

## Saúde nas margens: dilemas da territorialidade da Atenção Primária em Saúde no cuidado aos refugiados no município do Rio de Janeiro, Brasil

Health on the fringes: dilemmas of the territoriality of Primary Health Care for refugees in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Ana Carolina Maia (<https://orcid.org/0000-0002-4144-0526>)<sup>1</sup>

Rogério Lopes Azize (<https://orcid.org/0000-0002-1876-8507>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This article presents and analyzes the tensions, negotiations and arrangements that comprise the process of devising a care structure for the refugee population in the municipality of Rio de Janeiro within the scope of Primary Health Care (PHC). We are of the opinion that the creation of this care structure is derived from the intersection of more than one normative regime, namely that of health and that of the refuge location, which represent an organization and structure that is often conflicting. In this respect, we examine the intermediary agency work that the health operators perform with the government regulations they have at their disposal to combine the notions of territoriality that orient both PHC and the dimension experienced by the refugees. It is perceived that Primary Care is a privileged place for the visibility and mapping of this population based on focused strategies of health promotion actions and alliance with a community leader, since it is a more porous level of care for flexibilization of the normal services of the Unified Health System.*

**Key words** *Migration, Refuge, Primary Health Care, Basic care*

**Resumo** *Este artigo apresenta e analisa as tensões, negociações e conjugações constituintes do processo de construção de um fluxo de atendimento para a população refugiada no município do Rio de Janeiro no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). Entendemos que a construção de tal fluxo se desenha a partir da intersecção de mais de um regime normativo – o da saúde e o do refúgio, que definem uma organização e fluxos com frequência conflitantes. Dessa forma, partimos dos agenciamentos que fazem os operadores da saúde das normativas governamentais das quais dispõem para conjugar as noções de territorialidade que organizam tanto a APS quanto a dimensão do vivido entre os refugiados. Percebe-se ser a Atenção Primária um lugar privilegiado de visibilização e mapeamento dessa população a partir de estratégias focalizadas de ações de promoção de saúde e aliança com um líder comunitário, já que é um nível de atenção mais poroso à flexibilização do fluxo normal do Sistema Único de Saúde.*

**Palavras-chave** *Migração, Refúgio, Atenção Primária em Saúde, Atenção Básica*

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524, Maracanã. 20550-013 Rio de Janeiro RJ Brasil. [costamaia.anacarolina@gmail.com](mailto:costamaia.anacarolina@gmail.com)

## Introdução

Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa sobre a resposta institucional do setor saúde à chegada significativa de refugiados e solicitantes de refúgio congolese a um bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro. Mais especificamente, o foco recai sobre o nível da Atenção Primária em Saúde (APS), já que a investigação se constrói a partir de uma unidade básica de saúde localizada na região, com os profissionais que atuam em equipes de saúde da família.

A chegada de imigrantes congolese que solicitam o estatuto do refúgio no país inscreve-se dentro de uma conformação geopolítica que fez com que 65,6 milhões de pessoas fossem forçadas a se deslocar de seus países de origem ao final de 2016, de acordo com relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados<sup>1</sup>. Ainda de acordo com o mesmo relatório, cerca de 22,5 milhões de pessoas deslocadas detinham o estatuto de refugiadas no país de destino. Parte dessas pessoas (2,8 milhões) tinham suas solicitações de refúgio em trâmite, ou seja, rogavam às autoridades dos países de destino que reconhecessem sua condição refugiada, o que confere a essas pessoas algumas garantias mínimas.

A respeito dos deslocados da República Democrática do Congo (RDC), no início de 2018, havia cerca de 5 milhões de congolese nessa condição: aproximadamente 674.879 refugiados em outros países africanos e 4,35 milhões de deslocados internos<sup>2</sup>. Esses números colocam a RDC entre os países com as maiores crises de deslocamentos do mundo.

