

Formulação e implementação da política de saúde para migrantes e refugiados no município do Rio de Janeiro: um estudo sobre refugiadas congolezas

Taiane Damasceno da Hora¹

Resumo

Este artigo analisa a formulação e implementação da política de saúde para migrantes e refugiados no município do Rio de Janeiro, com um recorte sobre o atendimento a mulheres congolezas. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, cujo *lôcus* foi a Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas, utilizou-se a análise de conteúdo temática para analisar os dados. Concluiu-se que a política pública de saúde para refugiados e migrantes está em fase de formulação, sendo desenhada pelos gestores da saúde, pelas ONGs e pelos comitês de refugiados. Contudo, devido às necessidades impostas pelo deslocamento forçado, ela está sendo implementada nas unidades de saúde.

Palavras-chave

Refúgio; Migração; Formulação; Implementação; Políticas Públicas.

Formulation and implementation of health policy for migrants and refugees in the municipality of Rio de Janeiro: a study of congolese refugees

Abstract

This article analyzes the formulation and implementation of health policy for migrants and refugees in the municipality of Rio de Janeiro, focusing on care for Congolese women. This is a qualitative study, whose locus was Primary Care in the municipality of Rio de Janeiro; 12 semi-structured interviews were conducted, and thematic content analysis was used to analyze the data. It was concluded that the public health policy for refugees and migrants is still being formulated by health managers, NGOs, and refugee committees. Due to the needs imposed by forced displacement, it is being implemented in health facilities.

Keywords

Refuge; Migration; Formulation; Implementation; Public Policies.

Artigo recebido em fevereiro de 2025

Artigo aceito em março de 2025

Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar a formulação e a implementação da política de saúde para migrantes e refugiados no município do Rio de Janeiro, com um recorte sobre o atendimento a mulheres congolesas. Vale ressaltar que este trabalho é um recorte da pesquisa de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) em 2023, que se desdobrou em uma pesquisa de pós-doutorado.

Segundo Fischel de Andrade (1996), a origem do Estado-nação teria resultado em duas situações. Em primeiro lugar, surgiu o sentimento de pertencimento por parte de um determinado grupo, que tem um território delimitado geograficamente pela cultura; em segundo, lugar, o autor aponta que esse sentimento de integração também resultou em uma determinada parcela de sujeitos que não pertence àquela comunidade nacional por não se identificarem com ela.

Após a Segunda Guerra Mundial, Madureira (2021) aponta que foi criada a Convenção de 1951, considerada o eixo fundador do Direito Internacional dos Refugiados; trata-se do primeiro documento criado para resolver o problema dos refugiados. Posteriormente, incluiu-se o Protocolo de 1967, retirando a limitação temporal e geográfica. Na Convenção de 1951, afirma-se que para se ter direito ao refúgio é preciso comprovar o “fundado temor de perseguição”. A perseguição é constituída a partir de cinco motivos: a raça, a nacionalidade, a religião, a opinião política e o pertencimento a um grupo social.

Na década de 1970, devido aos regimes ditatoriais na América Latina, houve um aumento de pessoas se deslocando nessa localidade, no entanto, com uma nova característica: a violação de direitos humanos. A Declaração de Cartagena (1984), segundo Jubilut e Madureira (2014), foi um grande avanço, pois ampliou o conceito de refugiado, incluindo a grave e generalizada violação de direitos humanos, como motivo para a busca de refúgio.

Para Neto e Daniel (2019), atualmente o mundo vive o maior desafio, quando se fala sobre migração forçada, desde a Segunda Guerra Mundial. Entre os principais desafios, aponta-se “(...) o acúmulo de barbáries perpetradas na África, conflitos religiosos e interesses imperialistas no Oriente-Médio, as instabilidades políticas e ambientais na América Latina, entre outros (...)” (Neto; Daniel, 2019, p.1). Com a globalização neoliberal, prevalecem as desigualdades geográficas, principalmente entre os países do Sul Global, onde as pessoas se deslocam mais por causa das guerras, das doenças e da fome. Enquanto isso, o Norte Global é afetado por maiores taxas de desemprego, emigração, pobreza e suicídios (Sassen, 2016).

No Relatório de Tendências Globais do ACNUR, contabilizou-se, em 2024, um total de 120 milhões de pessoas em deslocamento forçado no mundo. Esse total de pessoas corresponde à população do 12º maior país do mundo, o Japão. No Brasil, em 2023, foram recebidas 58.628 mil solicitações de refúgio. As principais nacionalidades foram de venezuelanos (50,3%), cubanos (19,6%) e angolanos (6,7%). A análise por gênero evidenciou que os homens correspondiam a 58,5% do total de pessoas solicitantes de refúgio, enquanto as mulheres representaram 41,5% (Junger *et al.*, 2024).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022) tem apontado a necessidade de os países olharem para as questões de saúde da população em deslocamento forçado. Afirma-se que, na Europa, há falta de dados e de planos de saúde para migrantes e refugiados que representam 10% da população no continente. A informação foi apresentada no relatório produzido pela Região Europeia e, segundo a pesquisa, há uma incapacidade de assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde para refugiados e migrantes. É importante ressaltar, nesse caso, que mesmo nos países capitalistas com as maiores economias mundiais, ainda existe dificuldade de se garantir o acesso; além disso, os serviços de saúde não são universais (OMS, 2022).



