabalho que fala francês, utilizar o *google tradutor*, fazer dos filhos das refugiadas tradutores-intérpretes para auxiliar na comunicação.

Há também situações em que refugiados vêm acompanhados de outros refugiados, que estão há mais tempo residindo no Brasil. Conta-me que os atendimentos até que ocorrem bem com a presença de amigos e conhecidos, mas que *só dá pra ficar na consulta até a página dois*, uma vez que não pode falar certas coisas íntimas na frente deles, solicitando que se retirem e recorrendo, mais uma vez, ao *google tradutor*. Conta que muitas das vezes em que os homens vêm acompanhados pelas lideranças estão com alguma demanda relacionada aos genitais, como corrimentos e IST. Lucas conta que já conseguiu trabalhar a importância do uso de camisinha e de métodos contraceptivos com algumas pessoas, mas que os refugiados e refugiadas em geral não aceitam o anticoncepcional: *elas têm uma farinha que usam [para não engravidar]. Não conseguimos vencer a farinha ainda.*

Em pesquisa sobre a percepção de mulheres imigrantes brasileiras e africanas em Portugal acerca de métodos contraceptivos e prevenção de DST<sup>57</sup>, Rocha et al (2010) apontam que entre mulheres africanas<sup>58</sup> há lacunas no conhecimento sobre o funcionamento dos métodos contraceptivos disponíveis, além de crenças de que os mesmos seriam ineficazes ou poderiam fazer mal à saúde, podendo causar infertilidade, infecções e câncer. Meu objetivo nessa pesquisa não foi aprofundar a percepção das refugiadas em relação aos métodos contraceptivos, mas cabe aqui pontuar esse tópico para futuras pesquisas.

---

<sup>57</sup> Termo utilizado pelas autoras do artigo.

<sup>58</sup> Cabe destacar que os países de origem das mulheres africanas escutadas na pesquisa de Rocha et al (2010) são: Angola, Guiné, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

Lucas conta que nunca ouviu das mulheres nenhuma queixa relacionada à violência física. Mas que percebeu que o trato entre homens e mulheres é bem *áspero*:

*O marido geralmente é muito áspero com a mulher. Ainda mais se a mulher tiver dificuldade com o idioma. Eles são muito grosseiros, isso me assusta. Com a gente também, se eles demoram esperando são bem grossos com a gente. As mulheres... não. Elas são mais tranquilas. Eles são bem ansiosos, querem tudo naquele momento, e quando você não consegue oferecer, e geralmente eu não consigo, porque sempre tem muita demanda, eles ficam bem irritados.*

Essa suposta grosseria ou ansiedade por parte de alguns refugiados faz com que, segundo o enfermeiro, as outras equipes não gostem de atendê-los: a consulta dá muito trabalho, sendo necessário tempo, paciência, manejo de situações desconfortáveis (relacionadas à agitação referente à espera) e estratégias (como solicitar que alguns refugiados que já o conhecem façam ponte com outros) para construção de vínculo: *Eles ficam na defensiva, mas eu entendo... outro país, outra língua. Eles já chegam ressabiados. Eu tento chegar nos que não vêm pelos que já conquistei.*

Importante destacar aqui a diferença das percepções de tempo entre quem aguarda um atendimento e entre quem precisa dar conta de muitos atendimentos em uma só manhã. Dessa forma, é visível que existam diferentes apreensões sobre o que é uma espera aceitável. Para um trabalhador que opera no tempo da produtividade, ainda que aqui mais atendimentos não signifique mais dinheiro, faz com que uma manhã de mais de vinte atendimentos seja um tempo que passa muito rápido. Da mesma forma, os agendamentos de consultas que não têm caráter de urgência, que podem levar alguns meses de espera, soam como a única possibilidade de se atuar em termos organizacionais da gestão do trabalho. Esse tempo aqui faz referência à lógica da produtividade, da eficiência, onde o tempo das vivências e dos acontecimentos seria colado ao tempo do trabalho produtivista.

Por outro lado, para o usuário que está no lugar de quem espera o atendimento para uma situação de sofrimento, que precisou faltar um dia em um trabalho sem vínculo empregatício que garanta seus direitos, uma manhã inteira, ou dois meses de espera para uma consulta, pode significar um agravo em sua saúde e o aumento de sofrimento e angústia. A incerteza de uma consulta agendada para dali a dois ou três meses (às vezes mais) é um fator que aumenta a angústia e gera a sensação de falta de resolutividade. Isso acaba por gerar descrença no serviço. Soma-se a isso a questão de atrasos que podem acarretar em remarcações de consultas, aumentando o tempo de espera para o encontro com o médico, cenário que difere dos frequentes atrasos em atender um usuário agendado, pelos mais diversos motivos.

Em relação ao acesso à média complexidade, Lucas me fala que isso é uma questão complicada no município: *Vemos muitas questões que até foram denunciadas por brasileiros nessa questão da regulação.* Ele acredita que a Prefeitura tem feito esforços para tentar melhorar esse acesso, para torná-lo mais transparente, para que consultas com especialistas e exames se tornem mais acessíveis. Mas também para:

*[...] tirar o peso do profissional, porque isso também é ruim pra gente. Parece que somos nós que não colocamos no SISREG, que nós não colocamos no SER<sup>59</sup>. Existem especialidades que demoram mais, outras menos. É um problema do sistema. E por mais que a gente explique... Como eles entregam o papel pra gente, parece que a culpa é nossa que deu um, dois meses, cinco meses... mas eu entendo. É a dor de cada um.*

Como veremos mais adiante, muitos refugiados e suas lideranças queixam-se com frequência da dificuldade no acesso a exames e especialistas. A média complexidade no Brasil é encarada como um gargalo da atenção à saúde (SPEDO et al, 2010), tornando-se assim um obstáculo para a integralidade do cuidado. O investimento que foi feito na atenção básica ao longo dos anos 2000 e 2010 pelo Ministério da Saúde em termos de investimento e de destaque para seu papel de ordenadora do sistema de saúde não teve a mesma contrapartida no acesso à exames e consultas com especialistas. Santos e Gerschman (2004, p. 803), ao analisarem a segmentação da oferta de serviços de saúde no Brasil, afirmam que “o SUS hoje parece estar caminhando no sentido do ‘plano de cuidados básicos’” e abrindo mão da prestação direta de serviços de média complexidade – que não por acaso são serviços que geram lucros para a iniciativa privada.

Muitos usuários do SUS relatam com frequência a busca por exames e especialistas no privado. Mas nem todos têm possibilidades financeiras de arcar com tais custos, além de que esse descompasso no desenvolvimento do SUS fere diretamente o princípio de integralidade do cuidado das populações. O SISREG é um sistema administrativo on-line do Ministério da Saúde, disponibilizado para os municípios, e criado para uma melhor otimização do acesso à média e alta complexidade. A ideia, aqui é ter um sistema integrado, transparente, e que se baseie em critérios para o encaminhamento aos especialistas, no caso do seu componente ambulatorial, uma vez que:

*As vagas para esse nível de complexidade [média] são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis” (RIO DE JANEIRO, 2016).*

---

<sup>59</sup> Sistema de regulação do estado.

Existem critérios de prioridade, identificados por cores, para representar o tempo máximo desejável de espera para atendimento no SISREG ambulatorial do município do Rio de Janeiro. Segundo Pinto et al (2016, p. 1260):

A ‘vermelha’, são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30 dias; a ‘amarela’ são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, em até 90 dias; a ‘verde’, pode aguardar até 180 dias e a ‘azul’, são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo esperar mais que 180 dias.[...] A proporção observada destes procedimentos em tempo adequado foi diferente para cada cor. Nota-se a dificuldade de atendimento das classificações consideradas “vermelhas” no tempo oportuno, variando de 30 a 50% no período de 2011 a maio de 2016. As prioridades classificadas como “amarelas”, conseguiram ser atendidas entre 60 e 80% das vezes.

O lugar da AB como ordenadora do cuidado e porta de entrada para o sistema de saúde faz com que os trabalhadores desse nível de atenção tenham que lidar com a insatisfação dos refugiados em relação a espera por esses serviços. Isso acaba por gerar mais conflitos e ruídos na comunicação, pois passa-se a atribuir àquele trabalhador o lugar de “porteiro”, de quem poderia estar barrando o acesso aos outros níveis.

As tensões sobre o lugar da AB em relação ao acesso às consultas com especialistas e exames se multiplicam na literatura (CAMPOS et al, 2014; SILVA et al, 2016; PINTO et al, 2016). A descrença que passa a operar em relação à AB, por essa ser a “portaria” para os demais serviços acaba por fragilizar relações:

As dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da APS<sup>60</sup> e acabam servindo como álibi para as tentativas de deslocar a APS como porta de entrada do SUS. (CAMPOS et al, 2014, p.260).

Ainda que esse seja um problema comum a brasileiros e refugiados, destaco aqui que os últimos estão em um processo de vinculação talvez mais frágil e recente com a CF. Devido ao desconhecimento do sistema, à descrença geral nas instituições públicas brasileiras, às violências institucionais e estruturais a que são submetidos desde sua chegada a um país que se comprometeu a protegê-los, o que seriam, talvez, ruídos para brasileiros, podem tornar-se estrondos e tensões na relação entre refugiados e trabalhadores da CF.

Em relação às queixas de alguns refugiados sobre as ACS, Lucas me conta que recentemente mudaram a tática de acesso: agora os ACS apenas digitam quem está aguardando em uma planilha com acesso interno no sistema, e o responsável técnico pela equipe – no caso

---

<sup>60</sup> Atenção Primária em Saúde. No trabalho, optei por chamar conforme a designação brasileira: Atenção Básica (AB).

da equipe dele, ele – faz a triagem, decide se essa pessoa vai passar com o médico ou se ele mesmo irá resolver o problema, se irá agendar, encaminhar. Nessa nova mudança os ACS apenas digitariam, embora para o enfermeiro os ACS não chegavam a bloquear o acesso:

*Acho que não era legal a posição que os ACS ocupavam em relação ao acesso<sup>61</sup>. Mas também acho que não era isso tudo. Acho que eles deveriam falar que ia demorar um pouco... Mas sempre quem barra ou permite sou eu... Tem uma planilha na equipe e eu falo o que atendo ou não... Mas são muitos né, teve dia que atendi 72 pessoas! Não tinha condições de colocar tudo pra ser atendido naquele dia. Às vezes tem que classificar... os mais graves vão pra frente e os menos graves vão ter que esperar. Mas os refugiados têm problema com não ser hoje, ser amanhã. Tudo tem que ser hoje. Mas aqui não é assim. É por prioridade.*

Os refugiados, então, acessariam muito por demanda espontânea e pouco por consulta marcada, não retornando quando solicitam, buscando atendimento quando estão se sentindo mal: *Eles não sabem esperar. Infelizmente não dá pra atender todo mundo.*

Assim como os enfermeiros e médicos são vistos como barreiras ao acesso a exames e a consultas com especialistas, os ACS parecem ser vistos, em algumas situações, como barreiras ao acesso às consultas com médicos e enfermeiros. A proporção de habitantes sob responsabilidade da equipe, levando em conta as situações de vulnerabilidade vividas por eles, diminuem a qualidade do atendimento:

*Pro serviço que me proponho a fazer eu precisava de uma população adscrita menor, a gente até consegue fazer bem algumas coisas. Mas com menos usuários a gente conseguiria fazer um trabalho voltado pro refugiado, seria muito melhor. Eu sempre achei que poderíamos ter um pouco menos usuários. Acho que teríamos uma qualidade maior de acesso, de assistência aos usuários, porque uma consulta com refugiado não é o mesmo tempo de uma consulta com brasileiro. É muito difícil. É muito tempo até ele entender.*

O entrevistado traz como sugestão para um melhor trabalho a limitação do número de usuários sob responsabilidade da equipe e a utilização de *google tradutor* ou formação em alguma língua comum com os usuários-refugiados. Além disso, o entrevistado acredita que um dos ACS deveria ser destacado exclusivamente para atender esse segmento populacional:

*A gente também acompanha uma boca de fumo que tem pessoas muito vulneráveis, tivemos um caso de catorze tuberculosos! Se tivesse uma ACS dos refugiados, talvez pudesse ir pra cursos de capacitação, sensibilização maior, ter um tempo maior... Esse tipo de coisa poderia dar um resultado melhor. E eu ter menos usuários, pra ter mais tempo de ficar com o refugiado. Ter acesso a todos os dados dos refugiados do território, que hoje não tem.... Tentamos organizar os dados dos refugiados, mas fomos engolidos pelo trabalho. Se tu faz isso, tu não faz outra coisa...*

---

<sup>61</sup> Até então, os ACS marcavam as demandas na planilha mas também acabavam por realizar uma espécie de triagem, uma vez que sabiam que certos casos deveriam ser resolvidos em consultas agendadas. Hoje o enfermeiro vê todas as pessoas que chegam e decide.

Em relação à sugestão do enfermeiro de que seria importante para o desenvolvimento de um trabalho de maior qualidade ter ACS focados no trabalho com refugiados, essa ideia parece se relacionar com as ações inclusivas que ocorrem na saúde no município de São Paulo. Segundo Martin et al (2018), nesse município existem migrantes contratados como ACS, sendo oriundos da Bolívia, África do Sul, Congo, Cuba, Espanha, Nigéria, Portugal e Serra Leoa. A contratação de ACS migrantes pode contribuir com uma melhor aproximação entre comunidades migrantes e serviço de saúde, tanto em termos linguísticos como em relação a questões culturais, como podemos ver em Foster (2017), e Aguiar e Mota (2014) em relação aos ACS bolivianos.

Enquanto conversávamos sobre preconceito e discriminação, o enfermeiro relata que, segundo seu entendimento do que o pastor João falou em conversa anterior que tivemos com ele, a maior porcentagem do preconceito está na mente dos refugiados, pois:

*Eles já vêm armados achando que vão sofrer alguma discriminação. É claro que preconceito existe. Eu sofro preconceito. Mas eu pouco vejo aqui na clínica. Primeiro que racial, não. Mais por serem estrangeiros. Mas por ser negro não, porque a maior parte dos funcionários da clínica é negro. E os ACS muitos são negros e são inseridos na sociedade... Questão racial não vejo. Acho que é mais da cabeça. Ser estrangeiro sim. Realmente, a clínica teve uma resistência muito grande com o fato de serem estrangeiros. Hoje em dia tá muito menor, mas não é inexistente. [às vezes ocorre algo relacionado] com a questão de serem estrangeiros e terem os mesmos direitos que os brasileiros, sendo que os brasileiros não tem acesso à saúde em um nível de excelência. Mas já temos muito mais do que eles tinham na terra deles. É difícil entender que mesmo sendo refugiados, tem os mesmos direitos. Isso ainda é uma construção institucional.*

Quanto ao preconceito ocorrer mais entre ACS, ele afirma que esse tipo de pensamento que chama de “*não tem serviço a ofertar ao próprio brasileiro, vai ofertar pra estrangeiro?*” ocorre também entre trabalhadores de nível superior. E que é um longo trabalho fazer todos entenderem que os refugiados têm os mesmos direitos à saúde que os brasileiros. Mas destaca que:

*[igual] não quer dizer que vou dar o mesmo do brasileiro, eles vão precisar de muito mais, meu esforço pra atender um refugiado é muito maior do que o brasileiro. Eu preciso ser compreendido, eu preciso entender as doenças que ele possa ter, ele nunca teve diagnóstico... A maioria dos refugiados que atendo foi a primeira vez na vida que foi atendido por um enfermeiro.*

Comenta que alguns ainda insistem em pagar pelos atendimentos. Que muitos não compreendem que o serviço é gratuito, mas outros referem querer pagar para não ficar na fila

de espera: *Eles têm essa inquietação de não ficar na fila.... Ficar na fila pra eles é porque são negros ou estrangeiros, é difícil explicar pra eles que eles tão na fila como qualquer outro.*

Aproveito a conversa sobre preconceito para explorar melhor uma situação vivida no início da pesquisa de campo: Lucas referencia ter tido *uma conversa de preto pra preto* com um refugiado que estava gritando na sala de espera, meses atrás. Pergunto como foi essa situação, e ele conta:

*É porque ele achou que tava sendo maltratado, ou tinham negado o acesso à sua mulher porque eles eram negros. Daí mostrei que também era negro, e que a ACS também era. E que não tinha preconceito ali porque éramos todos negros. Falei pra ele do meu orgulho de ser preto, daí a ficha caiu: “ele é negro como eu, não tem essa”. Um tempo depois ele me falou: “ainda bem que foi você o escolhido pra ficar na nossa equipe, porque você também é negro, vai atender as nossas questões”. Falei pra ele se libertar do preconceito, porque às vezes o preconceito tá sendo o cárcere da própria mente, ninguém tá fazendo preconceito com você, todo mundo tá sentado esperando, todas as gestantes estão sentadas esperando, e você quer ser atendido na frente, também não posso te privilegiar. Às vezes tem que situar eles. Acho que eles já vêm com essa sensação de preconceito porque tem um trauma de ser negro no nosso país.*

O enfermeiro conta, então, que considera o fato de ser negro um diferencial para se vincular aos refugiados e a boa parte da população – que também é negra. Se o gênero do integrante da equipe não foi determinante para aumentar o acesso das usuárias ao serviço, a cor parece ter sido. Conta de uma época, em 2016, quando tiveram um médico cubano negro, vindo pelo Programa Mais Médicos<sup>62</sup>, e que ele era o que mais conseguia se vincular com a população de refugiados, mesmo que fossem poucos a vir à clínica naquela época.