No Brasil, os estados da federação que mais recebem solicitantes e refugiados são Roraima (47%) e São Paulo (28%). O Rio de Janeiro, apesar de receber cerca de 2% dessas solicitações, é o estado que mais recebe refugiados e solicitantes oriundos da República Democrática do Congo, segundo país que mais teve nacionais reconhecidos como refugiados pelo governo brasileiro (13%), ficando apenas atrás da Síria (39%). Além disso, é o segundo estado da federação onde mais residem refugiados (17%), ficando apenas atrás de São Paulo (52%)<sup>3</sup>.

Os fluxos internacionais que se dirigem para o Brasil em sua manifestação atual são consequência do que se convencionou chamar de globalização, concebida como o presente estágio do capitalismo tardio. De forma diferente dos deslocamentos transatlânticos ocorridos durante os séculos XIX e o início do XX relacionados a políticas de povoamento e de facilitação de de-

terminados fluxos que atendiam a demandas específicas dos mercados dos países de destino, as migrações internacionais da atualidade são resultado, em grande medida, de deslocamentos de pessoas e grupos expulsos de seus países por fatores ambientais, conflitos armados locais e outras consequências da hegemonia neoliberal<sup>4</sup>.

Em relação à inserção dessas pessoas nas dinâmicas urbanas locais, percebe-se que esses grupos tendencialmente integram a economia informal dos países de destino, estabelecendo-se em áreas precárias, com condições de trabalho e moradia longe do ideal. Os processos de violência estrutural das grandes cidades brasileiras que recebem esses imigrantes devem ser levados em consideração, já que têm estreita relação com a vulnerabilização das condições de vida desses sujeitos e de sua capacidade de ser e se manter saudáveis. Episódios de violação de seus direitos fundamentais, bem como situações de exploração, discriminação e estigmatização são parte da experiência dessas pessoas, o que tem efeitos sobre sua saúde, já que desigualdades sociais resultam em iniquidades em saúde<sup>5</sup>.

Apresentamos aqui resultados de uma pesquisa que partiu de um questionamento: existiria uma sensibilidade institucional, em curso ou em forma de projeto, para refugiados e migrantes no município do Rio de Janeiro, que respondesse ao surgimento de novos fluxos de deslocamentos forçados para o país? Identificamos na Atenção Primária em Saúde (APS), materializadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o nível de cuidado que tem endereçado de forma significativa os fluxos de migrantes nesse primeiro momento de acomodação provocada pela vinda significativa de congolese para o município. Dessa forma, elegemos como interlocutores operadores da saúde – gestores e profissionais da ponta no âmbito da APS – envolvidos no desenho e na materialização em ato de uma política de saúde para pessoas cujas experiências e subjetividades são marcadas pelo trânsito por múltiplos lugares.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o principal dispositivo reorganizador do modelo tecnoassistencial no âmbito da APS<sup>6</sup>. O formato do programa tem, para o seu funcionamento, a centralidade no território, que circunscreve a área de atuação de cada equipe. Cada unidade possui um território sanitário de abrangência e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a essa área. Tem-se, portanto, um nível de atenção que centra no território sua organização: o espaço territorial deve ser, sob essa ótica, o locus operacional das ações

das equipes, a partir de tecnologias de planejamento território-centradas, que circunscrevem uma certa área de responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família. O município do Rio de Janeiro é dividido em dez Áreas Programáticas (AP) e contou com uma gradativa expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que passou de 3,5% da população adscrita a uma UBS em 2008/2009, saltando para 40% quatro anos depois e chegando a quase 70% de cobertura ao final do ano de 2016<sup>7</sup>. A partir de trabalho de campo realizado em uma unidade básica de saúde em um bairro da zona norte do município com grande concentração de refugiados e solicitantes congolezes, analisam-se aqui os agenciamentos que os trabalhadores da unidade fazem a partir das normativas governamentais das quais dispõem para cadastrar a população refugiada do território que, lideradas por uma figura central, tensionam princípios organizativos da APS, sobretudo aqueles relacionados ao território.