No Brasil, a Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo período na sociedade brasileira. Definiu-se que os direitos fundamentais devem ser estendidos também àqueles que não são brasileiros. Os direitos fundamentais são intransponíveis e essenciais aos cidadãos e estão distribuídos em direitos individuais; direitos coletivos; direitos sociais; direitos à nacionalidade, e direitos políticos, estes últimos não garantidos aos migrantes e refugiados (Simões, 2012).

Entre os direitos que devem ser estendidos aos refugiados estão também os chamados direitos sociais, que estão inscritos no artigo 6º da Constituição Federal e, como afirma Simões (2012), possuem relação com os direitos da seguridade social, “[...] são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1988, art. 6º).

Nesse contexto, na Lei de Migração brasileira, afirma-se que o migrante no território nacional deve viver em condições de igualdade com os nacionais, sendo garantidos os direitos fundamentais. Além disso, deve ter direitos como o acesso aos serviços públicos de saúde, à assistência social, à previdência social, à justiça, à educação, entre outros. O SUS, com o princípio da universalidade, determina que tanto os brasileiros quanto os migrantes no país podem acessar aos serviços de saúde sem que sejam impostas barreiras de acessibilidade, legais, econômicas, físicas ou culturais (Rezende, 2021).

Nota-se também que nos últimos anos vem ocorrendo um processo de feminização do refúgio, que se verifica nos dados internacionais de deslocamentos e no Brasil, tal fato traz um novo desafio, pois é preciso que as refugiadas e migrantes tenham acesso aos direitos sociais. Todavia, no Brasil, mesmo com direitos e proteções previstos nas leis, as mulheres ainda vivem com problemas como a violência de gênero, pobreza e desigualdade. A feminização da migração no Brasil tem relação com o aumento de mulheres provenientes do Sul Global. Diante disso, torna-se cada vez mais urgente e necessária a criação

de políticas públicas para refugiadas e migrantes e que evidenciem as especificidades das mulheres (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2022).

Portanto, este artigo apresenta, inicialmente, uma introdução, que traz à tona a discussão sobre refúgio e migração. Em seguida, explora-se o conceito de políticas públicas, destacando as etapas de formulação e implementação. Também são apontadas as principais políticas públicas voltadas para migrantes e refugiadas no Brasil e no Rio de Janeiro. Por fim, apresentam-se parte dos resultados da pesquisa de doutorado. Finaliza-se, assim, o artigo com as considerações finais, compreendendo que no Rio de Janeiro a política pública direcionada à saúde de refugiados e migrantes está em fase de formulação, pois não há uma legitimação dela, porém, ela segue sendo desenhada pelos gestores da saúde, pelas ONGs e pelos comitês de refugiados. Todavia, devido às necessidades impostas pelo crescimento do deslocamento forçado, ela está sendo implementada nas unidades de saúde. Além disso, compreendeu-se que a elaboração de uma política pública é marcada por interesses e por disputas políticas entre os formuladores e implementadores.

A formulação e implementação de políticas públicas: conceitos e definições

Souza (2006) aponta que uma política pública pode ser definida como um conjunto de ações do governo que produz efeitos específicos e influencia a vida dos cidadãos. Trata-se, então, do que o governo faz ou deixa de fazer, tendo como objetivo resolver problemas, sendo um campo de atuação multidisciplinar. Esta definição tem bases nos estudos de Dye (1972). Segundo Howlett *et al* (2013, p.1), “(...) para muitos fins analíticos, esta formulação é simples demais, pois confere o mesmo tratamento de política pública a todo e qualquer comportamento governamental (...)”. Nos estudos de Jenkins (1978), aprofunda-se a definição de Dye (1972), assim, a política pública é compreendida como um processo dinâmico, em geral resultado de um conjunto de decisões inter-relacionadas.





Muller e Surel (2002), ao apresentarem o tema “políticas públicas”, afirmam que há certa dificuldade em conceituá-las. Para eles, o termo faz referência à esfera política, à atividade política e à ação pública. Quando se trata da esfera política, faz-se distinção entre o que é política e sociedade civil, conforme o lugar, o período e as fronteiras entre ambos. Ao ter relação com a atividade política, é possível visualizar as mobilizações como as disputas por cargos, debates de partidos, entre outros. Os autores, ao compreenderem a política como uma ação pública, apresentam os dispositivos político-administrativos, o momento em que são elaborados e implementados programas.