A partir dessas falas de Lucas, parece que a vinculação de forma mais fácil a partir da identificação de refugiados africanos com trabalhadores negros. Isso parece ser ilustrado a partir do comentário desse usuário refugiado, de que um trabalhador negro entenderia melhor suas questões, sua vivência. Além disso, a percepção do enfermeiro de que os refugiados já chegam pensando que serão discriminados por serem negros é recorrente na fala dos mesmos: alguns consideram que em alguns momentos são discriminados por serem negros e africanos, mas que sabem que em outros momentos é apenas o problema geral de funcionamento das instituições, como veremos na seção sobre refugiados.

<sup>62</sup> O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Fonte: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Além disso, contava com uma cooperação entre Brasil e Cuba, fundada em 2017, trazendo médicos cubanos ao Brasil para áreas onde não conseguiam contratar médicos brasileiros.



Comento uma curiosidade de campo, a questão das categorias borradas e identidades que surgiram de forma bem inesperada ao longo do percurso: refugiados, solicitantes, naturalizados, anistiados... comento que quando iniciei o campo, os trabalhadores me falavam (e ainda falam) apenas de *os refugiados* ou *os congoleses*, ainda que alguns usuários sejam angolanos. O enfermeiro relata que realmente há essa forma de generalizar na clínica. Diz saber ver as diferenças entre angolanos e congoleses na fala, na fisionomia. *Mas aqui se trata tudo como “os congoleses”... vou te explicar: porque o angolano, se você chama de congolês ele não se sente ofendido. Mas o congolês, se você chama de angolano, fica muito ofendido. Eu não sei porquê. A identidade né...*

Angolanos e congoleses já residem no território há bastante tempo, porém o aumento da imigração de congoleses nos últimos quatro anos se destaca. Os trabalhadores parecem demonstrar maior curiosidade com os congoleses, seja por conta do idioma – a maioria dos refugiados com quem tive contato falava lingala – ou por seus costumes (como alimentação). Embora o lingala e outras línguas africanas sejam também faladas por angolanos, acredito que o português como idioma em comum gera uma maior familiaridade do que com os congoleses, que falam, além de línguas africanas, francês, idioma não falado por nenhum trabalhador da clínica. Outro fator que parece contribuir para essa confusão de nacionalidades é uma maior presença de congoleses do que de angolanos e o fato de que alguns congoleses moraram em Angola, assim como encontrei um angolano que foi criado em Kinshasa - RDC, demonstrando uma hibridez que pode ser verificada pela mistura de nacionalidades frequentemente evocada na fala de trabalhadores: *angoleses* e *congolanos* (ao invés de angolanos e congoleses).

### **5.3 Líderes comunitários: parcerias territoriais para estender o cuidado**

Nessa seção irei explorar as conversas que tive com líderes comunitários refugiados, apontados assim pelos trabalhadores da CF. Primeiro abordo a conversa que tive no bairro com o pastor João. Depois, com mais profundidade, a entrevista que realizei com um segundo líder comunitário, Pedro, presidente de uma associação de refugiados.

#### **5.3.1 Garantindo saúde para quem precisa: entrevista com o pastor congolês**

Depois de mais de um mês em campo, finalmente conheci o referido líder comunitário, o pastor João da igreja neopentecostal africana do bairro. Durante uma VD, encontramos o pastor na frente de seu estabelecimento comercial. Ele nos convidou a sentar em cadeiras de plástico brancas, e iniciamos uma conversa descontraída. Ele usava roupas que pareciam peculiares a mim: uma camisa com estampa de onça, uma calça preta, colares e anéis muito grandes que pareciam ser de ouro.

As críticas que fazia eram direcionadas ao Sistema Único de Saúde como um todo: o acesso à UPA, a marcação de exames, as filas, a espera, a falta de medicamentos. A emergência, nesse contexto, seria boa, pois não deixa as pessoas morrerem e, segundo ele, atende bem. O acesso à média complexidade foi o mais destacado como ruim: na figura do SISREG, suas falas se repetiam ao longo da conversa sobre a dificuldade das pessoas em acessarem especialistas e exames. Em algum momento, senti como se o termo SISREG fosse evocado como um ser vivo, uma entidade que atua contra a população. Essa percepção sobre dificuldade no acesso a consultas e exames irá se repetir na fala de refugiados, líderes comunitários e trabalhadores.

Em relação à atenção básica, disse que o acesso à CF melhorou bastante depois que ele e o gerente se aproximaram. Mas alerta: melhorou para a comunidade de refugiados local, não para ele. O pastor João me conta que prefere pagar por serviços privados de saúde, não utilizando ele mesmo os serviços da CF. Pergunto sobre o motivo: além de considerar o serviço não muito bom e demorado, conta que em serviços privados nunca se sentiu discriminado, diferente de alguns serviços públicos, onde já teve problemas – dos quais não quis falar.

As comparações entre Brasil e França surgiram: disse-me que aqui no Brasil, além das filas, o serviço nem sempre é bom. Mas que na França os refugiados têm acesso a saúde com mais qualidade e menos espera. Essa percepção irá se repetir na fala de diversos usuários-refugiados.

Na esteira das comparações entre sistemas de saúde, perguntei como funcionava na RDC: lá o serviço, mesmo público, é pago. *E quem não pode pagar?*, pergunto. *Morre na porta*, responde. Entendo que nesse ponto a gratuidade do Sistema Único de Saúde soaria como algo potente, preservador da vida – ele mesmo havia referenciado a emergência como um bom serviço – e pergunto se o fato de não pagar poderia ser entendido, por ele, como um diferencial positivo em relação a outros países onde se cobra por serviços. Nisso, a resposta é emblemática: a gratuidade é um diferencial, sim, mas *para quem precisa*.

Em relação à discriminação a africanos nos serviços de saúde, ele compreende que algumas pessoas já chegam aos locais pensando que é por preconceito que os atendimentos

demoram ou até mesmo não ocorrem. Na sua visão, em algumas vezes, de fato, problemas ocorrem por discriminação, mas em outras são problemas de acesso comuns a toda a população que passam a ser entendidos como discriminação. Ainda assim, afirma que há discriminação contra refugiados africanos. Toma como exemplo minhas origens: ao notar meu sotaque, pergunta de onde sou, e falo que nasci no Rio Grande do Sul. Conta que o Sul do país é o lugar onde mais vivenciou o preconceito, inclusive com pessoas que mudavam de lugar no ônibus quando ele sentava.

Importante destacar que o pastor não parece considerar o sistema como, de fato, universal, uma vez que atribui seu uso a quem dele necessita – ou seja, por ter condições de pagar, prefere acessar serviços privados. Além de realizar uma diferenciação em relação aos outros refugiados, tomando seu poder aquisitivo como referência, isso revela que algumas percepções de que o sistema teria barreiras de acesso – como a discriminação – contaria para que se buscasse, quando possível, serviços privados. Ao mesmo tempo, aponta que alguns refugiados já pressupõem que estão sendo discriminados, o que pode se relacionar com experiências anteriores com outros serviços públicos.

Conta sobre a situação dos congoleses no Brasil: houve uma diminuição da chegada deles, segundo ele, porque os vistos de turismo não estão sendo concedidos na RDC para viagens ao Brasil, o que ele relaciona a uma política velada do Itamaraty<sup>63</sup> para afastar possíveis africanos que queiram vir solicitar refúgio no Brasil. Os problemas econômicos também surgem como uma preocupação: devido ao desemprego, alguns refugiados têm migrado para os EUA a partir da fronteira com o México, de forma não regular, *que nem na novela América*<sup>64</sup>, diz. Demonstra preocupação com essa situação. Conta sobre congoleses que viviam no Brasil e que hoje estão em centros de detenção de migrantes nos EUA, e comenta sobre um casal do qual não teve mais notícias, que teme por suas vidas. Por fim, apesar das preocupações, diz compreender as motivações: é perigoso, mas lá tem mais emprego, *dá pra viver uma vida boa*.

É notável a importância que essa liderança dá ao trabalho, destacando que o sustento econômico encontra maior possibilidade em países desenvolvidos como os EUA, levando muitos migrantes a se colocarem em risco para chegarem a este país. Em 28 de janeiro de 2019<sup>65</sup>, foram encontrados 17 corpos de congoleses no mar próximo à Colômbia. Dentre eles,

---

<sup>63</sup> Ministério das Relações Exteriores (também conhecido por Itamaraty).

<sup>64</sup> Novela brasileira da Rede Globo, televisionada em 2005, que retratava a imigração irregular para os EUA via México.

<sup>65</sup> Reportagem disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2019/02/congoleses-deixam-brasil-fugindo-da-crise-e-morrem-no-mar-na-colombia.shtml>. Acesso em 27 de fev. 2019

segundo a reportagem (Folha de S. Paulo, 2019): seis mulheres, duas delas grávidas, três homens e oito crianças. Realizando a rota em direção aos EUA, seu barco, superlotado, naufragou. Esses congolese viviam, até então, na periferia de São Paulo, e devido às difíceis condições socioeconômicas que vivenciavam, decidiram tentar o trajeto. Segundo uma liderança congolese entrevistada na reportagem: “muitos perderam o emprego por causa da crise e preferem arriscar a vida a morrer aqui de fome” (idem, 2019). Importante destacar que a garantia de direitos não pode se resumir a apenas alguns deles. Os direitos econômicos, previsto no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966), já citado no marco teórico, prevê que:

Artigo 6º:§1. Os Estados Membros no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de **ter a possibilidade de ganhar a vida mediante um trabalho livremente escolhido ou aceito e tomarão medidas apropriadas para salvaguardar esse direito.** §2. As medidas que cada Estados Membros no presente Pacto tomará, a fim de assegurar o pleno exercício desse direito, **deverão incluir a orientação e a formação técnica e profissional, a elaboração de programas, normas técnicas apropriadas para assegurar um desenvolvimento econômico, social e cultural constante e o pleno emprego produtivo** em condições que salvaguardem aos indivíduos o gozo das liberdades políticas e econômicas fundamentais.

Artigo 7º: Os Estados Membros no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de gozar de condições de trabalho justas e favoráveis, que assegurem especialmente: 1. Uma remuneração que proporcione, no mínimo, a todos os trabalhadores: 2. Um salário equitativo e uma remuneração igual por um trabalho de igual valor, sem qualquer distinção; em particular, as mulheres deverão ter a garantia de condições de trabalho não inferiores às dos homens e perceber a mesma remuneração que eles, por trabalho igual; **3. Uma existência decente para eles e suas famílias, em conformidade com as disposições do presente Pacto;** [...] (grifos meus)

A centralidade do trabalho na vida de refugiados, mesmo que em funções precárias, é destacado nos trabalhos de Aguiar e Mota (2014) e Foster (2017) sobre bolivianos, saúde e as oficinas têxteis onde trabalham – e onde, com frequência, moram -, de Risson (2016), em relação aos migrantes haitianos atuando como trabalhadores braçais na agroindústria da região de Chapecó, acessando a saúde a partir da exigência de vacinas por seus trabalhadores; Tonini (2018), sobre refugiados sírios que circulam entre subempregos no comércio e realizam vendas de alimentos de forma autônoma em São Paulo. Segundo Martin et al (2018, p. 30): “a aceleração das migrações pelas fronteiras (...) tem demonstrado que as circulações transnacionais trespasam fronteiras, abrem oportunidades de trabalho, constroem redes e, simultaneamente, expõem os sujeitos imigrantes a vulnerabilidades e riscos”.

### 5.3.2 Reflexões de um líder comunitário sobre discriminação e acesso à saúde: entrevista com Pedro

Pedro é referido como um líder comunitário congolês, atua como presidente de uma associação de refugiados e possui um salão de cabeleireiros. Eu desejava realizar a conversa em seu salão de cabelereiro, mas Pedro prefere que nos encontremos na clínica para termos mais privacidade na conversa.

Pedro, 50 anos, é casado, tem seis filhos, todos nascidos no Brasil onde reside desde 1993. Na RDC, cursou educação visual e gestão da segurança, tendo atuado no exército. Durante a ditadura de Mobutu, foi obrigado a realizar uma ação em Angola, durante a guerra civil, em apoio ao MPLA<sup>66</sup>. Porém, para que pudesse lutar lá, forneceram a ele documentos com nome diferente e origem angolana. Até hoje consta nos seus documentos que é angolano, embora tenha tentado de todos os jeitos provar que é congolês, mas as autoridades brasileiras nunca aceitaram seus documentos. Já no Brasil, seguiu estudando em cursos técnicos sobre segurança.

Nasceu e foi criado em Kinshasa, embora a família seja originalmente de outro distrito, Kassai. Sendo o pai de Pedro militar, a família vivia viajando em diversas missões e transferências. Seus irmãos ainda hoje moram em Kinshasa. Sua mãe trabalhava com comércio de diamantes, seu pai no exército, tendo tido uma vida de classe média alta, com confortos.

*No Congo era vida normal, eu estudava em Kinshasa. Meu pai me colocou na Academia Militar para continuar os estudos lá, terminar lá e já sair como oficial do exército. Saí como oficial lá e comecei outros treinamentos também, da guerrilha, e daí fui para a Bélgica. Fiquei um tempo lá mais ou menos uns 2 anos. Então quando eu voltei, aí surgiu essa operação em Angola.*

Em Angola viveu a guerra. Quando o conflito terminou, soube que haviam riscos de vida para os soldados que retornavam à RDC, o que fez ele vir ao Brasil solicitar refúgio: *não pude [voltar à RDC]. Alguns que voltaram foram eliminados, para você ver o senso de sanguinário que são os nossos dirigentes na África. Você vai lá, faz a missão e quando você volta, te eliminam para não saberem. No fim, era uma missão suicida.*

Explica-me que na época ocorria a guerra civil angolana:

---

<sup>66</sup> Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) é um partido político Angolano, que governa o país desde sua independência de Portugal em 1975.

*Nós tínhamos que se infiltrar... é o mesmo que hoje está acontecendo no Congo, vários ruandeses... Só que os ruandeses no caso invadiram o Congo matando, violentando e estuprando as mulheres e tal, mas nós em Angola fomos enviados em uma missão que era controlada pelo governo de Angola, entendeu. Aí tivemos que mudar os nomes, pegar outras identidades... e foi por isso que fiquei até hoje com o nome assim.*

Quando chegou ao Brasil, não conhecia ninguém aqui. Trouxe algum dinheiro e conseguiu se hospedar em um hotel no Centro. Sentia-se muito solitário, mas não sabia aonde ir. Passava os dias do outro lado da rua, em um bar onde comia e tomava sucos. Mais tarde soube que muitos africanos residiam na mesma rua, mas algumas quadras dali. Um dia, parado na porta do hotel, pensando sobre o que fazer com sua vida, avistou de longe um homem e o reconheceu. O homem gritou “*maître*<sup>67</sup>!” para ele. Era um amigo congolês que não via há muitos anos! O amigo também havia saído da África devido às guerras e conflitos. Dessa forma, o amigo o convidou para ir morar com ele, onde residia com a esposa.