Dessa forma, tínhamos como objetivo compreender o lugar do marcador nacionalidade no desenho de uma política de saúde no âmbito da APS com alguma sensibilidade aos fluxos recentes de refugiados e migrantes para algumas regiões do município. Como se dá a incorporação dos refugiados à saúde pública em um território que se vê confrontado com uma nova população migrante? Quais são as conformações existentes entre a organização territorializada da APS e as percepções subjetivas dos próprios refugiados acerca dos limites e fronteiras – administrativos ou simbólicos – que organizam sua relação com o serviço de saúde?

Nesse artigo, discutiremos de que forma se dá a conjugação entre regime da saúde – aqui entendido como um conjunto de marcos institucionais que conformam a organização territorial da Atenção Primária – e o regime do refúgio, este composto tanto por marcos jurídicos que definem o estatuto quanto pela territorialidade própria dos refugiados, que acabam por colocar em xeque várias noções caras à estruturação territorial do cuidado, como vínculo e área programática, por exemplo. Procuraremos, a partir das percepções dos trabalhadores da UBS, analisar as tensões e desdobramentos da estratégia focalizada da gerência da unidade ao aliar-se à rede comunitária refugiada do território em uma tentativa de mapear e cadastrar a população refugiada.

## Metodologia de pesquisa

Para os fins deste artigo, foram privilegiados os relatos de profissionais da ponta do serviço, a partir de entrevistas em profundidade semiestruturadas com membros de equipes de saúde da família de uma UBS localizada em região da cidade com especial concentração de refugiados e solicitantes de refúgio oriundos da República Democrática do Congo (RDC), realizadas entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018. Os espaços de sociabilidade refugiada não fazem parte do escopo desta pesquisa: todos os dados produzidos são a partir das percepções dos profissionais da unidade.

Aprovada pelos Comitês de Ética do Instituto de Medicina Social da UERJ e Comitê da SMS/RJ, esta pesquisa acessou seus interlocutores a partir de uma informante privilegiada que oportunizou a aproximação com a gerência da UBS. A escolha da específica unidade na região periférica da cidade é tributária de repetidas sinalizações em interações, ainda em pré-campo de pesquisa, com assessoras técnicas da secretaria municipal de saúde e com profissionais da principal entidade civil de assistência aos refugiados no município, ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). A UBS analisada era composta naquele momento por seis equipes de saúde da família, todas completas, além da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Para além do gerente da unidade, foram conduzidas entrevistas com 10 profissionais – médicos, enfermeiros e Agentes de Saúde – de três equipes que lidam mais diretamente com a população refugiada, além de três profissionais – nutricionista, psicóloga e assistente social – que integram o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF).

As equipes que lidam mais diretamente com a população refugiada são a Equipe 1 – “que pega essa comunidade aqui da frente” – e a Equipe 3 – “que pega um pedacinho da comunidade, mais pra essa rua de cima aqui”, me conta o gerente da unidade. Apenas a Equipe 2 conta com médicos com carga horária de 20h semanais, enquanto todas as outras possuem médicos de 40h. A forma escolhida para identificar cada profissional, de acordo com sua equipe, tem uma razão de ser: a pertença a uma determinada equipe, bem como a responsabilidade por um determinado território são elementos caros aos processos de trabalho desses profissionais. Organizá-los dessa forma, portanto, facilitaria o entendimento das relações intra e interequipes de saúde. Por questões éticas, para preservar o anonimato, os nomes de sujeitos

entrevistados foram omitidos; o mesmo vale para os nomes das equipes de saúde, já que muitas vezes são homônimas ao território de atuação.

## Resultados e discussões

A Unidade Básica de Saúde encontra-se em uma região periférica do município do Rio de Janeiro, a poucos metros de uma via central da cidade. A estimativa do gerente da unidade é de que há cerca de 300 refugiados no território e que cerca de 65% deles estão cadastrados na UBS. Ele relata, também, a presença de outros grupos de refugiados presentes na mesma área, ainda não acessados pelas equipes de saúde.