Para que uma política pública se materialize, Muller e Surel (2002) apontam a necessidade de que sejam mobilizados elementos de valor e de conhecimento, além de instrumentos particulares, então, a finalidade deve ser concretizar os objetivos que foram estabelecidos pelos atores públicos e privados. Os objetivos de uma ação pública são construídos a partir de estudos e de reuniões, por exemplo. Para Muller e Surel (2002), todo programa de ação pública deve ter um caráter normativo.

Lotta (2019) afirma que existe um ciclo para explicar a política pública. Esse modelo sequencial possui vantagens e desvantagens, pois trata-se de uma visão linear da política pública, como afirmam Muller e Surel (2002). O ciclo das políticas públicas possui quatro fases: a agenda, a formulação, a implementação e a avaliação, nem sempre tal ciclo se materializa dessa forma linear, todavia, a ideia auxilia a compreensão dos processos decisórios. Nesse ciclo, define-se, no primeiro momento, a agenda e os temas prioritários. Em seguida, busca-se a formulação da política, quando se compreende quais atores estão envolvidos nesse processo. Na terceira fase, chamada de “implementação”, os planos são formulados. A última fase, segundo Lotta (2019), é a avaliação, na qual os resultados das políticas públicas são mensurados.

Segundo Paiva (2014), na fase da formulação de uma política, os atores envolvidos buscam desenvolver formas para resolver o pro-

blema encontrado e criam alternativas. Nesse momento, serão estabelecidas as regras do processo político que se materializam, principalmente, via legislação, negociações e disputas. Para Paiva (2014), os problemas entram na agenda de uma política pública, quando ganham evidência entre as autoridades ou a partir da interpretação ao reconhecê-los como um problema.

Segundo Howlett *et al.* (2013), depois que um problema público está inserido na agenda política e foram formuladas as alternativas para resolvê-lo, são precisos esforços, conhecimento e recursos para que as ações sejam materializadas, uma política funciona a partir de fundos, pessoas e regras para os procedimentos. A fase de implementação de uma política pública, na maioria das vezes, é quando aparecem os problemas que podem ser de natureza técnica ou administrativa. A implementação se refere à preparação dos recursos e à organização administrativa para executar a política, e à execução propriamente dita, ou seja, à prática das ações e monitorá-las (Paiva, 2014).

Construção de políticas públicas para refugiados e migrantes: um caminho a percorrer

No Brasil, segundo Lavor (2017), ainda não existe uma política nacional de atenção à saúde aos imigrantes e refugiados no Brasil, a qual, em 2013, estava em fase de implementação conforme informações da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS). A ausência de uma política nacional dificulta a atuação com refugiados e migrantes, visto que existem desafios que precisam ser superados pelos profissionais e usuários, principalmente em relação à compreensão de outros idiomas e de outras culturas.

No ano de 2021, foi realizada a 1ª Plenária Nacional Sobre Saúde e Migração, com o tema “Saúde e Migração em Tempos de Covid-19”. A plenária teve a participação de diversas organizações, cujo objetivo era a criação de um espaço para escuta dos migrantes e das pessoas que atuam com eles. Entendeu-se que a saúde possui relações com as

condições de vida (moradia, trabalho, renda, gênero e raça, educação etc.). A Plenária resultou na criação da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (Fenami), que, hoje, produz informações e dados sobre migração e saúde, e tem como objetivo construir e propor uma Estratégia de Saúde para Migrantes (MigraMundo, 2021).

Em 2024, o Ministério da Saúde publicou a Nota técnica nº8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Essa Nota é direcionada para atuação na Atenção Primária. Entre as orientações, aponta-se o incentivo para os gestores estruturarem diretrizes de acesso à saúde das pessoas migrantes, refugiadas e apátridas nos planos municipais e estaduais de saúde; a promoção de educação permanente sobre migração e aspectos culturais para as equipes de saúde; e a necessidade de fomentar ações intersetoriais, além da disponibilização de recursos multilíngues (Ministério da Saúde, 2024).

Em 2024, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia (Comigrar), ocasião em que algumas propostas referentes à pauta foram aprovadas. Dentre elas, pode-se mencionar a revisão e aprovação do Projeto de Lei n.5182/20, que visa a obrigação de tradutores, intérpretes comunitários e mediadores culturais nos locais de entrada de migrantes e refugiados. Foi proposta também a implementação de um programa nacional de mediação intercultural e linguística; a contratação de pessoas refugiadas e apátridas e; a inclusão de capacitação em direitos humanos, políticas públicas e diversidade cultural (Radis, 2025).

No município do Rio de Janeiro, existem algumas políticas públicas para refugiados e migrantes que já se encontram legitimadas e normatizadas. Em nível Estadual, foi criado o Plano Estadual de Políticas de Atenção aos Refugiados do Rio de Janeiro, instituído pelo decreto nº 44.924 de 22 de agosto de 2014. O plano possui seis eixos temáticos: documentação, educação, emprego e renda, moradia, saúde e ambiente sociocultural (Rio de Janeiro, 2014).