Esse encontro é narrado com muita emoção: quando chegou na casa deste amigo, a esposa dele havia cozinhado pratos africanos: fufu com couve e amendoim, peixe: *foi um banquete*, disse. Que pôde se sentir em casa. Foi a primeira vez que experimentou caipirinha – mas com muita desconfiança. Hoje em dia é um apreciador da bebida.

Interessante ressaltar aqui a apropriação da cultura local na figura da caipirinha, ao mesmo tempo em que demonstra sentir falta da cultura alimentar tradicional. A mudança de hábitos alimentares, aqui apontada pelo açúcar e pelo álcool, são referidas na literatura como fatores que influenciam na aquisição de doenças crônicas em migrantes.

Esse amigo, hoje falecido, o levou à Cáritas, explicou que deveria pedir refúgio:

*Eu cheguei e nem sabia que podia pedir asilo a partir do aeroporto na Polícia Federal. Eu consegui o visto aí de um amigo que era Coronel (eu sou tenente-coronel das forças especiais). Através de uns contatos que ele tinha, ele conseguiu o visto pra mim, pegou meu passaporte, sem eu ter que me apresentar na embaixada. Aí que eu fui sair. Esse amigo me falou “você vai voltar quando?” e eu disse “não vou voltar nada, olha a situação”.*

Na Cáritas, Pedro foi encaminhado à Polícia Federal para pegar seu protocolo de solicitação de refúgio. Ninguém explicou seus direitos no Brasil – não sabia nem mesmo que existia um sistema de saúde público e gratuito. Conta que até hoje as informações não são dadas de forma clara aos que chegam – e que as vezes nem mesmo é passada qualquer informação. Diz que a rede de refugiados mais antigos costuma acolher os mais novos, explicando a eles

---

<sup>67</sup> Mestre, em francês.

como as coisas funcionam no Brasil, direitos, políticas públicas, etc. Ao questionar se a Cáritas não fornece essas informações aos que chegam, Pedro me diz:

*Não, a Cáritas não informa nada! Atende o teu refúgio, anota aí e te fala “tá bom, beleza, volta aqui daqui a tanto tempo, tantas semanas, para pegar um dinheiro”. A pessoa que vem pedindo Refúgio não tem nada, você manda voltar daqui a três, quatro semanas, nesse tempo a pessoa vai para onde? Vai viver como? Vai se alimentar como? Depois de tantas semanas, essa pessoa vai estar dependendo de nós... ajudando ele, e durante a vida dele toda, até ele se estabilizar, pegar um documento, fazer a carteira de trabalho, mando alguém acompanhar ele. Quando alguém tá vindo para um país como refugiado, ele não sabe o que vai encontrar, assim como quando nós viemos para cá. Nós não sabíamos o que iríamos encontrar.*

A falta de informação sobre direitos na chegada ao país de acolhida é referida na literatura (RECHEL et al, 2013; MARTES e FALEIROS, 2013) como uma barreira de acesso aos serviços públicos. Pedro revela uma dinâmica muito interessante para tentar lidar com essa situação: a mobilização dos refugiados mais antigos no território para acolher os recém-chegados<sup>68</sup> e auxiliá-los na compreensão das instituições locais, além de auxílio financeiro.

Seu primeiro contato com um serviço público de saúde no Brasil foi em um hospital público do centro da cidade. Conta que, na época, havia um acordo entre Cáritas e esse hospital, e que era necessário primeiro passar na Cáritas para pegar um papel de encaminhamento com a assistente social para levar até o serviço – o que considera que era um problema, pois exigia mais deslocamentos – e mais gastos com passagens. Além disso, nem sempre quando ia à Cáritas buscar encaminhamento conseguia atendimento, pois algumas vezes haviam muitas pessoas aguardando. Considerava esse serviço bom, porque era um hospital que também possuía especialidades ambulatoriais locais.

As impressões de Pedro são marcadas, como a de todos refugiados e lideranças, pela dimensão do tempo. O longo tempo de espera para um atendimento que nem sempre se concretizava na Cáritas parece se repetir na passagem de alguns refugiados pela CF. Por outro lado, vemos a valorização do serviço hospitalar e ambulatorial onde tudo ocorria de maneira rápida, inclusive o acesso a especialistas e exames.

Seu primeiro contato no hospital foi com uma médica. Fala de seus problemas de saúde: *se olhar bem meus olhos você vê que um dos meus olhos é um pouquinho menor do que o outro. Fiquei com algumas sequelas do trabalho com arma pesada, fiquei com um problema no estômago que tenho até hoje e nunca cheguei a tratar.* Sobre o estômago, conta:

---

<sup>68</sup> Sobre a dinâmica entre refugiados mais antigos e refugiados mais novos no território deste mesmo bairro, ver Tannuri (2010).

*As coisas que eu comia na mata... você come de tudo, raízes, peixe cru, não pode fazer fogo... A sobrevivência dentro da mata na guerra, algumas coisas que eu comi me causou problema... tipo de água que bebia, tinha uns comprimidos... pegávamos água com lama e colocávamos esse comprimido e toda a sujeira descia embaixo, aí aquela água nos dava gases no estômago.*

A médica de quem me fala tratava suas dores e estômago e acompanhava ele em todas suas necessidades. Repete muitas vezes: *meu Deus do céu, essa médica era muito legal, meu Deus, se todas as médicas fossem assim.* Conta que por conta dela, passou por ortopedistas e gastroenterologistas, os últimos recomendaram que realizasse uma endoscopia:

*Eu não sabia o que era isso, quando eu cheguei no dia para fazer eu tava sentado aqui, com os pacientes, estavam ali também para ser atendidos, eu perguntei para o paciente “aí, você vai ser atendido por quê?” “Vou fazer endoscopia” “eu também vou fazer isso como é que é esse negócio”, ele falou “é um negócio muito ruim. Pega um negócio para tomar o remédio, fica com a boca toda dormente, depois enfia uma mangueira pela garganta, essa mangueira vai até seu estômago, tem uma tela que eles ficam vendo, tiram umas fotos e tal”. Eu falei “o que?! Eu vivo assim vão enfiar um negócio na minha garganta? Isso não mata?”, ele falou “isso não mata, não, mas é muito ruim, é muito desagradável”. Quando eu vi isso aí fiquei com tanto medo, falei: “Não, não! Não morri de tiro, vou vir morrer aqui de mangueira na minha garganta?!” [risada] e eu não fiz, não. Eu fugi e até hoje não fiz.*

Chama a atenção aqui a comparação que faz entre um exame que desconhece e a morte em situação de guerra, fazendo soar como que se o desconhecido pudesse ser mais perigoso do que a situação de guerra. Depois de esse episódio, quando evadiu do exame, retornou à médica e ela lhe repreendeu de forma carinhosa. Essa médica, para ele, era como uma *mãe*, e conta que ela deu a ele uma boa imagem sobre os hospitais públicos brasileiros: *se todos os médicos fizessem isso, poxa, sabe, o médico é como um psicólogo, eu às vezes me sentia mal, mas só o fato de sentar assim com o médico, conversar com médico, eu me sentia bem, sem tomar injeção, sem tomar remédio, me sentia bem.*

Segue falando sobre a relação dos usuários com os trabalhadores de saúde e questões que transcendem o cuidado biomédico:

*Às vezes tem doença que é psicológica, você se sente mal de tanto ficar pensando. Até hoje eu passo mal de ficar pensando muito. Às vezes você tem dificuldade financeira, dificuldade de realizar certas coisas, dificuldade em casa. Você fica pensando na vida que você tinha e o que você virou. Poxa, eu era um rei. No Congo eu era rei, em Angola virei príncipe, eu comecei a descer [[risadas]]. Não éramos bilionários, a gente tinha vida boa, uma vida bem equilibrada, todo mundo na minha casa tinha faculdade, aonde eu ia eu andava com guarda costa. Depois, quando era oficial do exército, também tinha 3, 4 guarda-costas. Fui pra Angola nessas porcarias deles. Era uma boa vida também, pagava bem, mas era uma vida de muita insegurança, você tinha missão toda hora... E quando eu vim para o Brasil, meu Deus do céu, comecei a ter que trabalhar e ter carteira assinada, perseguição [por discriminação] lá em São Paulo, saí de lá, voltei para cá, trabalhei, também não deu certo. Hoje em*



*dia eu vivo assim, por conta própria. Mas é bem difícil do mesmo jeito, hoje eu trabalho com o salão e com palestra. Quando surge a palestra na área de segurança, área da cultura, na área política, sobre a África, sobre o Congo. Aparece às vezes, dá muito mais palestra grátis do que recebe...*

Pedro morou alguns anos no Centro do Rio de Janeiro, mas depois foi a São Paulo para trabalhar, conhecia congoleses que diziam a ele que lá haviam mais possibilidades na área de segurança. Chegou a encontrar trabalhos, mas disse que sofreu muita perseguição por conta de discriminação (racial e xenofóbica). Por fim, decidiu retornar ao Rio, mas disse que não desejava mais morar no Centro: queria um lugar calmo, sem barulho, um lugar bom como a Penha: *Na época a violência não era como tá hoje. Hoje tá demais, esse pessoal de outra facção veio invadir... E aí tá dando guerra aqui... ficou muito inseguro. E o que que a Cáritas faz sobre isso? o CONARE, faz o quê sobre isso? NADA!*

Na RDC, segundo o entrevistado, houve um bom sistema público de saúde até os anos 70. Hoje em dia, ainda existem grandes hospitais, mas a qualidade teria piorado por falta de investimentos e não pagamento de salários adequados aos médicos. Segundo Pedro, o governo desvia verbas da saúde. Hoje, para ser bem atendido em hospitais do governo é necessário pagar: *governo não dá os remédios que deveriam, não dá as condições.* Em alguns hospitais faltam equipamentos. Em comparação ao Brasil, diz que alguns – os melhores – chegam a ter um nível parecido com os hospitais públicos daqui, mas outros seriam piores: *aqui é ruim, mas é melhor do que lá. Lá nenhum medicamento é de graça.* Mais uma vez, a valorização dos medicamentos gratuitos aparece. Conta-me que na RDC quem não tem condições de pagar, morre:

*Conheço muitas histórias de pessoas que não conseguiram o dinheiro para pagar remédio. Lá tem hospital público e tem hospital particular. Quando a pessoa está passando mal, em qualquer hospital ela tem que ser atendida. Não importa se tem dinheiro, vai ser atendido. Primeiro, vai salvar a vida dele, depois que ele estiver com a vida boa, com saúde, você cobra, você vai segurar ele lá no hospital para família dele ir pagando pouco a pouco.*

A situação piorou muito na época do presidente Mobutu<sup>69</sup>, que devido a desvios de verba e mudanças nos sistemas, levou ao fato de todo e qualquer tipo de serviço cobrar taxas. As taxas não são altas, segundo ele, depende do problema de saúde. Quem não tem acesso a regiões com hospitais ou recursos para arcar com essas taxas é atendido por organizações humanitárias como a Cruz Vermelha, sobretudo em locais vulneráveis. Essas organizações são

---

<sup>69</sup> Mobutu Sese Seko Nkuku Ngbendu wa Za Banga, ou Joseph-Desiré Mobutu, ex-presidente da RDC, entre 1965 e 1997. Sua gestão foi marcada por diversas violações de direitos da população congoleza e conflitos entre grupos armados.

consideradas por ele como uma boa ajuda, mas explicita sua visão de que o ideal seria a organização de sistemas de saúde nacionais, sem necessitar de ajuda humanitária. *Então em termos de saúde, sinceramente, não tem nem comparação com o que tem aqui. Aqui também tem muita dificuldade de saúde, mas é um pouquinho melhor do que lá.*

Em relação à discriminação, Pedro refere que existe, sim, preconceito no Brasil, pois é difícil arranjar emprego (sobretudo nas áreas de formação, uma vez que a validação de diplomas é muito difícil e cara). Relaciona isso ao fato de ser refugiado e negro:

*Existe preconceito no Brasil... para você conseguir um emprego aqui é difícil. Nós que lutamos nesse processo para tirar o nome de "refugiado" dos documentos. Eu fui uma das primeiras pessoas que começou esse processo. Tem [preconceito] de ser refugiado e de ser preto.*

Importante destacar aqui a importância que o entrevistado dá ao fato de terem conseguido retirar o termo refugiado dos documentos. Pereira e Bizerril (2007) apontam a existência de um estigma atribuído aos refugiados no Brasil. Podemos entender por estigma como uma marca ou sinal existentes ou atribuídos a certos indivíduos e que são consideradas socialmente desvantajosas ou desqualificadas. Para Goffman (1963, p.04) estigma é “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. A pesquisa de Pereira e Bizerril (2007) demonstra que diversos refugiados por eles entrevistados referiam a existência de um estigma social com sua condição de refugiados, ainda que nem todos vivenciassem atos de discriminação constantemente. Esse estigma fazia com que alguns deles optassem por não se identificarem como refugiados, definindo-se como migrantes ou estrangeiros, na busca por encobrir seu estigma. Diversas crenças são atribuídas à identidade de um refugiado, fazendo com que se faça dela um estigma, como veremos mais adiante em falas do entrevistado.