Tem-se, portanto, todo um corpo normativo que organiza o que seria este fluxo normal do sistema: roga-se que o usuário seja residente do território em que as equipes atuam; que o mediador da relação dos refugiados com a UBS sejam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que ultrapassam os muros da UBS e buscam ativamente os usuários. No entanto, há muitas vezes um desacordo entre a territorialidade da APS e a territorialidade refugiada que impede que as equipes de saúde tenham a possibilidade de esquadrihar rigorosamente o território e mapear essa população:

*Mas hoje, pra mim, o acesso a eles é a maior dificuldade, por não saber exatamente onde eles estão.* (Enfermeira – Equipe 3).

*Eles dão endereço falso, todos eles, você não acha ninguém.* (Médico – Equipe 3).

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

A questão do cadastramento da população refugiada na UBS é um ponto de tensão para a quase totalidade dos interlocutores por um par de razões: (i) a dificuldade reportada pelas equipes para acessar a população refugiada no território e (ii) a resistência por parte dos ACS em cadastrar refugiados que considerem fugir ao fluxo normal do sistema.

A partir disso, entra em cena figura-chave na construção do fluxo de atendimento aos refugiados na unidade: um indivíduo que, embora não seja morador do território, o habita em outros sentidos. Habitar, aqui, refere-se à capacidade de se configurar como uma figura absolutamente central no circuito refugiado da região e, por conseguinte, na conjugação entre as territorialidades da APS e refugiada: trata-se de um pastor neopentecostal, oriundo também da RDC, dono

de um pequeno comércio na região, que funciona também como uma igreja onde cultos acontecem, celebrados em Linguala, com algumas palavras em francês e traduzido para o português.

Para tentar sanar essa questão do pouco acesso dos refugiados à unidade, gerente e NASF aliaram-se ao pastor na construção do fluxo de atendimento. O episódio que selou a aliança entre gerência da UBS e pastor foi bastante emblemático:

*Ele é congolês também. Em um primeiro momento ele foi um pouco mais reservado. (...) Ele tem um culto, ele é um pastor evangélico, é uma liderança tanto religiosa mas também de referência pra quem chega. Ele tem uma padaria e atrás é um espaço que ele usa pra igreja. Daí eu sugeri que eu viesse num domingo em um culto pra eu poder falar sobre saúde e aí ele marcou um domingo em meados de 2017 em que ele estivesse lá realizando o culto. Fomos três de nós em um domingo, quatro horas de culto. Esse foi o divisor de águas pra essa questão de barreira de acesso. (...) ele deu uma oportunidade pra gente falar no final, a gente falou, e eu acho que isso foi bacana, ali choveu demandas. (...) Na segunda-feira seguinte isso aqui tava que era congolês puro e aí a gente procurou organizar mas ao mesmo tempo a gente precisava escancarar as portas.* (Gerente).

Descrito por um enfermeiro como “um ex-refugiado que se deu bem aqui dentro,” o pastor é figura de referência para os refugiados a partir, principalmente, da posse de uma padaria. Este espaço de sociabilidade, que sedia os cultos religiosos, tem especial importância na conjugação entre a territorialidade refugiada e da APS: funciona como uma espécie de endereço emprestado para o cadastro dos refugiados na unidade.

Se esse “divisor de águas” possibilitou que o pastor mediasse o acesso da população do território à UBS, não foi tão fácil dividir o quantitativo de congolezes trazido por ele, não necessariamente composto apenas pelos refugiados do território que suas equipes deveriam assistir. O pastor – morador de um bairro de outro município da região metropolitana do Rio de Janeiro – estabeleceu um trânsito de congolezes de sua própria área, burocraticamente fora da área de cobertura não apenas daquela UBS específica, mas da própria Secretaria Municipal de Saúde:

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

Há, portanto, um circuito de refugiados centrado na figura do pastor, que atua como uma espécie de coordenador do cuidado da população refugiada tanto dentro quanto fora do município, direcionando-a para a UBS. O pastor acaba, portanto, por expandir as fronteiras do território sob responsabilidade da UBS, ampliando o acesso dos refugiados à unidade – não só os da região, mas também de outro município. A deferência prestada a ele por atuar como peça-chave no mapeamento dessa população faz com que também seja ele quem melhor é capaz de desviar o fluxo na unidade:

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

*Como a gente estabeleceu um elo muito grande com o pastor, se ele levanta uma demanda pra mim e eu falo não pra ele, eu fecho as portas também. (...) Pelo pastor também ter uma igreja lá no outro município pra eles, ele faz essa ponte. O culto é todo no dialeto deles. O pessoal que tá aqui vai assistir o culto lá, o de lá vem assistir o culto aqui. (Gerente).*

*Se a gente não acha eles, a nossa referência é o pastor. Ele acha todo mundo. “Quero fazer uma ação com os refugiados sobre saúde da mulher”, primeiro a gente precisa conversar com o pastor, o pastor precisa convencer eles. Ele nos ensina a falar a linguagem que a gente deveria usar com eles. Aí a gente consegue. (Enfermeiro – Equipe 3).*

Não foram raras as narrativas de insatisfação de profissionais das equipes com o elo criado diretamente entre pastor/refugiados e gerência/equipe NASF. Com frequência, percebemos que o marcador da nacionalidade é compreendido pelos profissionais como algo que confere poder à população refugiada:

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

Essas tensões constituem pontos de inflexão importantes para as análises traçadas a seguir. Não é como se a gestão não estivesse a par do caráter absolutamente extraordinário do tratamento dado à população refugiada. Para justificar que

a territorialidade refugiada desvie o fluxo normal da APS, tanto gerência como parte dos profissionais acionaram a categoria “equidade”, um dos princípios doutrinários do SUS:

*No geral a equipe tá bem flexível pro atendimento: todo mundo foi capacitado pra ter uma escuta diferenciada. (...) A gente entende que por mais que não seja da área e a gente trabalhe com essa questão territorial, a gente não tem como, até por uma questão mais humana, deixar de atender qualquer tipo de pessoa que venha procurando ajuda. (...) É uma população diferente, a gente precisa entender um pouquinho da realidade deles pra gente poder conseguir ofertar um serviço com qualidade. (Gerente).*

Dentro das equipes de saúde da família, a incorporação dos refugiados à UBS não se deu de forma pacífica: os ACS foram a categoria profissional que mais resistiu em distorcer o fluxo de atendimento e cadastrar refugiados que não moravam no território. Em sendo os ACS tanto trabalhadores quanto usuários da clínica, seu estranhamento frente ao grupo que chega tem duas frentes: (1) a de um usuário que, por conhecer as dificuldades da implementação da política *in loco*, teme que os recursos disponíveis não deem conta de cobrir toda a população do território; e (2) o estranhamento de uma trabalhadora que vê sua carga de trabalho aumentada e ainda pode receber possíveis sanções burocráticas decorrentes de quaisquer quadros clínicos com desfechos negativos:

*Quando as coisas foram começando a acontecer eles tinham muita resistência com essa coisa do... “Ué, mas vai cadastrar? Mas a gente vai atender todo mundo assim?” Tinha a galera que pensava assim: “Ah, eles vêm pra cá pra usar, já não funciona pra gente, vai usar o serviço que não tem pra gente, e vai ter pra eles?” (Profissional – NASF 1).*

*No início, por parte dos ACS, tinha uma certa resistência no acesso. (...) A resistência também era porque muitas aqui não recebiam algum tipo de benefício do governo, daí elas tinham uma certa implicância. Elas não conseguiam e os refugiados vinham e conseguiam o benefício. Por isso que eu acho que às vezes arranhava essa questão do acesso. (Enfermeira – Equipe 2).*