Na área da saúde, a atuação com os refugiados e migrantes é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) na Superin-

tendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SAPV). A SAPV foi criada recentemente, em 2019, para dar visibilidade a determinados grupos como: pessoas com sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental; pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário e em medidas socioeducativas; pessoas negras; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgênero; habitantes do campo, águas e florestas; imigrantes e refugiados (Sales, 2010).

Em 2022, foi criado um projeto de lei que institui a Política Municipal de Assistência Integral à População Imigrante e Refugiada no âmbito do Município do Rio de Janeiro. Essa lei leva o nome do refugiado que foi morto na mesma cidade, Moïse Kabagambe, com a sua morte, essa população ganhou uma outra evidência. Os objetivos dessa política é garantir à população imigrante e refugiada o direito à assistência social, assegurando o acesso aos mínimos sociais, oferecendo serviços de acolhida aos que vivem em vulnerabilidade social; garantir o acesso universal da população imigrante e refugiada à saúde; promover o direito ao trabalho; garantir o direito à educação na rede de ensino público municipal; valorizar a diversidade cultural; dar acesso à população imigrante e refugiada aos programas habitacionais; e a inclusão em programas e ações de esportes, lazer e recreação e; garantir o seu acesso aos equipamentos esportivos municipais (Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2023).

Na área da saúde municipal, ainda não existe uma política específica e legitimada para os refugiados e migrantes. No período de 2021 e 2022, a política se encontrava na fase de formulação. Ressalta-se que, em relação à pauta das mulheres refugiadas, segue-se sendo criada dentro da política como um todo.

O atendimento para refugiados e migrantes no município do Rio de Janeiro

A pesquisa apresentada teve como metodologia a abordagem qualitativa. O *lôcus* da pesquisa foi composto por uma unidade de Atenção



Básica do município do Rio de Janeiro, pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), pelo Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada do Rio de Janeiro (CTESIPIR) e a Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com gestores (4), profissionais da Clínica da Família (5) e mulheres refugiadas congolezas (3).

Para analisar os dados coletados a partir das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática. Segundo Gomes (2012), esse procedimento possibilita ir além do material, com base nas inferências, discutindo-se os resultados da pesquisa numa perspectiva mais ampla. Procura-se, então, atribuir um grau de significação mais amplo aos conteúdos analisados.

Para a análise de conteúdo, na modalidade temática, foi realizado o seguinte procedimento: em um primeiro momento, foi feita a decomposição dos dados adquiridos a partir das entrevistas, dividindo-o em três grupos: gestores, profissionais de saúde e refugiadas. Por essa divisão, se compreendeu que há particularidades nas entrevistas de cada um, devido à posição que ocupam na rede de atendimento. Na segunda etapa da análise, o material foi categorizado, assim, foram criados três eixos para análise: Gestão da rede; Execução de serviços e; Mulheres refugiadas e a Rede de Saúde. Na terceira etapa, identificou-se as categorias para análise e foram definidos os núcleos de sentidos que foram atribuídos em cada categoria pelos entrevistados. Na quarta etapa, realizou-se as inferências e a interpretação dos resultados adquiridos a partir das entrevistas, articulando os núcleos de sentido identificados com a bibliografia pertinente (GOMES, 2012).

Ainda neste artigo apresenta-se os resultados do eixo Gestão da Rede, cujas categorias são: Política de Atendimento de saúde para migrantes e refugiadas no município do Rio de Janeiro; Atendimento na rede de serviços de saúde; Importância da educação permanente; Produção de dados sobre as refugiadas e migrantes e de material informativo.

Sobre a categoria “Política de Atendimento de saúde para migrantes e refugiadas no município do Rio de Janeiro”, foram encontrados os seguintes conteúdos temáticos: (a) *a política ainda está sendo desenhada*; (b) *a importância do trabalho no nível da gestão*; (c) *a saúde da mulher refugiada é uma pauta transversal*.

A saúde para migrantes e refugiados no município do Rio de Janeiro é uma política que *ainda está sendo desenhada*. Concerne-se que essa política se encontra na fase de formulação e de implementação, tais processos foram atravessados por interrupções como o contexto de desmonte na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, promovido pelo governo do ex-prefeito Marcelo Crivella e a pandemia de COVID-19.

Durante a formulação da política de saúde para migrantes e refugiados, os gestores estão realizando oficinas com os profissionais que atuam no território, na Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP), quando busca-se levantar as necessidades dos profissionais. A partir das dificuldades identificadas, foi possível realizar as capacitações para os profissionais que atuam no território diretamente com esse público.

A política de atendimento para migrantes e refugiados ainda não foi legitimada, ou seja, não está definida como uma lei. Segundo Muller e Surel (2002) a legitimação também é uma fase das políticas públicas, trata-se do momento em que as escolhas se tornam aceitáveis juridicamente e na opinião pública.