Pedro me conta algumas histórias de discriminação que vivenciou. Em São Paulo procurava empregos em uma agência que contratava seguranças para empresários. Apesar de seu currículo ser especializado, conta que no dia da entrevista na agência de contratação, a responsável o olhou de uma forma estranha quando o avistou na sala de espera, e logo após a entrevista o dispensou, dizendo que entrariam em contato. Disse que questionou a mulher, pois havia recebido um telegrama solicitando que se apresentasse com urgência, uma vez que seu currículo se destacava, falando que ela o estava discriminando por ser negro:

*Eu, preto, africano... ela me discriminou. Ela disse “não, não é isso, não, pelo amor de Deus”, eu falei “é isso mesmo, então a senhora procura modelos, porque eu não sou modelo, eu sou profissional na área de segurança e não é qualquer segurança,*

*não! Eu sou apto a cuidar da segurança de um país porque essa é minha formação”... Aqui trabalhei de segurança pequeno por causa de sobrevivência.*

Pergunto que tipo de preconceito ele sentiu nessa situação, ao que ele me diz:

*O problema é o nome refugiado e a raça também. O brasileiro não sabe o que é refugiado, e o governo brasileiro não procura educar o povo sobre refugiado e sobre migrante... às vezes passam uma visão do migrante como alguém que vem tirar o emprego do povo brasileiro, e o refugiado como se fosse um criminoso, que veio de lá correndo do crime.*

Pensa que hoje as situações de discriminação melhoraram um pouco, pois os africanos começaram a vir em uma quantidade maior para o Brasil e que, devido às dificuldades sociais, passaram a residir em comunidades, onde tem mais *povão, gente humilde... eles começaram a descobrir que esses refugiados são gente boa, refugiado não é bandido... aí começou a convivência.*

Ainda assim, sente que há pessoas, principalmente de classes mais altas, que os tratam como inferiores. Diz que isso se relaciona a ser africano, mas de ser *preto* também. Pergunto sobre sua visão acerca do preconceito no Brasil. Na sua opinião, o Brasil tem mais preconceito racial do que a Bélgica (país onde já residiu), uma vez que os belgas já teriam convivido muito na África (por causa da colonização), além de existirem muitos *belgas que são congolezes*, que nasceram em um país e depois foram morar no outro. Há muita mistura, segundo ele: belgas que tem pai congolês e mãe belga, mistura que favoreceria um melhor conhecimento sobre a cultura africana. Reproduzo aqui um trecho importante dessa parte da conversa:

*Agora, não quero dizer que não existe racismo lá. Existe. Em todo país onde tem branco, tem racismo. Não adianta falar que na Bélgica não tem racismo, na França não tem, porque tem. Só que eu prefiro o racista que é racista e eu sei que é, e que diz que não gosta de mim, do que o racismo incubado, esse é o pior. Por exemplo o lugar que não gosta de você mas finge que gosta de você. (...) O Brasil me impressiona porque mais do que a metade da população é preta, e há um preconceito da minoria contra a maioria.*

Pedro conta que no Brasil existe um *racismo incubado*, diferente da Europa, onde o racismo seria transparente, o que em sua percepção ajuda a lidar com situações difíceis. Mas aponta:

*Aqui no Brasil todo mundo finge... mas é um país muito racista. Você pode ver pelas instituições. Você vai no banco, é maltratado, você está entrando e o segurança já*

*pega a arma na mão, sendo que o segurança é preto também, mas já lavaram o cérebro dele<sup>70</sup>, pra ele o preto é bandido.*

Pedro diz que aprendeu a conviver com o racismo brasileiro aos poucos. E que esse *racismo incubado* fez ele ficar com trauma de conviver com brasileiros por um tempo, sempre desconfiado das reais intenções de uma pessoa branca ao vir conversar com ele. Ainda assim, diz que existem pessoas muito interessantes que conheceu ao longo dos anos no Brasil, brancos e pretos, que não tem preconceito nenhum, mas que em geral o preconceito é algo forte, arraigado nas relações sociais, e que ocorre até mesmo na área da saúde. Às vezes, ao ir a algum hospital ou clínica da família os refugiados são maltratados, diz que as pessoas ficam encarando, e quando finalmente olham no seu documento e veem que você é africano, *já te olha estranho e te pede pra sentar lá e esperar... as pessoas muitas vezes não dão a mesma atenção*

Apesar de falar muitas vezes sobre discriminação e preconceito, nunca viveu nenhuma situação realmente grave de discriminação em um serviço de saúde. Diz saber que hoje em dia tanto africano quanto brasileiro é mal atendido no SUS porque a saúde em geral está precária no Brasil, e que é visível as condições degradadas de alguns hospitais, o que impediria os profissionais de trabalharem de forma adequada – sem materiais, sem remédios. Aqui é importante destacar as similitudes com a insatisfação na espera por parte de usuários brasileiros (CAMPOS, 2014), mas com a diferença que os refugiados atribuem a demora à discriminação, além do descaso.

Da mesma forma apontada por outros interlocutores refugiados, aponta que por vezes o atendimento ruim é devido à precarização geral do serviço, mas em outros momentos há situações discriminatórias: *uma vez aconteceu aqui que eu vim para medir a pressão, os caras já te veem, de um modo geral, ele já começa a falar português meio torto contigo [imita os trabalhadores falando com ele]. Falam gritando, eles querem imitar o jeito do estrangeiro falar.* Pergunto se isso se refere a imitar um sotaque específico, e ele fala que não sabe se as pessoas pensam que assim você vai entender melhor ou se estão *zoando* com você. Mas reitera que isso gera um sentimento muito ruim.

Conta-me o episódio de uma vez em que se sentiu discriminado na CF em questão: estava ali para aferir sua pressão arterial (é hipertenso), mas estavam deixando ele esperar por muito tempo. Viu que o responsável pela aferição estava conversando com alguém na parte externa da clínica há muito tempo, então o abordou e explicou que precisava aferir a pressão,

---

ao que o trabalhador teria respondido de forma desinteressada: “ó, fica sentadinho aí, aguarda”. Conta que seu sangue subiu, porque sentiu que estava sendo tratado *como um cachorro*. Diz que esperou mais um bom tempo, até que o abordou novamente:

*Poxa, parceiro, olha só: primeiramente, você tem que aprender a respeitar as pessoas, você não sabe quem sou eu, não pensa que é porque estou aqui dependendo do seu atendimento que você pode me tratar como se eu fosse qualquer coisa, um animal. Eu sou um ser humano e você me deve respeito. E se você tá aqui, é porque eu existo como paciente. Se não tiver paciente, você não estará aqui. Então você tem que me atender, não fala “fica sentadinho aí”.*

Contou que os dois começaram a gritar (ele e o trabalhador) e a se xingar, e as pessoas que estavam atendendo em salas próximas saíram para ver o que estava acontecendo. Pergunto para ele se o trabalhador não faria o mesmo (deixar esperando enquanto conversa) com qualquer outra pessoa, mas Pedro estava muito convicto de que falou com ele daquela forma porque ele era estrangeiro e africano.

Pergunto sobre seu lugar de liderança junto aos africanos, sobre as pessoas que acompanha à clínica e acesso à saúde no equipamento em questão. Conta-me que muitas pessoas ainda chegam sem saber falar português, e que nesses casos sempre um deles (refugiados mais antigos, ligados à associação) acompanha:

*Antes tinha muita dificuldade aqui, porque eles não aceitavam comprovante de endereço de outro lugar... eles queriam só da área aqui, mas hoje eles abriram essa brecha para atender quando é africano, que vem de outros bairros. Às vezes nos bairros onde eles moram não conseguem atendimento. Aqui nessa clínica é diferente, porque eles [ACS] já moram junto com os africanos. Eles já conhecem, eu já conheço as ACS, já tem mais acessibilidade, tem esse negócio de ir de casa em casa.*

Ele valoriza muito *esse negócio de ir de casa em casa*, ou seja, as VDs e o papel das ACS na vinculação e acesso. Pergunto se em outros bairros onde residem africanos não ocorrem VDs, comentando que está dentre as atribuições dos ACS, ao que me responde que em certos bairros isso não ocorre, além de não atenderem africanos, sobretudo os *novatos* que não falam português. Quanto a isso, referem sempre chamá-los até o bairro em questão, onde os acompanham à CF, graças ao fluxo facilitado que flexibiliza o acesso aos refugiados. Comenta que a única trabalhadora da saúde com quem tem um vínculo é sua ACS, e que no mais não possui relações mais profundas com os trabalhadores.

Conheceu sua ACS na época em que ela foi cadastrá-lo anos atrás (não especifica). Ela explicou a ele como funcionava a clínica, o acompanhamento. Mas conta que só começou a utilizar os serviços com frequência – fora situações pontuais de demandas agudas, como algum

resfriado – quando descobriu ser hipertenso. Em relação ao cadastramento, comento que escutei de trabalhadores que alguns refugiados foram refratários a essa ação. Pedro me explica sua percepção sobre isso:

*É que as pessoas vão em lugares onde o atendimento é ruim, e às vezes as pessoas preferem se automedicar do que ir no hospital e não ser atendido, e ainda sair decepcionado. Eles colocam na cabeça “Ah, vou tomar dipirona”. Às vezes a dor de cabeça na verdade é de pressão, mas a pessoa também tem preguiça de ver, eu também, depois daquele episódio ali [que teve o desentendimento com o funcionário], fiquei uns 2 ou 3 meses sem vir aqui, sendo que tinha que estar vindo todos os dias para medir a pressão.*

A partir do relato acima, é visível como as experiências anteriores moldam a forma como os serviços de saúde são buscados pelos usuários. Tanto experiências ruins quanto boas vão construindo a percepção sobre os serviços públicos de saúde, contribuindo para que haja uma expectativa (positiva ou negativa) em relação a como se é tratado nesses espaços. Da mesma forma, a automedicação é apontada como uma alternativa à espera por atendimento.

Pedro me explica que uma experiência ruim em um serviço de saúde pode ter impactos na saúde mental dos refugiados:

*Nós somos como fera adormecida, pessoas como nós que já passaram uma vida de guerra, os conflitos, a gente precisa de pessoas perto de nós que nos acalmem, passem a mão na cabeça, pois vivemos uma vida muito estressante. Às vezes você se esconde, você quer matar aquela pessoa que você se tornou, a vida que você vai levando, quer se transformar em uma pessoa real que você era antes de virar aquilo ali. Às vezes você começa a se encontrar com esse tipo de ataque, esse tipo de tratamento, isso começa a gerar a revolta, e a revolta faz surgir aquela... sei lá, não sei se posso chamar assim de animal dentro de você, aquele militar, guerreiro, tá entendendo? Psicologicamente, isso afeta as pessoas... Às vezes você pensa: melhor evitar esse lugar ou evitar essa pessoa para que não venha me trazer problema ou me retransformar em alguma coisa que eu não quero ser mais... Por exemplo, com aquele tratamento eu me senti muito mal, me senti um nada. Por exemplo, com nível acadêmico que você tem, você chega num lugar e uma pessoa que, às vezes, você é superior a ele em termos de trabalho ou tem o mesmo nível de formação acadêmica, a pessoa te trata como se você fosse qualquer um. Você fica meio reprimido, acuado, desonrado, não sei que palavra posso colocar. Todas elas, talvez. Eu preferi não vir mais, fiquei, uns dois, três meses, e minha cabeça pesa muito, tem muito pensamento, muita coisa que você quer realizar e não consegue, aí a pressão começou a subir de novo.*

Após essa situação na CF, Pedro seguiu se automedicando para a pressão, não mais acompanhando no serviço, até o dia em que encontrou sua ACS e ela lhe deu *uma bronca do caramba*, informando que o médico estava procurando por ele. Após essa abordagem de preocupação, mas também de controle por parte da ACS, ele retornou às consultas, mas diz que não vêm mais tão regularmente à clínica, pois ficou com uma sensação ruim.

Comenta que quando ocorrem experiências ruins, às vezes as pessoas ficam com resistência a procurar qualquer outro serviço público: *é como a gente fala [fala uma frase em Lingala], quero dizer o quê, que as coisas do Estado aqui no Brasil te tratam como uma merda, desculpa a palavra, te tratam como nada, porque é público.*

Os sofrimentos descritos por Pedro parecem corroborar os achados da pesquisa de Haydu (2017) sobre refugiados congolese em São Paulo: verifica-se que existe sofrimento atribuído a ser africano e negro, assim como sofrimento relacionado à migração forçada, à perda de poder aquisitivo, à solidão e distância da família. O discurso sobre o sofrimento que passa no Brasil se sobrepõe às falas sobre o processo migratório, assim como na pesquisa de Haydu (2017, p.145): “Nas falas de muitos, a perseguição, a violação de direitos humanos e toda a sorte de violência a que foram submetidos na RDC, acabam tendo um peso menor se comparado às dificuldades enfrentadas no Brasil”.

Nesse momento, Pedro comenta sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro e as demissões que ocorreram na CF:

*É uma destruição da saúde! A saúde já não está boa, o atendimento não está bom, os poucos profissionais que estão aí então se dedicando e às vezes se sacrificam! As pessoas que trabalham aqui já estão acostumadas a lidar com esse povo africano, já criaram uma metodologia de trabalho para poder atender a todos os cidadãos daqui, refugiados e migrantes, brasileiros, a classe de baixa renda. Aí você vem e tira eles! Desmontam o que foi montado. Volta tudo a zero, e tudo isso é o que é o dinheiro público. Você poderia talvez melhorar colocando mais duas pessoas, mas assim você vai tirar todo mundo e contratar depois de um tempo, de novo. Vai gastar muito dinheiro público pois ainda precisa formar as pessoas para chegar naquele mesmo nível dos que já estavam... não pode fazer isso pois fazendo isso está matando o povo. E quem tá fazendo isso é o prefeito novo. Tem que dar impeachment nesse cara... As coisas já estão difíceis, e esse cara veio para dificultar mais ainda.*

#### 5.4 Usuários-refugiados: interrogando os caminhos do acesso

Apresento nessa seção as entrevistas realizadas com usuários refugiados da CF. A divisão foi realizada a partir da ordem das entrevistas realizadas, utilizando nomes fictícios.

##### 5.4.1 Fiquei morto por quatro minutos! Percalços na busca por acompanhamento na entrevista com Hugo

Hugo, 68 anos, frequentador tanto da Assembleia de Deus quanto da Igreja Universal, me conta sobre sua vida: filho de um angolano e de uma congoleza, nasceu em Angola, mas ainda pequeno os pais o levaram para morar em Kinshasa, onde cresceu. É formado em ciências políticas e relações internacionais, tendo realizado seus estudos entre Bélgica e França. Viveu muitos anos na Europa, com sua antiga esposa, com quem teve sete filhos. Depois de muitos anos, mudou-se para Angola, onde trabalhava com comércio, na capital do país. Frequentava o Brasil desde 1995, pois vinha fazer compras de artigos como roupas e calçados em São Paulo e Rio de Janeiro, sob encomenda de diversos comerciantes de Luanda. Trabalhava também com frigoríficos. Sobre o Brasil, conta: *em 2002 vim ficar aqui. Por motivo político. E econômico. Com o tempo, o trabalho começou a ficar ruim, e a situação lá muito instável e complicada.* Pensava em retornar a Angola em algum momento pois seus negócios ficaram lá, mas acabou se apaixonando por uma brasileira.

Beneficiado pela anistia concedida a migrantes, no início possuía apenas vistos de residência: *minha identidade é da anistia! Quando Lula<sup>71</sup> estava no poder, as pessoas que moravam mais de algum tempo poderiam pedir residência indeterminada. Eu cheguei a pedir refúgio, mas não aceitaram.* Quando chegou no Brasil, residiu por algum tempo em Copacabana, mas o dinheiro que havia trazido foi acabando. Na mesma época, conheceu uma brasileira que residia no bairro em que realizo essa pesquisa, e começaram a namorar. Dessa forma, acabou se mudando para aquele bairro, onde sabia já viverem outros africanos.

A anistia pode ser entendida como “um ato pelo qual o Estado concede um perdão aos migrantes não documentados, residentes em seu território, ofertando a possibilidade de regularização migratória e permanência. A anistia é direcionada aos que não têm residência documentada e querem se regularizar”. (WALDMAN, 2018, p.11). A possibilidade de regularização de estrangeiros não documentados foi acrescentada ao antigo Estatuto do Estrangeiro no seu artigo 134, a partir da lei Lei n.º 6.964 de 1981. As anistias brasileiras concedidas a migrantes ocorreram em: 1981 (Lei n.º 6.964/81), 1988 (Lei n.º 7.685/88), 1998 (Lei n.º 9.675/98) e 2009 (Lei n.º 11.961/09). Waldman (2018, p.13), no entanto, nos alerta: “mesmo que estas cumprissem seu papel de documentar um determinado número de migrantes – e com isso possibilitassem uma vida em melhores condições no Brasil –, as anistias são medidas pontuais que não conseguem resolver a questão das poucas vias de documentação de migrantes estabelecidas pelo Estatuto do Estrangeiro”. A exigência de documentações comprobatórias, os custos e a falta de informação sobre o procedimento teriam impedido muitos

---

<sup>71</sup> Luiz Inácio Lula da Silva, presidente do Brasil entre 2003 e 2011.



migrantes de regularizarem suas situações. A anistia também possui um caráter temporário, e em relação a isso, Hugo afirma que deseja realizar o processo de naturalização.

Seus irmãos e familiares residem na Europa, dessa forma, retornou a RDC apenas uma vez, quando a cunhada e sobrinhos morreram em um incêndio na Alemanha, e foram enterrados em Kinshasa. Seus filhos moram em Paris, às vezes vêm visitá-lo no Brasil, em outras enviam passagens aéreas para ele ir até lá encontrá-los: *Gosto de morar aqui. Se não, ficaria na França. Não tenho cidadania francesa, mas meus filhos têm. Eu quero me naturalizar aqui no Brasil, ter nacionalidade brasileira.*

Em relação à religião, quando era criança costumava frequentar a igreja católica com sua mãe, na RDC, mas se considera evangélico desde criança. Quando retornou da Europa para Angola, passou a frequentar a Assembleia de Deus em Luanda: *Eu acredito em Deus, eu leio a bíblia, eu respeito o que acredito, não faço mal para outra pessoa. Para mim, amor é tudo na vida.*

Como vemos nas falas de muitos refugiados e suas lideranças, o discurso religioso é muito caro a estes. Haydu (2017) aponta as redes de sociabilidade e solidariedade que se criam a partir das vinculações religiosas de congoleses, contribuindo para a busca de sentido na vida e alívio de seus sofrimentos. As igrejas também proporcionam apoios materiais, como veremos no caso de Joana, além do apoio espiritual, social, e atuam na mediação com os serviços de saúde, como pudemos verificar a partir do fluxo de atendimento de refugiados criado a partir da aproximação as CF com o pastor congolês.