*Além da língua tinha uma situação de preconceito. (...) O relato dos agentes de saúde era o seguinte: “Ah, eles vêm em caminhão de pessoas pra cá e estão tomando o nosso emprego, estão tomando nossas coisas”. (Gerente da UBS).*

*Os ACS ainda têm resistência para cadastrar os refugiados. Elas moram na localidade, então elas conhecem as pessoas. Os refugiados elas não conhe-*

*cem. Se aparece uma gestante do Congo, o ACS precisa fazer uma visita mensal à gestante. Qualquer coisa que eu solicite às ACS precisam encontrar essa gestante. Muitas das vezes em uma semana eles estão em um lugar e na outra semana, em outro. Eles mudam de município, é complicado. As ACS têm medo, elas sofrem pressão em alguns acompanhamentos, tuberculose, crianças, gestantes, eles são muito pressionados. (Enfermeiro – Equipe 3).*

A relação tensionada de ACS e refugiados deve-se especialmente ao fato de que é *sui generis* à organização mesma da APS a presença de um Agente que tem como requisito para ocupar a profissão ser morador da região: o mesmo requisito para que os refugiados sejam cadastrados como usuários da clínica. Cria-se, então, uma dinâmica de alteridade na qual a noção de território é parte central do que confere poder aos ACS, ainda que esse mesmo poder seja, no caso analisado, esvaziado e justificado pela gerência a partir de uma preocupação de garantia de equidade.

Reflexões acerca de dinâmicas em que grupos são capazes de monopolizar oportunidades de poder são tecidas em “Os estabelecidos e os outsiders”, título da obra que apresenta a pesquisa realizada por Norbert Elias e John Scotson em um pequeno povoado industrial na Inglaterra<sup>8</sup>. Ao analisar as relações e representações de dois grupos de indivíduos naquela localidade, a ideia introduzida pela dupla é a de que certo grupo – ocupante do território há duas ou três gerações – era capaz de monopolizar as oportunidades de poder e, em o fazendo, atribuía a outro grupo de pessoas que ali chegou mais tardiamente características negativas.

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

cém-chegados: sua coesão enquanto coletividade e sua estreita integração os dotava de um carisma grupal capaz de lançá-los aos postos mais altos de poder dentro do território, enquanto excluía o restante dos indivíduos e os dotava de representações negativadas moralmente.

Proponho analisar a relação tensionada entre ACS e refugiados à luz das proposições destes autores, levando em conta a relação “estabelecidos e outsiders”<sup>8</sup> como uma configuração, um modelo que pode ajudar a compreender as relações que outros grupos heterogêneos com níveis diferenciais de poder estabelecem. Em Winston Parva, o que se observou foi o estudo de um episódio de desenvolvimento de uma área industrial urbana que estimulou a chegada de *outsiders* que causaram perturbação na vida comunitária relativamente estável das famílias que ali já estavam instaladas há décadas. Afora o fato de serem recém-chegadas ao território, as novas famílias de operários não diferiam do grupo estabelecido: eram compatriotas da mesma raça e classe social.

Não pretendo deslocar acriticamente a análise do povoado inglês para dar sentido à dimensão vivida no território no qual se localiza a UBS. Analisar como a chegada de novos indivíduos pode perturbar uma coletividade mais coesa deve necessariamente levar em consideração as especificidades do caso estudado: os grupos de migrantes que chegam ao bairro são, em sua grande maioria, negras e negros oriundos da RDC. Uma das ACS da Equipe 1 me contou que quase sempre sabe da chegada dos refugiados antes da busca ativa das equipes no território: “*chegou uma kombi deles hoje*”, contou-me ter ouvido diversas vezes entre o final de 2014 e início de 2015. Essa declaração espirituosa já presente na primeira entrevista que conduzi deixou latente a impressão de que poderia existir algo como uma Winston Parva acontecendo ali:

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

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

*Aí a gente trouxe a Caritas aqui pra fazer uma explicação técnica mesmo sobre o que é o refúgio, pra falar da questão política do refúgio, pra falar especificamente sobre a maioria da população que a gente tem aqui que é da República do Congo, pra falar da situação política da República do Congo, do porquê que eles saem de lá e vêm pra cá. (...)*

*Depois disso, as resistências foram diminuindo, eles começaram a entender.* (Profissional – NASF 1).