Para o desenvolvimento do trabalho com os refugiados e migrantes na saúde municipal, entende-se a importância da *comunicação entre gestores e profissionais no território*. No município do Rio de Janeiro, os profissionais que estão na gestão buscam estabelecer uma comunicação com aqueles que estão no território, a fim de compreender qual a realidade dos refugiados e migrantes e poderem intervir nela. Assim, a gestão local de políticas se torna uma importante ferramenta para o atendimento de migrantes e refugiados.

Para Mafra e Naves (2009), devido à descentralização das políticas públicas houve uma maior ênfase na gestão municipal. A descentralização possibilitou uma transferência do poder de gestão, planejamento, execução e decisões para os municípios, com ela, veio a compreensão de que aqueles que estão mais próximos dos cidadãos podem atender melhor às necessidades locais. Diante dessa experiência, é possível construir bases para uma política.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), compete ao Município as ações de planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, além da execução deles. Para Lotta, Gonçalves e Bitelman (2014), a coordenação das políticas de saúde é realizada pelo Governo Federal, que a normatiza e financia; e os Governos Estaduais e Municipais ficam responsáveis pela implementação das ações. No município do Rio de Janeiro, uma das iniciativas para execução da política de saúde que comporta a relação entre gestores e os profissionais que estão na “ponta”, quando se trata do atendimento para migrantes e refugiados, é a articulação entre a SES/Rio, com a presença CTESPIR, e a Atenção Primária. Os gestores, que estão no território, são essenciais para o desenvolvimento da política, uma vez que eles conseguem captar melhor as demandas da população.

A saúde das mulheres refugiadas é *uma pauta transversal*. Segundo a gestora AG1: “[...] a gente não tinha, até então, essa pauta específica aqui [...], a gente entende como uma pauta transversal [...]”. Conforme a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), transversalidade é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde “[...] podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (PNH, 2013, p.6).

A análise intersetorial a partir de diferentes políticas como a de educação, de habitação, de assistência social, entre outras, possibilita a visão de diferentes concepções e as práticas com maior abertura para a comunicação entre os grupos. Nogueira e Forte (2019) afirmam que

a transversalidade, nas políticas públicas, possibilita uma tentativa de reunir diferentes setores, o que motiva os diversos atores, as relações estabelecidas são de interdependência, reciprocidade e colaboração.

Na categoria “atendimento na rede de serviços de saúde”, foram identificados os seguintes conteúdos temáticos: (a) *o fluxo de atendimento é espontâneo nas unidades e específico para Operação Acolhida*; (b) *o trabalho de identificação na Clínica da Família é feito nos territórios*; (c) *O trabalho em grupo é feito com as refugiadas e as principais demandas são planejamento familiar e pré-natal*; (d) *as ONGs contribuem para o acesso ampliado à saúde*.

O fluxo de atendimento é espontâneo nas unidades e específico para Operação Acolhida². Percebe-se que apenas existe um fluxo de atendimento na saúde para os refugiados que chegam por meio da Operação Acolhida, para os demais não é possível controlar ou até mesmo saber quando chegam no município. *O trabalho com os demais refugiados é realizado no território*, os profissionais das Clínicas da Família identificam a chegada deles e buscam fazer um trabalho de aproximação.

Na Atenção Básica, o atendimento aos usuários inicia-se com o acolhimento, uma diretriz, que se trata do momento em que o profissional acolhe, escuta e busca uma resposta resolutiva para os problemas de saúde da população que chega às unidades. O acolhimento é uma prática das relações de cuidado, realizada entre os trabalhadores de saúde e os usuários, o trabalho deve ser realizado por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2017).

Os gestores apontam que *o trabalho de identificação é feito nos territórios*. Os profissionais da Atenção Primária são capacitados para compreender as vulnerabilidades das refugiadas e migrantes, e assim, busca-se realizar trabalhos específicos com essa população.

Gondim (2011) afirma que as intervenções de saúde no território devem acontecer a partir do diálogo e serem compreendidas pelos formuladores e usuários. Ao incorporar o conceito de territorializa-





ção no campo da saúde ficam evidentes as formas de intervenção como estratégias de investigação e elaboração de instrumentos, com a finalidade de coletar dados, a fim de compreender a dinâmica da população daquele local. Ao adquirir essas informações, pode-se pensar em intervenções individualmente ou coletivamente, conforme apontaram Gondim e Moken (2017).

Uma das premissas da organização das Rede de Atenção à Saúde (RAS) é que a Atenção Básica é a principal porta de entrada no SUS, formada por equipes multidisciplinares e atendendo às necessidades da população pela coordenação do cuidado (Brasil, 2017). Para as refugiadas e migrantes, não é diferente, pois as unidades da Clínica da Família estão localizadas dentro do território e mais próximas da população mais vulnerável. As localidades onde vivem no município do Rio de Janeiro são permeadas por diversas questões como poder local, violência urbana, e vulnerabilidade.

Em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os gestores buscam ter foco na população refugiada que está no território, porém, especialmente, os que se encontram em maior vulnerabilidade, pois isso muda conforme a nacionalidade, por exemplo, os considerados nessa condição atualmente são os venezuelanos, os africanos e os de alguns países asiáticos. Algumas nacionalidades que vêm de uma migração mais antiga, como espanhóis e portugueses, não estariam nessas condições e teriam uma maior estabilidade no município, como afirmou-se os entrevistados.