Conta-me que em breve irá mudar de bairro, pois ali *tem muito tiro*. Para ele, viver no bairro envolve um cuidado redobrado com sua segurança: *pra mim, aqui é a prudência primeiro. Não saio à noite, depois das 22h. Agora é muito perigoso aqui. Quando vim pra cá não tinha isso, era tranquilo. Agora me sinto inseguro, sinto medo*. Novamente a questão da violência na região em questão é trazida à tona.

A primeira interação que teve em instituições de saúde no Brasil foi em uma clínica privada: *fui lá porque quando cheguei, vim com um dinheiro. Depois gastei. Aí não podia ir lá na clínica privada porque fiquei sem dinheiro. Fazia exame de próstata, tudo isso, check-up, lá na Riachuelo. Para me cuidar. Agora não consigo mais fazer isso*. Só foi cadastrado na CF há dois ou três anos, embora já morasse no bairro há bastante tempo. Um dia, com dor na coluna, resolveu seguir as recomendações de alguns vizinhos e foi à clínica em busca de alguma injeção para dor. Nesse momento a ACS o cadastrou. Antes, costumava ir à UPA quando tinha crises de dor na coluna ou alguma outra questão aguda. Fala que a ACS às vezes realiza VDs na sua casa. A valorização das VDs irá se repetir em diversas conversas, como um elemento que

aproxima os refugiados dos serviços de saúde. Da mesma forma, a busca pelo serviço de saúde em momentos de *demanda aguda* reaparece aqui.

Nossa conversa sobre suas percepções sobre acesso possuem um fio condutor muito específico: na madrugada após seu aniversário de 68 anos, sentiu muita dificuldade de respirar na hora de dormir. Como a respiração ia ficando cada vez mais difícil, saiu na rua, em plena madrugada, para pedir ajuda – mas mal conseguia falar. Uma vizinha o levou a um hospital próximo: estava tendo um infarto!

*Me colocaram no quarto vermelho, de emergência. Parece que infartei por 4 minutos, fiquei morto por 4 minutos! Não sei se me deram choque. Só sei depois, quando acordei todo mundo que estava em volta de mim tinha morrido, menos um. Fiquei lá 48h, na sala vermelha. Depois me levaram para outra sala. E me falaram que se eu tivesse parado por 5 minutos, não estaria vivo.*

No hospital, falaram para Hugo que ele deveria acompanhar seu estado de saúde na CF. Nesse ano, realizou a consulta com o médico da sua equipe de referência: além do infarto que sofreu, ele também é hipertenso. O médico solicitou alguns exames e disse que ele deveria retornar, mas então os desencontros começaram: ele se atrasou em torno de 30 minutos. O médico não o recebeu e disse que ele deveria retornar apenas em outubro: *levei todos os exames, cateterismo, etc. Tava tudo pronto. Mas ele marcou pra dali a dois meses! Dois meses é muito tempo. Podia ter marcado pra semana seguinte, mas dois meses é muito.*

Na época em que teria a consulta reagendada, os filhos de Hugo enviaram uma passagem para ele ir visitá-los na França, e ele acabou por perder a consulta. Retornou algumas vezes na CF para realizar a marcação da consulta, mas não encontrou sua ACS: *falei com outra ACS, mas ela disse que apenas a minha referência poderia marcar a consulta. Acabei não marcando.* Mostrou-se preocupado com sua saúde, dizendo que está, também com um problema para andar, que relaciona ao infarto, pois antes *caminhava rapidinho, no ritmo de quem caminha na França, porque lá é frio. Tem dias que a respiração também fica ruim.*

Demonstra seu descontentamento com acesso à média complexidade, pois queria fazer exames para saber o que tem na coluna, mas não consegue: *me colocaram no sistema pra ver ortopedista, mas até agora nada.* Para ele, *o lado do remédio é bom, recebo todo mês [para hipertensão e colesterol]. Mas o lado da observação [cuidado clínico] não é bom.* Conta que às vezes chega na clínica com dor, mas a enfermeira não está disponível, e precisa ir na farmácia comprar o medicamento para a injeção. Aqui podemos ver que o uso do sistema público, a partir das barreiras de acesso que surgem, levam o usuário a usar dos próprios recursos para ter acesso a medicamentos pagos.

Pergunto a ele como era o acesso à saúde em Angola, e ele destaca as dificuldades para ser atendido:

*Lá a saúde é muito difícil. Tem que ter dinheiro para ir no hospital particular. Tem hospital público de graça, mas é difícil conseguir consulta sem pagar algo. Quando não tem dinheiro, não vão te tratar bem. Tem que pagar para que tomem conta de você rapidinho, se não demora muito. Francamente eu diria que lá é muito difícil. Aqui tem problema também pra médico atender você. É muito difícil. Eu conheço muitos angolanos aqui que sofrem, mas é difícil. Falam “volta tal dia”, quando volta às vezes não consegue atendimento.*

Quanto às suas percepções em relação ao atendimento de outros angolanos na CF, diz que: *tem muitas pessoas com problema com a clínica; elas dizem “aqui também o sistema de saúde não tá bom, parece tá ficando que nem Angola, ninguém é atendido”*. Conta que seus amigos e conhecidos vêm à clínica *porque têm direito de tomar remédio aqui. Somos seres humanos. Mas quando falam “espera senhor”, e começa a demorar, eu falo pra ACS “tu já avisou o médico que eu tô aqui?”*. Eles dizem *pra chegar 8h, mas às vezes chamam depois das 11h*. Os filhos de Hugo querem que ele vá à Paris realizar um check-up devido ao infarto que sofreu e à falta de acesso que ocorre no Brasil.

A percepção sobre direito à saúde que Hugo mobiliza parece se referir ao direito a adquirir medicamentos de forma gratuita, mas também ao fato de *ser humano*, como numa possível referência a algum ideal de igualdade ou de não diferenciação entre as pessoas, mobilizando o desejo de um atendimento digno – que, para ele, parece ser um atendimento que não demore e possibilite acesso a exames e especialistas.

Quando comento que alguns refugiados afirmam que sentem que são tratados de forma diferente por serem estrangeiros, Hugo diz que isso nunca ocorreu com ele, embora outros amigos já tenham vividos tais situações. Conclui dizendo que às vezes cuidam melhor de brasileiro do que de refugiado.

#### 5.4.2 Precisa tratar com carinho, ter paciência, ter escuta, dar ouvidos: reivindicações na entrevista com Teresa e Patricia

Havia combinado de realizar a entrevista com Patricia em sua casa, e nesse dia ela me telefona perguntando se não poderíamos realizar a conversa na CF, pois precisa ir até lá pegar a segunda via da carteira de vacinação de Iuri, seu bebê. Conta que foi assaltada saindo de um

curso de cuidadora de idosos na Cruz Vermelha, no Centro, e na bolsa estava a carteira dele. Sento na antessala da clínica e aguardo. Nesse meio tempo, chega uma moça africana muito bonita no corredor e vai falar com o médico, o enfermeiro e técnicos que estão próximos. Ela fala um pouco sobre uma carteira de vacinação, o que me deixa atenta devido à recente conversa com Patricia, ao que os profissionais respondem: o sistema caiu, não podemos imprimir nada. Ela chama o enfermeiro à parte, fala com ele e sai. Ele comenta comigo: essa é a Teresa, ela já tem vários filhos e me disse que acha que está grávida de novo. Vai vir outro dia fazer o exame. Ela faltou muito o pré-natal do outro filho. Logo Teresa retorna àquele espaço acompanhada de Patricia e do bebê Iuri.

Minha conversa com Patricia guarda uma surpresa: ela traz a amiga para também conversar comigo. Patricia é congoleza, e Teresa, angolana. As duas tem o lingala como idioma em comum. Patricia está acompanhada de seu bebê de aproximadamente um ano, Iuri, já balbuciando muitos sons, como um terceiro participante da conversa. Essa entrevista ocorre em uma sala de atendimentos cedida por uma das equipes – estão em greve, por isso posso utilizar tais espaços.

Começo a explicar a pesquisa e Patricia diz para sua amiga: *ela que quer saber os problemas de acesso da clínica, pode falar*. Teresa fala que sabe como funcionam essas pesquisas: com frequência aparecem pesquisadores na igreja africana, e que elas falam, falam e nada muda. Mal deixam eu terminar de explicar a pesquisa e já estão falando. Falam muito rápido, as duas ao mesmo tempo, o bebê também balbucia coisas.

Teresa tem uma fala mais incisiva, fala que o estrangeiro não é bem tratado na clínica. Conta que durante a gravidez foi tudo ótimo, mas depois que teve seu filho, só acompanharam em puericultura até os sete meses, quando na África acompanham até os cinco anos. Destaco aqui algo que foi dito na entrevista com o gerente, referente às linhas de cuidado. A tendência de se trabalhar a partir de demandas programáticas, com enfoque no acompanhamento de situações que geram indicadores para o serviço ocorre, de maneira geral, no município.

Comenta que gosta muito do médico e do enfermeiro de sua equipe pois são pacientes e conversam, mas que o problema é o acolhimento, que as ACS não a tratam bem, viram as costas, não dão acesso ao médico. Mesmo sendo vizinha de sua ACS, ela não entrega os exames nem as marcações de consulta, e ela acha que isso acontece porque ela é estrangeira, africana. Cabe destacar aqui que as relações entre ela e a ACS ultrapassam o serviço: ainda que todos os ACS morem no bairro, Teresa e sua ACS são vizinhas de rua, podendo aí residir mais questões referentes aos problemas de suas relações.

Patricia, por sua vez, fala que não tem problemas com sua ACS, que não é a mesma da amiga, mas que vê os problemas que Teresa vive e concorda que ela não é bem tratada. Contam situações em que algumas pessoas da clínica viraram as costas quando elas estavam falando, e contam que quando elas chegam com seus bebês com febre, as ACS às vezes dizem *não tem febre nada, vai pra casa*, desconsiderando seu conhecimento sobre o adoecimento de seus filhos e não permitindo acesso ao médico. Falam que as tratam como se elas não entendessem sobre a saúde de seus próprios filhos, e que isso gera sentimentos muito ruins.

Repetem várias vezes durante a entrevista: *os trabalhadores têm que aprender a receber melhor, receber com carinho. A pessoa fica doente e chega aqui nervosa, por isso precisa tratar com carinho, ter paciência, ter escuta, dar ouvidos*. Para exemplificar o que querem dizer, Teresa compara a situação com as mulheres que chegam no salão de beleza onde trabalha: às vezes mulheres que brigaram com os maridos vão lá para esquecer a briga, então chegam nervosas e ela precisa acolher e ter paciência. Mas diz que se ela não fizer isso no salão, o pior que pode acontecer é perder a cliente – já na Clínica, alguém pode morrer, e a vida deve vir em primeiro lugar!

Patricia conta sobre quando iniciou o pré-natal na clínica: havia chegado a pouco no Brasil e ainda não falava português. Disse que o enfermeiro de sua equipe foi ótimo e paciente, pois eles ficaram muito tempo se falando pelo *google tradutor*, no computador. Ela diz que todos os trabalhadores têm que ter essa paciência até entender o que o refugiado quer. Ainda assim, sempre que vai na clínica para algum atendimento, antes passa na casa de Teresa para perguntar como certos sintomas são falados em português (as duas compartilham o Lingala como língua comum, entretanto Teresa domina o português por ser angolana).

Importante destacar aqui, novamente, o uso do *google tradutor*. Na percepção do enfermeiro, esse instrumento ajudaria a superar a barreira do idioma. Na percepção da refugiada-usuária, o mesmo ocorre: comenta explicitamente que é uma ferramenta importante para a comunicação. A paciência também é destaca como algo valioso, uma vez que é necessário tempo e esforço para compreender pessoas onde não há idioma comum, o que parece resultar em uma boa percepção dos trabalhadores que agem dessa forma. Cabe destacar, também, mais uma estratégia para superação de barreiras linguísticas: passar na casa da amiga, que domina o português, para perguntar como se falam certos sintomas, e assim buscar uma melhor compreensão no espaço da CF.

Pergunto se elas acham que há tratamento diferenciado entre elas e os usuários brasileiros, assim como se vivenciaram algum preconceito ali ou em outro serviço de saúde. Teresa conta uma história muito tocante: sua cunhada chegou da África já grávida e logo teve

seu filho aqui no Brasil. Quando foi à maternidade visitá-la, ela estava na área de isolamento, onde os médicos a colocaram pois acreditavam que ela poderia ter ebola<sup>72</sup>. Teresa fez um escândalo e disse que chamaria a polícia se não tirassem ela do isolamento e a colocassem junto das outras mães. Fala que já basta os problemas que as mulheres têm depois do parto, como a pressão que sobe. Não precisam desse tipo de discriminação causada pelo hospital. Aqui aponto o achado de Risson (2016) que também pode verificar esse pensamento em alguns dos trabalhadores de saúde entrevistados por ela, discursos sociais discriminatórios que alimentam estereótipos negativos sobre migrantes.

As duas referem que pessoas brancas (*branca assim, que nem tu*, diz Teresa) muitas vezes mudam de lugar no ônibus quando elas sentam, e que isso tem a ver com elas serem negras e africanas – a mesma situação já havia sido mencionada pelo pastor, que reclamou da mesma atitude de pessoas brancas. Teresa conta que sempre reage a essas situações: quando a pessoa do lado começa a olhar muito para ela, ela já começa a falar alto: *o que é, acha que eu não sou limpa que nem tu? Acha que eu sou menos capaz do que tu? Acha que eu não sei ler, que nem tu? Pode me cortar, nosso sangue é tudo da mesma cor – vermelho!* Acredita que os brasileiros pensam que os africanos não são inteligentes. Patricia conta, então, uma história sobre esse tema: uma vez seu filho esteve doente e estavam dando uma dose errada de dipirona no hospital. Ela chamou a atenção da enfermeira sobre isso, mas foi desacreditada pelos trabalhadores. Afirma: sou formada como trabalhadora da saúde, sei quando estão fazendo algo errado, e ainda assim não me escutam.

Teresa conta que com tantos problemas vivenciados na CF, hoje prefere ir direto ao hospital quando tem algum problema de saúde agudo. Comparece à clínica apenas para realizar alguns exames e pegar medicamentos. Nesse aspecto, as duas elogiam o Brasil por fornecer muitos medicamentos de forma gratuita e acessível.

Importante destacar a escolha de Teresa em relação ao hospital para cuidados de situações agudas. Muitas das demandas atendidas em emergências de hospitais podem ser resolvidas na atenção básica, mas aqui parece que a barreira de acesso relacionada a não

---

<sup>72</sup>Ebola é uma doença causada por um vírus cujos sintomas iniciais incluem febre, fraqueza extrema, dores musculares e dor de garganta, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). À medida que a doença avança, o paciente pode sofrer de vômitos, diarreias e – em alguns casos – hemorragia interna e externa. Pacientes com a doença podem morrer de falência múltipla dos órgãos ou desidratação; variedades diferentes da doença podem matar entre 50% e 90% dos infectados. - [https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/10/141010\\_ebola\\_entenda\\_atualiza](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/10/141010_ebola_entenda_atualiza)

conseguir consultas de forma rápida e se sentir maltratada, com seus saberes desconsiderados e sem acolhimento, faz essa refugiada-usuária preferir os serviços hospitalares.