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

É bem verdade que os rótulos impostos aos refugiados são construídos em processos políticos, em que há um empreendimento bem sucedido na imposição do ponto de vista dos grupos estabelecidos como mais legítimos do que os dos *outsiders*. Não há, portanto, nada de inerente aos refugiados que justifique sua posição desviante: os rótulos são construídos na interação<sup>9</sup>. A configuração em que migrantes de classes populares chegam ao território onde existem brasileiros de classes populares que residem ali há mais tempo torna-se especialmente interessante se observarmos que o ACS é o profissional da equipe de saúde da família que, por princípios que norteiam o programa, já bastante explicitados, deve ser morador do território. Isso também contribui para que o ACS saiba, ainda que não seja capaz de dizer se o indivíduo recém-chegado é um refugiado congolês, quem são os recém-chegados no bairro. Dessa forma, tem-se uma categoria profissional que, a despeito de seu estranhamento com a chegada de um novo grupo, se vê como parte de um serviço de saúde cujas diretrizes preconizam o acolhimento e assistência a este grupo:

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

*Quem sinaliza tudo pra gente é o ACS, ele é que vai pra rua, ele é que cava, ele é que acha.* (Médico – Equipe 3).

Dotados, portanto, do poder de adscrever a população refugiada ao que território que é o

lôcus operacional das ações das equipes, os ACS funcionam como “a porta de entrada” da “porta de entrada” do SUS. A APS, ao acionar a retórica da equidade para justificar sua atuação contextualizada no território investigado, acaba por politizar a incorporação dos refugiados à saúde pública do município, entendendo que alguns marcadores sociais da diferença como gênero, raça e classe, organizam a forma como os recursos econômicos e políticos são distribuídos desigualmente dentro da população e como essas desigualdades sociais acabam traduzidas em desigualdades em saúde. Essas desigualdades interferem diretamente no processo de produção da saúde e da doença de indivíduos que integram grupos que articulam um ou mais marcadores, o que os coloca em situação desvantajosa quanto à possibilidade de serem e se manterem sadios. A noção de equidade, diretamente relacionada à noção de vulnerabilidade, é bastante ilustrativa dessa concepção de que a diferença pede respostas diferentes de uma política de saúde de alcance nacional.

### Considerações finais

As categorias emergidas no campo são, elas próprias, demarcadores de fronteiras dentro do universo analisado, fronteiras que não se limitaram a circunscrever apenas áreas programáticas ou municípios vizinhos. A noção de território, cara à organização da saúde e do refúgio, é chave empírica para pensar a gestão de corpos refugiados que idealmente estariam fixados em pontos administráveis pelo poder estatal<sup>10</sup>. É bem verdade que a lógica territorial da APS também acaba por conceder uma espécie de “estatuto de refúgio” pela “autoridade migratória” personificada no gerente da unidade ao cadastrar refugiados que, a todo momento, são confrontados eles próprios com novas noções de pertencimento e territorialidade. Michel Agier<sup>11</sup> refere-se a situações de trânsito em que as pessoas não ultrapassam efetivamente as fronteiras ou, ainda que o façam, não se sentem efetivamente reconhecidas como cidadãs plenas no país de destino; são, em seus termos, “homens-fronteira”, que carregam em si mesmos tais limites, construindo seus próprios fluxos. O pastor acaba por tensionar fronteiras e territórios no processo de negociação com a gerência da unidade. A estratégia de acesso à população por via do pastor mira em uma região e acerta ainda mais longe, atraindo moradores de outra área programática, ou melhor, de outro

município. O território de um não corresponde ao território do outro; vale mais ali a concepção da fronteira/território que os sujeitos trazem em si, fruto de negociações que este trabalho procurou mapear.