Uma das ações realizadas com as mulheres congolezas, na Clínica da Família, é o *trabalho em grupo*, assim, existe um momento somente para as refugiadas na saúde. Trata-se de um momento no qual os profissionais escolhem um dia no ano, com a mediação da liderança local, em que as mulheres refugiadas se dirigem à unidade e podem esclarecer suas dúvidas sobre saúde. Segundo os profissionais de saúde, as principais demandas das mulheres congolezas têm sido o planejamento familiar e o acompanhamento pré-natal.

Para Alves e Aerts (2011), a Educação Popular está dentro das teorias sociais, pois compreende-se que ela torna possível a transformação social, partindo da realidade das pessoas e considerando a cultura delas. Trata-se de uma prática que se constitui como um instrumento de participação popular e contribui para que haja trocas entre saber científico e popular. Assim, as relações que são estabelecidas entre usuários e equipe de saúde, como é proposto nas reuniões entre as mulheres refugiadas e os profissionais, contribuem criação de um processo de aprendizagem mútua.

Para AG3, deve-se olhar para as refugiadas e migrantes além da saúde, é preciso pensar em outras demandas, pois a saúde não se resume apenas à ausência de doenças. Além disso, Instituições como a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e AC-NUR têm contribuído para a prevenção de violência contra mulheres. Nessa concepção, a geração de renda seria importante para que as mulheres tivessem a possibilidade de sair de situações de violência, muitas vezes, acompanhada pela dependência financeira. É importante ressaltar que as dimensões de trabalho e renda são pertinentes, entretanto, a violência é um fenômeno complexo e que possui múltiplas determinações.

A Cáritas também está presente no fluxo de atendimento quando os refugiados procuram a ONG pelo seu histórico de trabalho com refugiados, para os gestores, a maior parte da procura é realizada pelas mulheres refugiadas. Há casos em que a procura ocorre antes mesmo dos refugiados irem para uma unidade de saúde. Para os gestores, existem outras ONGs, no município, que contribuem para o acesso ampliado à saúde de refugiadas.

Na categoria importância da Educação Permanente foram encontrados os conteúdos temáticos definidos como: (a) *a Educação Permanente é essencial para essa pauta*; (b) *a capacitação também é feita no dia a dia*; (c) *Educação Permanente não é só uma questão de saúde da mulher imigrante*.





Quando se refere ao tema “Educação Permanente”, os gestores afirmam *ser primordial para essa pauta*. Segundo Cecim e Ferla (2008), a Educação Permanente é uma política dentro do campo da saúde, buscando articular ensino, trabalho e cidadania. É uma opção político-pedagógica. Cecim e Ferla (2008) apontam que a política da Educação Permanente é uma estratégia, na medida em que contribui para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores dos SUS. A ação de Educação Permanente, desenvolvida no município do Rio de Janeiro para refugiados, tem sido voltada, principalmente, para capacitação dos profissionais, a fim de que eles compreendam mais sobre a temática de refúgio e migração.

Nesse contexto, para a gestora AG2, as *capacitações são feitas no dia a dia*. Cecim e Ferla (2008), em seus estudos, afirmam que a Educação permanente é uma prática de ensino-aprendizagem, constitui-se como a produção de conhecimento, que é feita no dia a dia, dentro das unidades de saúde, a partir da realidade vivenciada tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais de saúde. Busca-se, com a Educação Permanente, estabelecer relações de igualdade no processo de aprendizagem, problematizando o ensino mecânico estabelecido na sociedade, logo, se apoia no ensino problematizador.

Observa-se que a Educação Permanente não é realizada apenas com os cursos de capacitação, mas sim, no dia a dia do trabalho com as equipes de saúde, uma vez que, nas unidades, sempre se realiza reuniões técnicas. As capacitações não se limitam apenas aos profissionais de saúde, mas devem incluir todos aqueles que trabalham com os usuários, como quem está na recepção, por exemplo. Nesse sentido, Sarreta (2009) afirma que a Educação Permanente vai além das capacitações e treinamentos, é construção de conhecimentos horizontais, intersetoriais e interdisciplinares, trata-se do debate crítico pautado no cotidiano dos serviços de saúde, problematizando a realidade concreta de trabalho.

No âmbito da saúde Municipal e do Estado, a *Educação Permanente não é só uma questão de saúde da mulher imigrante*, uma vez

que apontam a sua importância para os profissionais que atuam em outros grupos considerados vulneráveis na saúde. Cabe salientar que Educação Permanente está na estrutura da SES/RJ, com a Superintendência de Educação em Saúde, e tem contribuído para o desenvolvimento das ações para todo o Estado.