Outra queixa que têm sobre a clínica se relaciona aos exames: quando precisam ir a outro local da cidade realizar algum exame, as pessoas da clínica não explicam que ônibus pegar nem como chegar, e que isso é mais difícil ainda para quem chegou a pouco no país. Apontam isso como algo que deveria melhorar. Falam também da dinâmica de espera: dizem não compreender, pois às vezes chegam mais cedo do que a hora do exame ou consulta para serem atendidas antes, mas não são. E que às vezes atrasam um pouco e também não são atendidas: *isso não faz sentido!* E Patricia completa: *aqui, você não tem direito se você não insistir.*

A conversa, então, parece ir em direção a uma série de recomendações para a melhora da atenção: destacam a necessidade de paciência, o uso do *google tradutor*, escuta, acolhimento, atendimento de forma rápida, acesso a exames e informações adequadas sobre itinerários que necessitam realizar pela cidade em busca dos outros equipamentos de saúde.

Seguem no assunto sobre as barreiras que são impostas localmente pelas ACS. Teresa conta que um dia compareceu à clínica para uma consulta com o médico, mas a ACS esqueceu de colocar o nome no sistema, então o médico não a chamava nunca. Depois de horas de espera, Teresa foi à sala do médico, e este disse que o nome dela não constava no sistema para os próximos atendimentos. Assim, brigou com a ACS e foi embora. Nesse instante, segundo ela, a ACS veio correndo atrás dela e disse: *não sei como é na África, mas aqui no Brasil a gente tem que fazer fila, existe ordem.* Ao que Teresa respondeu: *pois de onde eu vim na África não tem sapatão, não tem tiro todo dia, não têm muitas das coisas ruins que têm aqui, então não compara o Brasil com a África, a próxima vez que você falar da África eu sento a mão na sua cara!*

Teresa conta que ela veio de Luanda devido a várias questões políticas, econômicas e sociais, mas que não vivia no meio de guerra, e que aqui as pessoas acham que todo mundo veio da guerra, e que por isso deveriam ser sentir *gratas* com o que oferecem. Para Moulin (2009, p. 15), “a lógica da gratidão é uma parte intrínseca do discurso internacional de proteção humanitária e de regulação da mobilidade internacional”. A autora aponta que a partir do presente-refúgio que o Estado soberano dá ao refugiado, concedendo uma suposta proteção e uma inclusão mínima em sua cidadania, vida social e política, o Estado passa a esperar uma certa reciprocidade, que aqui viria em termos de gratidão. Porém: “o que se perde, entretanto, nessa lógica da gratidão é o fato de que ‘todas as formas de reciprocidade na vida política compartilham de um elemento central: elas negam, em efeito, que uma relação de poder de fato existe (idem, p. 11).”

Vimos na fala dos diversos atores entrevistados as questões referentes ao incômodo que alguns refugiados causariam no interior do serviço, ao não aceitar determinadas formas de tratamento ou ao reivindicarem rapidez e resolutividade no atendimento, assim como o incômodo dos próprios refugiados com as formas que são tratados não apenas no interior do serviço, mas pelas instituições de refúgio e pela sociedade em geral. Podemos apontar que o mal-estar que alguns trabalhadores destacaram durante a entrevista com os refugiados, chegando a elenca-los entre *bons* e *atrevidos*, é atravessado pela expectativa (aqui, falo de um atravessamento institucional e político, que não é individual mas se expressa na ação desses agentes do Estado) do sentimento de gratidão, sentimento este que reflete as hierarquias sociais e coloca os indivíduos-refugiados em uma posição de subordinação: se espera que irá obedecer às regras sociais e naturais como forma de reciprocidade. Assim, “a gratidão é necessária para assegurar que indivíduos irão seguir as normas, cumprir seus deveres e, assim, a gratidão soma forças com o sentimento de retidão”, (MOULIN, 2009, p. 12).

Ao final da entrevista, as usuárias demonstram expectativas sobre o serviço. Referem que gostam de falar sobre suas dificuldades, mas que querem mudanças.

#### 5.4.3 *Por que eu tenho essa doença?* O sofrimento relacionado a questões sociais na entrevista com Joana

A entrevista que realizei com Joana, angolana, 33 anos, foi a única ocorrida na casa de uma refugiada. Joana solicitou que a entrevista fosse lá porque sente muitas dores para caminhar. Sua casa é simples, porém espaçosa. Na entrada há muitas folhas de planta empilhadas: ela me conta que compra folhas de mandioca em outras cidades e revende na região, pois muitos africanos a utilizam para fazer comidas tradicionais. Nesse dia, uma ACS me acompanha na entrevista, pois segundo recomendação do gerente, só deveria entrar na favela acompanhada de trabalhadores da clínica.

Joana me conta que tem quatro filhos, mas que dois ficaram na África, e os outros dois vivem com ela no Brasil: *meu marido ficou na África. Toda minha família. Fiquei aqui sozinha. Fico triste aqui. A gente sai do nosso país porque tem violência lá, mas aqui é quase igual. A violência é muito aqui. Não dá pra fazer nada, nem sair de casa, fico nervosa.*

Ela me conta que nasceu em Kinshasa, mas ainda pequena foi com os pais para Angola. Seu marido, angolano, ficou lá, e seus filhos mais velhos estão sob os cuidados de sua irmã em



Luanda. Veio ao Brasil devido à situação de Angola: *Em Angola não tem guerra, mas tem esse governo que veio e estragou tudo. Situação difícil, muita pobreza, violência. Mas Angola já foi bom, bom mesmo. Mas agora tá complicado.* A ideia original era ela vir antes, com os filhos menores, e depois o marido e os filhos mais velhos. Mas já se passaram três anos desde que chegou aqui, e ela diz sofrer por não ver suas filhas mais velhas. Diz que está sofrendo muito aqui, e que já pensou em retornar para Angola, mas que o marido diz para ela esperar.

Chegou no Brasil há três anos, apenas na companhia de seus filhos pequenos, sem conhecer ninguém. Pegou um visto de turista em Angola, ela e o marido pagaram as passagens. No vôo tinham muitos angolanos, mas conta que se sentiu perdida quando chegou porque os *conterrâneos* não a ajudaram: *fiquei sozinha no aeroporto com meus filhos, os angolanos não ajudaram. Uma mulher me disse “sabe trançar cabelo?”, eu disse que não, daí ela foi embora. Uma outra moça me ajudou, era meia noite, ela disse pra eu ir dormir na casa dela. Me falou da Cáritas. Depois aluguei um quarto no Cordovil. E assim fui até vir pra cá.*

Na Cáritas, solicitou refúgio, em um processo do qual até hoje não teve resposta. Obteve auxílio financeiro pela instituição, mas disse que era muito pouco, mas que ajudou no início, por uns 10 meses. Comenta que considera o *documento* muito demorado aqui, pois ainda não avaliaram sua solicitação. Ainda assim, tirou CPF e carteira de trabalho.

Aparentemente, seu interesse em dar a entrevista se relaciona com algum tipo de expectativa de que eu a ajude em relação à sua saúde – que, aparentemente, é muito mais do que questões físicas. Conta que: *morar sozinha aqui no Brasil é difícil. As pessoas aqui no Brasil não ajudam. Ninguém me ajuda, esses “parentes” daqui não ajudam. É muito difícil. Graças a deus consigo criar meus filhos sozinha, mas é difícil.* Fala que sua doença – chama assim – que vai e vem a atrapalha: refere ter câibras que duram mais de dez minutos, sobretudo no abdômen, dores nos ouvidos, cabeça, em todo o corpo. E agora os pés, que começaram a doer. Além disso, seu estômago está ruim – *essa gastrite*. A doença mexeu demais com ela, alterando sua pressão. Pergunta: *por que eu tenho essa doença, irmã Julianna?*

Nesse momento me sinto algo entre constrangida e impotente. Respondo que não sei o que ela tem, que não sou médica e aqui estou como pesquisadora. Ela me conta que o médico da CF só manda ela fazer diversos exames, mas que ninguém consegue definir o que ela tem. Fala que nem mesmo os resultados dos exames têm chegado a ela. A ACS comenta que o laboratório tem demorado na entrega dos exames. Joana diz: *já passou de um mês. Mas quero o resultado para ficar na minha mão. Fiz também teste rápido, mas não deu o resultado na mão.* A ACS fala que o teste rápido não fica na mão, e que os profissionais chamam se tiver algum problema. Joana parece irritada: *Mandaram fazer exames de fezes, e também não tem*

*resultado. Voltei lá e tava em greve. Depois tava sem água, depois sem sistema de computador... Mas eu tenho essa doença, tá me provocando muita coisa, não consigo nem caminhar. Não tem nem ideia do que eu tenho. E só tá piorando.*

Importante destacar as barreiras que ocorrem mesmo quando Joana consegue vencer suas dores, sua doença, e chegar ao serviço de saúde: as greves, que se estenderam em 2018 de outubro a fevereiro, os problemas de infraestrutura (falta d'água) e as constantes quedas no sistema de computadores (a CF é informatizada) somam-se às barreiras já descritas em relação ao acesso de refugiados.

Joana segue falando sobre suas dores:

*Meu dia a dia tá difícil, porque preciso fazer força já que sou sozinha. Tô com câibra muito forte, de chorar. Eu fico tremendo quando tento fazer coisas, as mãos tremem. (...) moro aqui sozinha, com dois filhos, e sem trabalho. Já trabalhei num hotel em 2017, em Santa Teresa<sup>73</sup>, e até agora não consegui mais nada. Fazia limpeza geral. Em Angola não trabalhava, eu vendia coisas. Nossas coisas, cortinas... Meu marido é técnico, eu só que vendia.*

Conta que costumava ir apenas na UPA, mas que a UPA tem mandado ela procurar acompanhamento na CF, e assim começou a frequentar aquele espaço. Reclama dos remédios que, às vezes, faltam na CF. O medicamento para o estômago, no custo de 30 reais, nem sempre é acessível para que ela o compre. Embora os refugiados e lideranças tenham destacado o acesso a medicamentos gratuitos como um dos pontos positivos do SUS, a eventual falta de acesso a eles leva-os a ter que arcar com os custos de remédios (como Hugo) ou a não seguir tratamentos por falta de recursos (Joana).

Em Angola, conta que o sistema de saúde não era de todo ruim. Comparando suas experiências, diz que lá utilizava as clínicas particulares, que não demoram, e que não era muito caro: *lá, se tem dinheiro, resolve rápido*. Aqui, considera que nada se resolve muito rápido, e que as pessoas podem morrer. Reclama que aqui precisa *caminhar para todo o lado* para acessar diferentes equipamentos da saúde. Aqui, para ela, nada é rápido, não condizendo com as necessidades das pessoas. Quando pergunto o que poderia melhorar em relação ao atendimento na clínica, me diz que *tinha que me encaminhar logo, ou me dar um remédio que resolva*. Mais uma vez, a queixa referente a demora nos atendimentos e resolutividade.

Como durante a conversa ela me fala muito sobre solidão, pergunto sobre suas redes de sociabilidade. Joana não frequenta a igreja do pastor congolês, embora seja evangélica e

---

<sup>73</sup> Bairro do Rio de Janeiro – RJ.

frequente uma igreja em Cordovil, Assembleia de Deus, onde a ajudam com cestas básicas. Diz que o pastor africano que tem uma igreja no bairro não a ajuda em nada.

Pergunto, então, se ela tem outras redes, como amigos. Ela me conta que não tem amigas, só conhecidas. Tem apenas uma amiga, brasileira, que a acompanha em um centro espírita para tentar ajuda-la com sua doença. Nesse momento, pergunto se ela acha que sua doença pode ser espiritual: *Não sei. Pode ser. Mas os trabalhos ajudam a melhorar. Fomos lá [no centro], fizemos muita oração, naquela época não tava nem conseguindo levar as crianças na escola. Eu rezo todos os dias, antes de dormir, meia noite.* Mais uma vez, como já referido, surge em uma conversa a importância de espaços religiosos e de espiritualidade como fonte de cuidado e acolhimento para os refugiados.

Por fim, me fala sobre a violência no território onde vive. Conta que seus pais se mudaram do Congo para Angola por questões de trabalho, mas também para fugir da violência. Quanto aos conflitos violentos na favela onde vive, diz: *aqui a situação não tá boa. Antes, quando chegamos aqui, ficava com muitos pensamentos. Agora acostumou um pouco. Mas ainda tenho medo. Lá em Angola a gente não vê essas guerras assim, só quem mora mais pro mato.*

Refugiadas africanas entrevistadas por Colodetti (2019) também referiram, com frequência, um sofrimento relativo à violência das regiões em que moravam, nas periferias e favelas do Rio de Janeiro, fazendo comparações com suas vivências em Angola e na RDC, de forma a destacar que aqui a situação também é muito grave. A falta de políticas de refúgio que garantam inserção econômica e social de refugiados os leva a habitar zonas periféricas, onde a violência que já experienciaram em seus países de origem parece se repetir. No caso de Joana, podemos ver ao menos três gerações migrando para fugir da violência e pobreza: seus pais, ela, seus filhos mais novos. Nem mesmo no Brasil, um oceano de distância, pôde encontrar o mínimo de segurança para viver.

## 5.5 A exposição da precariedade

Com a finalidade de refletir sobre os desmontes da rede de saúde do município e a relação da gestão da CAP com a temática do refúgio, descrevi e analisei um evento durante o trabalho de campo, terminando por conhecer uma percepção sobre o acesso à saúde que não

tinha planejado identificar. A exposição fotográfica sobre refugiados ocorreu na CF no final do ano de 2018.

O setor saúde do município passava por greves devido aos atrasos nos pagamentos do trabalhadores e demissões que começariam a ocorrer no período. O público visado com a exposição eram os frequentadores das escolas locais. A psicóloga Carolina me explica que há relatos de preconceito e falta de integração entre crianças de origem congolese e brasileiros.

Nessa mesma semana aconteceria uma reunião do NASF sobre as estratégias e abordagens junto às escolas para divulgação da exposição que foi conquistada depois de inúmeros esforços de trabalhadores e residentes. Ainda assim, a exposição só poderia ficar por um curto período na CF.

Nessa mesma semana, começam a ocorrer demissões na CAP em questão: 13 trabalhadores do NASF são demitidos de uma vez só, além da apoiadora da área programática, com um telefonema por parte da OSs que gerencia os contratos dos trabalhadores. Todos são convocados a se apresentarem no dia seguinte, gerando ansiedade e comoção. Nem ao menos os gerentes das unidades sabiam das demissões, dessa forma não houve justificativa sobre os critérios estabelecidos para os cortes, nem mesmo houve um momento de reflexão conjunta para se pensar melhores estratégias para cada CF.

A inauguração da exposição é marcada por um clima de desânimo, oposto à empolgação inicial pela conquista da exposição na CF. Entre os trabalhadores desanimados encontram-se tanto os que foram demitidos quanto os que irão ficar sem o apoio dos trabalhadores do NASF, entre eles os residentes, pois além de estarem vivenciando o desmonte de equipes, o desenvolvimento de seu campo de residência naquele local, pactuado entre Prefeitura e FIOCRUZ, parece estar ameaçado. O gerente, por sua vez, me disse que não havia sido consultado sobre as demissões, sentindo-se atravessado pelas decisões da CAP.

Desta maneira, a inauguração ficou prejudicada devido à desmotivação frente às demissões: trabalhadores não reforçaram os convites para escolas e moradores. A auxiliar de limpeza da clínica me conta que também haverá demissões entre eles – que estão só aguardando, com muito medo e pesar. Nesse clima difícil, manteve-se a inauguração, mesmo esvaziada. Dois congolese foram convidados para falar da história dos conflitos na RDC e de suas experiências no Brasil, Pedro e Guilherme. Além deles, só estão presentes residentes, psicólogos (Carolina e Caio), alguns ACS, o gerente, eu – e duas representantes da CAP, entre elas a coordenadora, responsável pelas demissões, com a qual alguns dos trabalhadores ali presentes tiveram embates durante a semana. Nenhum outro usuário ou morador do bairro comparece à inauguração.