Conclui-se, portanto, que é característica da APS essa porosidade maior às especificidades locais das populações colocadas no mapa pela Estratégia. Não é como se os profissionais não estivessem a par do tratamento absolutamente atípico destinado aos refugiados via tensionamento da lógica territorial a partir do cadastramento de pessoas de outro município. Se os refugiados foram capazes de agenciar sua condição de grupo *outsider*, assim como uma liderança refugiada tenha sido alçada a uma posição de poder tal que o tornou capaz de negociar com o poder público, o fizeram apenas porque já na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fica evidente a preocupação em tornar este nível de atenção o mais poroso a quaisquer mudanças mais céleres decorrentes da identificação dos “nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas”<sup>12</sup>.

Por outro lado, as tensões geradas a partir da distorção do fluxo normal de atendimento

na UBS relacionam-se com a lógica de responsabilização e adscrição de pessoas/territórios às equipes de saúde. Espera-se que os profissionais sejam capazes de prestar contas sobre a população adscrita a sua equipe, o que é dificultado pela percepção de que essas pessoas não se fixam ao território coberto pela UBS, o que dificulta o esquadramento da população refugiada e a consequente gestão desses corpos pelo poder estatal.

Por essa razão, a chegada de refugiados no território – realidade que apenas mais recentemente tem a atenção da gestão do município – certamente pede a adoção de uma estratégia contextualizada: no caso analisado, a coalizão negociada com o pastor, que distorce o fluxo do SUS, tem como objetivo mapear e cadastrar a totalidade de refugiados na região. Anda-se uma casa para trás e ganha-se a partida: não é coincidência que termos utilizados em jogos de tabuleiro apliquem-se a todo o jogo semântico que é parte da Estratégia de Saúde da Família. Capturar um sujeito em trânsito, fugidio, que se não se fixa e que carrega em si mesmo fronteiras e territórios próprios e móveis: esse é o grande desafio de todos os braços estatais que lidam com a integração dos refugiados. No setor saúde, parece ser a Atenção Primária em Saúde o nível de atenção que melhor tem sido capaz de responder a este objetivo.

## Colaboradores

AC Maia realizou a pesquisa de campo, redigiu a primeira versão do artigo, participou da revisão e aprovação da versão final do manuscrito. RL Azize é orientador da pesquisa, colaborou no manuscrito original e participou da aprovação da versão final do manuscrito.



## Referências

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Global Trends: forced displacement in 2016* [documento na Internet]. Genebra: The UN Refugee Agency; 2017. [acessado 2019 Mar 5]. Disponível em: [www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html](http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html)
2. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *At a glance: regional update. Democratic Republic of Congo situation* [página na Internet]. [acessado 2019 Mar 5]. Disponível em: [https://data2.unhcr.org/en/situations/drc#\\_ga=2.54798435.934343453.1570134193-891858924.1570134193](https://data2.unhcr.org/en/situations/drc#_ga=2.54798435.934343453.1570134193-891858924.1570134193)
3. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Refúgio em números*. Brasília: MJ; 2017.
4. Goldberg A, Martin D, Silveira C. *Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva*. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(53):229-232.
5. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidade social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. *Cuad Antrop Soc* 2014; 39:91-114.
6. Franco TB, Mehry EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p: 55-124.
7. Simões PP, Gameiro F, Nunes PC, Silva Júnior AG, Scardua MT, Simas KBF. Expansão da Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. *Revista HUPE* 2016; 15(3):200-208.
8. Elias N, Scotson JL. *Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 2000.
9. Becker HS. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.
10. Navia AMF. *Êxodos e refúgios: Colombianos refugiados no Sul e Sudeste do Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
11. Agier M. Nova Cosmópolis: As fronteiras como objetos de conflito no mundo contemporâneo. *Rev Bras Cien Soc* 2016; 31(91):1-11.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2017.

---

Artigo apresentado em 30/05/2019

Aprovado em 07/08/2019

Versão final apresentada em 02/12/2019