Sobre a *produção de dados de refugiadas e migrantes e de material informativo* foram encontrados os seguintes conteúdos temáticos: (a) foram elaborados materiais informativos em outros idiomas; (b) necessidade de produzir um documento para conhecer melhor os refugiadas e migrantes; (c) não existem dados sistematizados sobre saúde de refugiadas e migrantes.

Uma das formas de ampliar o acesso de refugiados e migrantes aos serviços de saúde e de possibilitar que eles tenham maior conhecimento sobre como é o funcionamento da saúde no Brasil é pela tradução de materiais informativos para outros idiomas. Portanto, nos últimos anos foram elaborados materiais informativos em outros idiomas, pelo CTESIPIR, em parceria com outras instituições.

Identificou-se algumas traduções como a cartilha *Saúde da População Imigrante e Refugiada: Mitos e Verdades*, que foi traduzida em espanhol, francês e inglês. Nessa cartilha, abordou-se temas como o racismo, a xenofobia, que afetam o acolhimento e a saúde mental dos pacientes (SAPV, 2022). Também foi elaborada a cartilha *A saúde no SUS é um direito de todos: Orientações para imigrantes e refugiados*. Tal tradução, trouxe informações sobre a infecção pelo coronavírus e orienta onde os refugiados e migrantes podem buscar atendimento. Busca-se trazer informações sobre o direito ao atendimento no SUS de forma gratuita e igualitária, mesmo não sendo brasileiro (SES, 2019). E existe uma cartilha cujo título é *Orientações sobre o SUS para população imigrante e refugiada*, que se trata de uma cartilha informativa com orientações sobre o que é o SUS³.

Para compreender a importância da produção de material em outros idiomas, pretende-se ter, como ponto de partida, o conceito de



“interculturalidade”. Segundo o dicionário *Priberam*, interculturalidade é um substantivo feminino que diz respeito à interação que ocorre entre as diferentes culturas. Para Ramos (2012), a articulação entre comunicação e saúde é cada vez mais necessária, quando se diz respeito ao tema “interculturalidade e saúde”, visto que se trata de um elemento fundamental para promover melhorias nas práticas de saúde individual e coletivas. Na saúde, a comunicação é um elemento essencial para que os cuidados de saúde sejam concretizados.

Para Ramos (2012), ao se estabelecer uma comunicação, possibilita-se que estratégias sejam usadas para informar e influenciar o comportamento dos indivíduos. Os aspectos sociais e culturais podem ser impasses para os cuidados em saúde, pois a forma de compreender a doença, muitas vezes, muda conforme a cultura. A produção de material em outros idiomas é uma medida que tenta resolver esse problema. Muitos países têm um sistema de saúde diferente do SUS, muitos refugiados quando chegam ao Brasil, não costumam conseguir compreender como funciona o SUS, que é um sistema com problemas, mas é universal e gratuito.

Um dos problemas enfrentados, hoje, pelos gestores e profissionais é que *não existem dados sistematizados sobre a saúde de refugiadas e migrantes*. Para os gestores, a falta de dados, na área da saúde sobre os migrantes e refugiados, tem como resultado a dificuldade em identificar, por exemplo, quantos utilizam os serviços de saúde. Atualmente, só é possível saber quantos estão cadastrados.

Para Jannuzzi (2002), a elaboração de indicadores sociais, quando feita de forma correta, resulta em um enriquecimento da interpretação empírica sobre a realidade social, orientando a análise, formulação e implementação de políticas sociais. Ter indicadores sociais é importante para que seja possível identificar a dimensão dos problemas sociais e, assim, promover intervenções, como apontou Januzzi (2002).

Considerações finais

Neste artigo buscou-se apresentar a política de saúde voltada para migrantes e refugiados no município do Rio de Janeiro, destacando que se trata de uma política pública em fase de formulação, mas que já está sendo implementada nas unidades de saúde.

A constituição do sistema de proteção internacional às pessoas refugiadas está associada à discussão sobre cidadania e Direitos Humanos, estes se constituem como instrumentos necessários à proteção de migrantes e refugiados. Na discussão apresentada compreendeu-se que o Direito Internacional dos Refugiados nasce no contexto do Estado Liberal. Notou-se também que o Brasil possui uma legislação avançada sobre refúgio e migração, todavia ainda é preciso avançar no que diz respeito à política de saúde para migrantes e refugiados, que nos últimos anos caminha para alguns avanços com as conferências, notas técnicas e as ações que acontecem nos municípios. Quando se trata do direito à saúde das mulheres refugiadas, notou-se que é uma pauta inserida na discussão da saúde como um todo.

No Rio de Janeiro, identificou-se que a política pública direcionada à saúde de refugiados e migrantes está em fase de formulação, pois não há uma legitimação dela, porém, ela segue sendo desenhada pelos gestores da saúde, pelas ONGs e pelos comitês de refugiados. Todavia, devido às necessidades impostas pelo crescimento do deslocamento forçado, ela está sendo implementada nas unidades de saúde. Isso coloca em evidência que nem sempre o ciclo das políticas ocorre de forma linear. Além disso, compreendeu-se que a elaboração de uma política pública é marcada por interesses e por disputas políticas entre os formuladores e implementadores.