Depois de explicarem os conflitos na RDC, com uma profundidade e complexidade muito ricas, Guilherme e Pedro falam de suas experiências pessoais no entre RDC e Brasil. Guilherme, um jovem congolês, estudante da UFRJ, diz *vim ao Brasil como migrante, através de um convênio da universidade. Somos todos migrantes buscando uma vida melhor e mais segura, refúgio é só um estatuto*. Guilherme nasceu e foi criado no leste da RDC, na região dos Kivus que, segundo muitos relatórios da ONU e organizações internacionais, é uma das regiões de conflito mais convulsivas dentro do país. Sair de lá como estudante foi a forma que encontrou para poder se sentir seguro. Em sua fala, coloca em questão as categorias administrativas do Estado sobre a migração, unificando migrantes (forçados ou não) a partir do desejo de uma vida melhor.

Ao retratar sua história, Pedro demonstra as violências de ter que se submeter às heranças de regimes coloniais que sustentam, até hoje, conflitos no continente africano, além de destacar os efeitos da discriminação no Brasil, como a mudança em seu status socioeconômico. Retoma a série de discriminações que sofreu no país, sem nunca ter conseguido emprego em sua área, apesar de ter formação especializada. Coloca que os brasileiros pouco respeitam os refugiados e os discriminam, além da discriminação racial.

A coordenadora da CAP, Rafaela, pede a palavra em seguida, afirmando que sabe exatamente o que Pedro e Guilherme passaram, pois também é refugiada. A família da coordenadora, de origem portuguesa, vivia em Angola, onde possuíam fazendas. Com as guerras em Angola, sua família teve que deixar o país, todos seus pertences e sua vida de conforto. Ela era ainda muito pequena. A família se espalhou: os pais dela vieram para o Brasil, tios foram para Portugal. Conta que teve que estudar em escolas e universidade pública porque a família havia perdido seus bens e finanças ao serem expulsos de Angola, e que teve que *dar duro na vida*. Diz sofrer por viver longe da família que foi para Portugal. Diz também *saber o que é perder tudo*. Rafaela é branca, concursada da Prefeitura e hoje exerce cargo de confiança como coordenadora da CAP, cargo que lhe permite o poder de agir enquanto Estado, escolhendo quem demitir e de que forma conduzir tais questões.

Há visivelmente um clima de desconforto na sala. A coordenadora, envolvida nas demissões relaciona sua história com a dos congoleses, histórias com desfechos e desenvolvimentos muito diferentes, que parece nem ao menos notar. A ACS Bruna, que atua em uma das áreas onde vivem refugiados, mulher negra e moradora da comunidade faz, então, uma fala suave e certa: *não quero desqualificar sua experiência, muito sofrida, mas é diferente ser refugiado branco e ser refugiado negro*. E passa a contar sua história com essa população: ela mesma tinha preconceito com eles, mas que o contato *ampliou seu olhar*. Fala

que muitos deles parecem ter dificuldade de se integrar porque sentem-se traídos pelos preconceitos que sofrem. Mas que seu trabalho como ACS é tentar desconstruir a ideia de preconceito na clínica: que ali eles são tratados de forma igualitária, e que ela se esforça para que isso aconteça. Pedro reforça, mais uma vez, como os países de acolhida muitas vezes tratam os refugiados – sem orientação, com discriminação, sem oportunidades.

A psicóloga Carolina e os residentes falam sobre o trabalho que estavam desenvolvendo com refugiados – agora interrompidos por causa da demissão de toda equipe NASF. Eu peço a palavra (fui apresentada como trabalhadora do MS e pesquisadora da UERJ) e reforço o esforço que a equipe NASF e os ACS tem feito em relação a integração e acolhida dos refugiados. Conto que estive, recentemente, em um curso da OMS sobre saúde de migrantes e refugiados na Europa, e que levei essa experiência para lá, onde muitos representantes de MS de outros países ficaram impressionados como trabalhadores se unem em torno da ideia de direito à saúde para pensar como aproximar essas pessoas do serviço, apesar de não haver diretrizes que venham do nível de gestão municipal, estadual ou federal. Reforço a importância desse trabalho, falando como pesquisadora. Noto um certo incômodo na coordenadora, que diz que precisa ir embora. Encerramos.

Três meses depois dessa cena, a CF continuava em greve. Foi o momento em que realizei a entrevista com o gerente, conforme exposto no início dessa seção. Reproduzo aqui trechos da entrevista, onde ele acaba por analisar a situação da exposição em relação às demais intempéries e o efeito disso no trabalho:

*Foi superdifícil trazer a exposição dos refugiados pra cá, de trazer pra cá, de levar... se não fosse a J. [residente] junto com outro rapaz que tava organizando, a gente não teria conseguido, porque não tem grana pra isso. **Tudo isso é muito insipiente, depende da vontade própria da gente... o que eu acho que não tem que ser.** Então assim, cadê a galera que pensa... Como não existe uma linha de cuidado sobre refugiado, não tem quem apoie. As pessoas não trabalham de forma integrada. Isso pra mim é um problema. A gente acaba trabalhando aqui de forma quadrada, por conta disso. É difícil a gente tentar romper isso. O apoio de um evento cultural, que retrata muito do que a gente vive no território, que gera um tipo de abordagem pra população não refugiada e trabalhadores de discussão mais ampliada, **não teve nenhum tipo de apoio direto no sentido de comprar a ideia, de transitar isso pelas outras CF que têm refugiado... “vamos fazer rodas de discussão em outros lugares, vamos por isso pra jogo”... nada... a exposição ficou aqui no meio da greve, no meio das demissões, no meio de... foi atravessado por um monte de coisa. O que de início era uma super empolgação, no final era “não faz tanto sentido mais”.** Foi uma coisa que desmoronou, perdeu o sentido... assim como várias outras coisas né. (grifos meus).*

### 5.5.1 Epílogo (ou Epitáfio)

Entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019, algumas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro estiveram em greve devido ao atraso no pagamento de salários. Começaram a ocorrer demissões frequentes de trabalhadores do NASF, ACS e outros trabalhadores em diversas CF da cidade. As orientações passadas pela gestão apontavam para a adoção das possibilidades organizacionais flexibilizadas pela nova PNAB, como já apontado. O gerente é transferido da CF em fevereiro de 2019. Nesse clima de uma certa derrota encerra-se meu campo de pesquisa. Um campo que se mostrou muito vivo, inventivo, permeado por conflitos, mas por estratégias diversas de tentar solucioná-los. Estratégias essas que demandavam muito de trabalhadores (algumas vezes já sobrecarregados) e do gerente, assim como exigiam uma certa persistência por parte de refugiados para acomodar um encontro que se fez possível dentro da realidade de um sistema de saúde historicamente subfinanciado, que a cada dia parece correr mais *riscos de vida* – o risco de também por tornar-se *um sistema em busca de refúgio*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha pesquisa teve como objetivo conhecer as percepções sobre acesso à saúde de refugiados a partir do ponto de vista de diversos atores envolvidos nessa ação: gestores, trabalhadores, líderes comunitários e usuários-refugiados. Tive como campo uma clínica família situada na zona norte do Rio de Janeiro. Privilegiei a pluralidade de vozes, assim como recomendam Fleischer e Ferreira (2014), pois acredito que os múltiplos sentidos, a explicitação de tensões e conflitos, assim como as valorizações de certos aspectos e estratégias expõem de forma um pouco mais completa a multiplicidade produzida no encontro entre refugiados e serviços de saúde. A priorização das diversas vozes também se relaciona ao desejo de não excluir atores importantes da análise, compondo um quadro diversificado e complexo, assim

como de fato são a vida de refugiados, suas formas de buscar cuidados em saúde e os cuidados dispensados aos mesmos.

Circular por um bairro durante sete meses, na companhia de trabalhadores de saúde, acompanhando a realização de visitas domiciliares, reuniões, compartilhando suas angústias e potencialidades foi essencial para ter um contato com percepções que, de outra forma, acredito que não seriam acessíveis. A abordagem etnográfica se apresentou muito potente – colocar meu corpo em movimento fez possível diversos encontros, além de uma maior familiarização com a realidade local. Estar inserida no território também foi um diferencial para conseguir acessar as percepções de refugiados.

Iniciei meu percurso nessa dissertação explorando o panorama geral sobre migrações e refúgio, dialogando não apenas com a área da saúde coletiva, mas também com a sociologia, antropologia e relações internacionais. Acredito que uma abordagem abrangente do fenômeno das migrações seja necessária para buscar uma melhor compreensão de suas particularidades, desafios e potencialidades. As categorias híbridas, conforme abordado, demonstraram-se no campo em diversas situações, chamando a atenção para a necessidade de ampliar visões e sentidos sobre o fenômeno.

Em relação aos achados de campo, foi possível acessar uma diversidade importante de relações estabelecidas a partir do acesso à saúde. A caracterização aprofundada dos territórios da pesquisa foi importante para considerar o recorte particular dessa investigação. Sem pretensões de universalizar os achados, considero que o diálogo que estabelecem com a literatura destacam a relevância dos mesmos para a composição da ainda inicial área de saúde de migrantes no Brasil. Tomando as recomendações de Goldberg et al (2015, p. 230): “é necessário produzir contribuições inovadoras que se debrucem sobre aspectos empíricos, conceituais e metodológicos das investigações sobre processos migratórios internacionais contemporâneos e da saúde destes grupos, reconhecendo suas especificidades e as particularidades dos contextos históricos, sociais e geográficos em que se desenvolvem”.

Os autores também identificam os impactos sobre o sofrimento e a saúde dos refugiados que são produzidos na relação com os contextos de exclusão social e condições precárias de trabalho em que se inserem nas cidades onde vêm a residir. Influenciam também esse processo a exposição a situações diversas de violência, assim como as consequências administrativas da migração, que “resultam na oscilante capacidade de exercício de direitos e de condições de acesso aos serviços públicos de saúde” (idem, p.230). Aqui se estabelece um diálogo importante com a determinação social da saúde: sem levarmos em conta de forma ampla os contextos onde os refugiados se inserem, os processos sociais que vivem e a forma que são retratados e



compreendidos, não teremos um quadro dos processos de saúde e doença dessa população. Dessa forma, acredito que minha pesquisa buscou dialogar com a perspectiva do exercício do direito à saúde a partir do acesso à CF e das percepções dos envolvidos nessas ações.

Minha pesquisa não conseguiu levar em conta uma quantidade grande de entrevistados. Ainda assim, acredito que a convivência e a profundidade de conversas e entrevistas puderam nos indicar pistas importantes para pensar o acesso dessa população. A densa observação que pude realizar, assim como a multiplicidade de espaços e vozes a que tive acesso permitem traçar um mosaico diverso do processo observado. Como em outros estudos, essa pesquisa verificou que a inclusão de uma população estrangeira nos serviços de saúde necessita muitas vezes de um esforço específico por parte de gestores e trabalhadores. No caso da presente pesquisa, pude observar os esforços dispendidos por diversos trabalhadores e gerente para construir uma possibilidade de acesso a essa população, da qual estavam alijados até então. Esforços em realizar cadastramento, no tempo dispendido para a comunicação, assim como o investimento em grupos de trabalho, reuniões e debates sobre o fluxo de acesso. Ainda assim, algumas vezes os refugiados e migrantes eram considerados pessoas passíveis de desconfiança, e embora já somemos mais de vinte anos de SUS, o direito à saúde independente de prerrogativas, segue sendo um questionamento recorrente por parte de alguns trabalhadores.

Da mesma forma, podemos compreender que os usuários refugiados possuem uma série de experiências que impactam na forma que irão acessar e compreender seu acesso ao sistema de saúde. As diversas formas de exclusão social, a discriminação que sofrem no país tanto por serem estrangeiros como por serem negros, a falta de apoio por parte de instituições que deveriam auxiliá-los e suas trajetórias migratórias impactam na forma como compreendem suas possibilidades de acesso, assim como impactam suas escolhas por qual nível de atenção acessar. Aqui, dois destaques: a violência no território se mostrou um fator importante para seu sofrimento, assim como a espera por atendimento e as formas como compreendem seu tratamento nos serviços de saúde, atribuindo a longa espera por atendimento a atos de discriminação.

Ainda assim, se destacam em suas falas, assim como nas falas de trabalhadores, experiências importantes para vencer barreiras: utilizar ferramentas online de tradução simultânea, disponibilizar tempo maior para os atendimentos, as visitas domiciliares. Muitos refugiados ainda indicam que o acesso deveria ser mais resolutivo, e demandam uma maior escuta e acolhimento por parte dos profissionais.

Destaco em minha pesquisa a presença de refugiados compreendidos pelo serviço como líderes comunitários: o acesso à população em situação de refúgio se estabeleceu nesse local

principalmente através dessas figuras, no caso, um pastor de uma igreja neopentecostal e o presidente de uma associação de refugiados. Essas figuras se mostraram centrais na mediação entre população e CF, além de apresentarem uma ampla visão sobre os processos nos quais refugiados da região estão envolvidos, desde questões de saúde e adoecimento, acesso, até mesmo questões mais amplas como discriminação, habitação, exclusão social. Essas figuras se apresentam como interlocutores-chave para compreendermos o acesso no território.

Entendo que mais pesquisas devem ser feitas sobre o acesso de migrantes e refugiados aos serviços de saúde. Destaco aqui a importância de explorar o acesso a outros níveis de atenção, como hospitais, UPA, consultas e exames de média complexidade; a importância de explorar mais a fundo as situações que compreendem como discriminação em relação ao acesso; explorar mais as trajetórias dos trabalhadores e dos gerentes em relação a como compreendem o atendimento dessa população e como criam as estratégias criativas para lidar com os desafios impostos. Cabe também explorar de forma mais aprofundada as percepções das ACS, o que não foi possível devido às greves ocorridas durante essa pesquisa.

Por fim, cabe destacar a importância da organização do próprio SUS e o impacto que os desmontes do sistema têm no acesso de todos, mas sobretudo das populações consideradas mais vulneráveis. Vivenciei durante o período de sete meses greves por atrasos de salário, demissões em massa, enfim, um clima de desesperança e desestímulo por parte de trabalhadores que, de início, apesar das divergentes concepções, se mostravam abertos e disponíveis para discutir o acesso de migrantes e refugiados. A precarização da vida de refugiados e migrantes, expressa na falta de apoio (apesar da legislação avançada no Brasil) financeiro, cultural, social, parece atravessar também o processo de trabalho de equipes de saúde, que por seus vínculos precários e por mudanças constantes nos direcionamentos da gestão da saúde do município e do país, parecem sempre estar em risco. O distanciamento (e possível alienação) por parte de alguns níveis de gestão também chama a atenção, gerando ações desarticuladas e, em alguns momentos, desassistência.

Acredito que esse trabalho tem principal importância no atual momento político que passamos no Brasil, com a ameaça às políticas públicas já alcançadas, desinvestimento, aumento de ações de intolerância e xenofobia. Afirmar o direito à saúde para todos, valorizando estratégias, e buscando explicitar conflitos e suas possíveis soluções, assim como escutando e reproduzindo a complexa teia de relações institucionais, sociais, políticas e econômicas, torna-se um compromisso essencial para os pesquisadores interessados na resistência e no compromisso com uma sociedade mais justa.

## REFERÊNCIAS

AGIER, M. Nova Cosmópolis: As fronteiras como objetos de conflito no mundo contemporâneo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, vol. 31, n. 91, 2016.

AGUIAR, M. E. de; MOTA, A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, vol. 18, n. 50, p. 493-506, Set. 2014.

ACNUDH. *FactSheet No. 31. The Right to Health*. 2008. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

ACNUR. *Protocolo de 1967 relato ao Estatuto dos Refugiados*. 1967. Disponível em: [http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Protocolo\\_de\\_1967](http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967). Acesso em: 03 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. *Global Trends - Forced Displacement in 2016*. 2017. Disponível em: <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html>. Acesso em 03 mar. 2018.

BAUMAN, Z. *Estranhos à nossa porta*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro. 2016.

BORDE, E. HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, vol. 39, n. 106, p. 841-854, jul-set 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Anais da 8ª Conferência em Saúde*. Brasília: 1986

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 abr. 2018

\_\_\_\_\_. *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: 1997.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 5.017, de 12 de março de 2004*. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças. Brasília: 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5017.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5017.htm). Acesso em 01 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica n. 28 – Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Regimento Interno do Ministério da Saúde: Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016*. Brasília: 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016*. Aprova a Estrutura regimental e o quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde. Brasília: 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. *Lei 13.445 de 24 de maio de 2017*. Institui a Lei de Migração. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm#art124](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm#art124). Acesso em: 12 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017*. Regulamenta a Lei no 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. *Refúgio em Números – 3ª Edição*. 2018. Disponível em: [http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/04/refugio-em-numeros\\_1104.pdf](http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/04/refugio-em-numeros_1104.pdf). Brasília: 2018. Acesso em: 25 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 02 fev. 2019.

BUSS, P. A.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate* [online], vol.38, n.spe, pp.252-264, 2014.

CHRYSOSTOMO, M. I. J.; VIDAL, L. Do depósito à hospedaria de imigrantes: gênese de um “território da espera” no caminho da emigração para o Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. 2014. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*[online], vol.21, n.1, pp.195-217, 2014.

COLODETTI, P. C. S. *Narrativas femininas e saúde mental: a saída da República Democrática do Congo e o refúgio no Rio de Janeiro*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), Rio de Janeiro, 2019.

DAVIES, A. A.; BARSTEIN, A.; FRATTINI, C. Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*. Vol. 16, No. 12, p. 10 – 12, 2010.

ELLIS, B. H.; LICOLN, A. K.; CHARNEY, M. E.; FORD-PAZ, R.; BENSON, M.; STRUNIN, L. Mental Health Service Utilization of Somali Adolescents: Religion, Community, and School as Gateways to Healing. *Transcultural Psychiatry*, Vol 4, n.5, p. 789–811, 2010.

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. *Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights*. Strasbourg: 2015. Disponível em: [https://www.echr.coe.int/Documents/Research\\_report\\_health.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf). Acesso em 12 abr. 2018.

FACUNDO NAVIA, A. M. *Êxodos e refúgios. Colombianos refugiados no Sul e Sudeste do Brasil*. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S.(orgs.) *Etnografias em Serviços de Saúde*. Editora Garamond, Rio de Janeiro, 2014.

FONSECA, C. Algumas reflexões antropológicas sobre uma maternidade hospitalar francesa. In: FLEISCHER, S.; MEDEIROS, B. F.; TORNQUIST, C. S. (Orgs.). *Saber cuidar, saber contar: Ensaios de Antropologia e a saúde popular*. Ilha de Santa Catarina: Editora da UDESC, 2010.

FOSTER, N. S. *O cuidado aos imigrantes bolivianos e bolivianas no contexto da atenção primária em saúde: uma aproximação etnográfica*, 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de São Paulo, USP, São Paulo, 2017.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fonte. 1999.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975 – 1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GALINA, V. F.; SILVA, T.B.B.; HAYDU, M.; MARTIN, D. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 21, n.61, p. 297-308, 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. Giovanella, L. et al (orgs). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GISSLER, M.; ALEXANDER, S. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scan*, .88, 134–48, 2009.

GLOBAL HEALTH WATCH. *Global Health Watch 3: An Alternative World Health Report*. Londres: Zed Books, 2011.

GOFFMAN, E. *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar; 1963.

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol.22, n.2, p. 283-97, 2013.

GRANADA, D.; DETONI, P. P. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do brasil. *Temáticas*, Campinas, vol. 25, n.49/50, p. 115-138, fev/dez, 2017.

GRANADA, D.; CARRENO, I.; RAMOS, N.; RAMOS, M.C.P. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, vol. 21, n.61, p.285-96, 2017.

GUERRA, K. VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cad. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, vol. 25, n.1, p. 123-129, 2017.

IBGE. *Censo Demográfico 2010: Nupcialidade, fecundidade e migração. Resultados da Amostra*. 2012. IBGE: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd\\_2010\\_nupcialidade\\_fecundidade\\_migracao\\_amostra.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf). Acesso em: 02/06/2018.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, São Paulo, vol. 26, n. 02, p. 169-174, 2015.

- LABREE L, M. H.; RUTTEN, F.; FOETS, M. Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature. *Obes Rev.*, vol.12, n.5, p. 535-547, 2011.
- MAIA, A. C. S. C. *Saúde em Trânsito: O fluxo de assistência a refugiadas na APS no município do Rio de Janeiro*. 2017, 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2017.
- MALKKI, L. H. Refugees and exile: from "refugee studies" to the national order of things. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 24., p. 495-523, 1995.
- MORAES, A. M. Governo das populações, circulação de pessoas e produção de alteridades: elementos para a descolonização do debate. *Século XXI, Revista de Ciências Sociais*, vol.2, no 2, p.113-148, jul./dez, 2012.
- MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 22, n.2, p.351-364, 2013.
- MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.
- MOULIN, C. A política internacional da mobilidade: governamentalidade global e a produção da diferença no discurso disciplinar contemporâneo. In Oliveira, S. *Migrações e a Pan-Amazônia*. Manaus: Editora UFAM, 2012.
- MOULIN, C. Entre liberdade e proteção: refugiados, soberanos e a lógica da gratidão. Trabalho apresentado no 33º. Encontro Anual da ANPOCS. GT Migrações Internacionais. 2009. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/papers-33-encontro/gt-28/gt25-16/2041-carolinamulin-entre/file>. Acesso em: 12 abr. 2019
- MOURA, E. C.; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. *Ciência & Saúde Coletiva* (online), vol. 22, n.1, p.291-300, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000100291&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100291&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 de Janeiro de 2019.
- OHCHR. *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12). 2000. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx> procurar general comment 14. Acesso em: 10 mar. 2018.
- OIM. *Glossário sobre Migração*. Genebra: OIM, 2009. Disponível em: <http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- OIM. *World Migration Report*. Genebra: OIM, 2018. Disponível em: [https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/china/r5\\_world\\_migration\\_report\\_2018\\_en.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf). Acesso em: 01 mar. 2019.

- OMS. *Constitution of the World Health Organization*. Genebra: OMS, 1946. Disponível em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). Acesso em: 12 abr. 2018
- ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Genebra: ONU, 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- ONU. *Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial*. Genebra: ONU, 1965. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139390por.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- ONU. *Pacto Internacional sobre os direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Genebra: ONU, 1966. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto\\_internacional.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf). Acesso em: 16 abr. 2018.
- ONU. *Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias*. Genebra: ONU, 1990. Disponível em: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/08/Conven%C3%A7%C3%A3o-Internacional-para-a-Prote%C3%A7%C3%A3o-dos-Direitos-Humanos-de-todos-os-Trabalhadores-Migrantes-e-Membros-de-suas-Fam%C3%ADlias.pdf>. Acesso em 12. Abr. 2018.
- ONU. *Vienna Declaration and Programme of Action*. Viena: ONU, 1993. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>. Acesso em 15 abr. 2018.
- ONU. *Human Rights: a basic handbook for UN staff*. Genebra: ONU, 2000. Disponível em: <https://www.un.org/ruleoflaw/files/HRhandbooken.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.
- PARKER, R. Intersecções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: Monteiro, S.; Vilela, W. (Org). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ. 2013. 207 p.
- PARLAMENTO EUROPEU. *Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia*. Bruxelas: 2000. Disponível em: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf). Acesso em 18 abr. 2018.
- PEREIRA, G. M.; BIZERRIL, J. Refugiados no Brasil: estigma, subjetividade e identidade. *Univ. Ci. Saúde*, Brasília, v. 5, n. 1/2, p. 119-134, 2007.
- PINTO, L. F.; SORANZ, D.; SCARDUA, M. T.; SILVA, I. M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.22, n.4, pp.1257-1267, 2017.
- PUSSETTI, C. “O silêncio dos inocentes”: os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, vol. 21, n.61, p.263-72, 2017.
- REBELO, F. Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.765-796, jul-set. 2013.
- RECHEL, B.; MLADOWSKY, P.; INGLEBY, D.; MACKENBACH, J.; MCKEE, J. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet Series*, Vol. 381, 1235–45 p, 2013.



RIO DE JANEIRO. Orientações para a expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: [http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV\\_Manual\\_de\\_Orientacoes\\_para\\_Expansao\\_das\\_Clinicas\\_da\\_Familia.pdf](http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf). Acesso em: 20 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 44924 de 22 de agosto de 2014*. Aprova o plano estadual de políticas de atenção aos refugiados do rio de janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/54eaead56.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Recomeço: a experiência da secretaria municipal de saúde do RJ no atendimento aos refugiados*. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Rio de Janeiro: 2017.

RISSON, A. P. *Cartografia da atenção à saúde de imigrantes haitianos residentes em Chapecó, SC*. 2016. 176 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – UNOCHAPECÓ, Chapecó, 2016.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C. Etnografia: saberes e práticas. PINTO, C. R. J.; GUAZELLI, C. A. B. *Ciências Humanas: pesquisa e método*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

ROCHA, C. M. F.; DIAS, S. F.; GAMA, A. F.. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.26, n.5, pp.1003-1012, 2010.

SAFFER, D. A. PRÁTICAS DO COMUM - Compendo o cuidado na Estratégia de Saúde da Família com os saberes do dia-a-dia. 2017. 182 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, 2017.

SAJJAD, T. What's in a name? 'Refugees', 'migrants' and the politics of labelling. *Race & Class*, Oct. 2018; London: Sage Publications, Institute of Race Relations.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panamericana de Salud Publica*, Washington, vol. 31, n.3, p.260–8, 2012.

SÃO PAULO. *Decreto nº 57.533, de 15 de dezembro de 2016*. Regulamenta a Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016, que institui a Política Municipal para a População Imigrante. São Paulo: 2016.

SANCHEZ-CAO, E.; KRAMER, T.; HODES, M. Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum- seeking children. *Child Care Health Dev*, vol. 39, n.5, p.651-9, set. 2013.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In: SANTOS, B. S.; MENEZES, M. P. (orgs.). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina AS. 2009.

SANTOS, R. P. O. *"Metas para que te quero?"*: Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. 2017. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SARTI, C. Prefácio. In: *Etnografias em Serviços de Saúde*. FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (orgs.). Editora Garamond, Rio de Janeiro, 2014.

- SASS, N.; FIGUEREDO JUNIOR, A. R.; SIQUEIRA, J. M.; SILVA, F.R.O.; SATO, J.L.; NAKAMURA, M. U. Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, vol. 32, n.8, p.398-404, 2010.
- SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.22, n.4, pp.1109-1120, 2017.
- SILVA, M. B. B. Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios colegas de trabalho. *Campos*, Curitiba, vol. 8, n. 2, p. 99-115, 2007.
- SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008
- SPIVAK, G. Estudios de la Subalternidad. Deconstruyendo la Historiografía. In: *Estudios postcoloniales. Ensayos fundamentales*. Madrid: Traficantes de sueños, 2008
- TANNURI, M. R. P. *Refugiados congolese no Rio de Janeiro e dinâmicas de “integração local” : das ações institucionais e políticas públicas aos recursos relacionais das redes sociais*. 2010. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional). Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, 2010.
- THOMSON, M. S.; FERZANA, C.; GEORGE, U.; GURUGE, S. Improving Immigrant Populations’ Access to Mental Health Services in Canada: A Review of Barriers and Recommend actions. 2015. *Journal of Immigrant Minority Health*, vol.17, n.6, p. 1895–905, 2015.
- TONINI, S.C.C.L. *Saúde da população síria: Percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde da Supervisão Técnica de Saúde da Mooca no Município de São Paulo*. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo: 2018
- TORPEY, J. C. *The Invention of the Passport: surveillance, citizenship and the state*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- VALENZOLA, R. H. O conflito da República Democrática do Congo e a ausência do Estado na regulação das relações sociais. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP*, Marília, V.12, p.59-86, 2013.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/309913793\\_Nota\\_Tecnica\\_Ipea\\_n\\_28\\_-\\_Os\\_impactos\\_do\\_Novo\\_Regime\\_Fiscal\\_para\\_o\\_financiamento\\_do\\_Sistema\\_Unico\\_de\\_Sau\\_de\\_e\\_para\\_a\\_efetivacao\\_do\\_direito\\_a\\_saude\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/309913793_Nota_Tecnica_Ipea_n_28_-_Os_impactos_do_Novo_Regime_Fiscal_para_o_financiamento_do_Sistema_Unico_de_Sau_de_e_para_a_efetivacao_do_direito_a_saude_no_Brasil) . Acesso em: 05 mar. 2018.
- VIVACQUA, T. V. A. *As fronteiras difusas das emoções na categoria do refugiado: o medo, a esperança e os deslocamentos (est)éticos*. 2018. Projeto de qualificação para o programa de

mestrado em Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, 2018.

WALDMAN, T. Uma introdução às migrações internacionais no Brasil contemporâneo. Modulo 2. Curso Defensoria Pública da União. Defensoria Pública da União: 2018.

WEINTRAUB, A. C. A. M.; VASCONCELLOS, M. P. C. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.3, p. 1041-1055, 2013.

WORMANN, T.; KRAMER, A. Communicable diseases. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. In: *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press, 2011. p. 121–38.

## ANEXO – Algumas pessoas contatadas durante a pesquisa

Nome	Categoria	Contato	Informações relevantes
Leticia e Manuel	Refugiados congolese	Durante VDs	Leticia estava gestante do primeiro filho e com anemia; Manuel teve embates com trabalhadores da CF devido à demora no atendimento, mas após uma conversa com enfermeiro, hoje colabora com os trabalhadores. Negro**
Bruno	Refugiado Congolês	Durante caminhadas pelo bairro.	Jovem. Há um mês esteve pela primeira vez na CF por conta de uma gripe, uma “demanda aguda”, sendo que ele vivia há 2 anos na região e nunca havia sido cadastrado. Negro*
Ricardo	Refugiado congolês	Durante VDs.	Marido de Patricia. Refugiado congolês, está no Brasil há 4 anos e já é reconhecido como refugiado. Trabalha com entregas e na construção civil. Já era casado com Patricia desde a RDC. Negro**
Mariana	Refugiada congolese	Durante VDs.	Mariana está gestante de seu primeiro filho. A gravidez é de alto risco, e devido a isso ela está em repouso, maternidade, além da CF, segundo o protocolo para tais casos. Fala muito bem do atendimento da CF. Mostra-se disposta a ser entrevistada, mas não conseguimos marcar devido às situações de violência no território (ela não pode deslocar-se até a CF). Negra*
Guilherme	Imigrante de origem congolese	Conversa por mensagens e na inauguração da exposição	Guilherme é um jovem estudante, vindo da região dos Kivus, na RDC (região de muitos conflitos). Realiza graduação no Brasil a partir de um programa de cooperação de ensino. Embora não tenha status de refugiado, realiza muitas discussões sobre a temática dos conflitos em seu país natal e problematiza a acolhida a migrantes e refugiados em outros países. Negro**
ACS Alice	Trabalhadora	Acompanhei em VDs, convivência na CF.	ACS, negra*

ACS Rafael e ACS Paulo	Trabalhadores	Contato pontual em sala de espera.	Fazem parte de equipes que não atendem refugiados; brancos*; interação sobre barreira de acesso da língua; “o acesso é livre aqui”; preocupação com atraso de salários.
ACS Gabriela	Trabalhadora	Acompanhei em VDs, convivência na CF.	ACS, negra*
ACS Corina	Trabalhadora	Convivência e troca de ideias na CF.	ACS, branca*
Renata	Trabalhadora	Convivência na CF.	Nível médio, branca*
Médico Gabriel	Trabalhador	Convivência na CF.	Médico da equipe 1, que atende área com refugiados. Branco*.
Psicóloga Carolina	Trabalhadora	Contatos durante todo o campo de pesquisa. Interlocutora importante para troca de ideias e percepções.	Psicóloga do NASF, Branca*. Foi demitida em outubro.
Psicólogo Caio	Trabalhador	Convivência na CF.	Psicólogo do NASF, negro*. Demitido em outubro.

\*Heteroclassificação

\*\*Autodeclaração