Referências

ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319– 325, jan. 2011.





BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual OBMigra 2022**. Brasília, DF: OBMigra, 2022. (Série Migrações).

CECIM, R. B.; FERLA, A. A. P. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.162-168.

DYE, T, R. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.

FISCHEL DE ANDRADE, J.H. **Direito Internacional dos Refugiados – Evolução Histórica (1921-1952)**. 2006. Tese (Doutorado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro, 2012. p. 79-106.

CONDIM, G. M. M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

CONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Território e territorialização**. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

HOWLETT, M.; RAMESH, M; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JANNUZZI, P. M. Comentários Paulo de Martino Jannuzzi. **Revista Do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 53, p. 124-126, out./dez. 2002.

JENKINS, W, I. **Policy Analysis: A Political and Organizational Perspective**. Londres: Martin Robertson, 1978.

JUBILUT, L. L.; MADUREIRA, A.L. **Os desafios de proteção aos refugiados e migrantes forçados no marco de Cartagena + 30**. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana. Brasília, DF, v. 22, n. 43, p. 11-33, 2014.

JUNGER, S. G. *et al.* **Refúgio em Número 2024**. Brasília, DF: OBMigra, 2024.

LAVOR A. Do outro lado da linha: Preconceitos e barreiras culturais dificultam acesso à saúde de refugiados que vivem no Brasil. **Radis**, Rio de Janeiro, n.180, p. 18– 21, set. 2017.

LOTTA, G. (org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**, DF: Enap, 2019.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. F. **A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania: São Paulo, v. 19, n. 64, p. 2-20, 2014.

MADUREIRA, A.L. **O Conceito de Refugiado e os Direitos Inerentes a esse Status**. In: JUBILUT, L. L.; GARCEZ, G. S; SILVA, J.C.J. (org). **Direitos Humanos e Vulnerabilidade e Direito Internacional dos Refugiados**. – Boa Vista: Editora da UFRR, 2021, pp. 10-132.

MAFRA, L. A. S.; NAVES, F, L. **Gestão de políticas sociais: a importância das articulações institucionais e setoriais em programas de segurança alimentar e nutricional**. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-49, mar. 2009.

MIGRAMUNDO. A saúde de imigrantes e refugiados: um debate necessário. **MigraMundo**, 14 de outubro de 2021. Disponível em: <https://migramundo.com/asaude-de-imigrantes-e-refugiados-um-debate-necessario/>. Acesso em 17 de jul. de 2023.

MULLER, P.; SUREL, Y. **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat, 2002.

NETO, S.B.; DANIEL, F. M. “O Instituto do Refúgio em Perspectiva Histórica e sob a ótica dos Programas e Tratados Latino-americanos e do Ordenamento Jurídico Brasileiro”. **Revista Jurídica do CESUPA**, Belém, v. 1, n. 1, p. 1-18, 2019.

NOGUEIRA, C. A. G.; FORTE, S. H. A. C. **Efeitos intersetoriais e transversais e seus impactos sobre a efetividade das políticas públicas nos municípios do Ceará.** Revista de Administração Pública, v. 53, n. 1, p. 64–83, jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes.** GENEBRA, OMS, 2022.

PAIVA, A. R. **Formulação e legitimação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS: análise do processo decisório da lei 12.435/2011.** Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

RADIS. **Um país acolhedor.** Radis, Rio de Janeiro, n. 268, jna. 2025.

RAMOS, M. N. P. Comunicação em saúde e interculturalidade: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde:** Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, dez. 2012.

REZENDE, H. L. **O refúgio no Brasil.** Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto N° 42.924, de 22 de agosto de 2014. Institui o Plano Estadual de Política de Atenção aos Refugiados do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 25 ago. 2014.

SASSEN, S. **Expulsões: brutalidade e complexidade na economia global.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: Editora UNESP, 2009.

SECRETARIA ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO (SES/RJ). A saúde do SUS é um direito de todos: orientações para imigrantes e refugiados. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2019.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias:** Porto Alegre, N. 16, p. 20–45, jul./dez. 2006.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE (SAPV). **Mitos e Verdades sobre Saúde da População Imigrante e Refugiada.** Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2022/04/mitos-everdades-sobre-saude-da-populacao-imigrante-e-refugiada>. Acesso em: 11 de set. de 2023.

Notas

- 1 Professora Substituta na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-Doutoranda no Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (DSS/PUC-Rio), com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Doutora em Serviço Social pela PUC-RIO. Orcid nº 0000-0002-6607-1173. E-mail: taiane.damasc@gmail.com
- 2 A Operação Acolhida teve início em fevereiro de 2018, sua função é atender o fluxo de pessoas que chegam da Venezuela.
- 3 Foram traduzidos novos materiais em 2024, que estão sendo analisados durante a pesquisa de pós-doutorado.

