

Parte II – Dinâmicas

“Te ponen el ojo y te sacan una radiografía”: ser imigrante nas redes de saúde e concessão dos benefícios sociais em Porto Alegre

Alex Martins Moraes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MORAES, AM. “Te ponen el ojo y te sacan una radiografía”: ser imigrante nas redes de saúde e concessão dos benefícios sociais em Porto Alegre. In: JARDIM, DF., and LÓPEZ, LC., orgs. *Políticas da diversidade: (in)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica* [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2013. Práticas de justiça e diversidade cultural series, pp. 135-164. ISBN 978-85-386-0385-6. Available from doi: [10.7476/9788538603856](https://doi.org/10.7476/9788538603856). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/sny5t/epub/jardim-9788538603856.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

“Te ponen el ojo y te sacan una radiografía”: ser imigrante nas redes de saúde e concessão dos benefícios sociais em Porto Alegre

Alex Martins Moraes

Neste artigo proponho uma discussão acerca das experiências dos imigrantes no sistema de saúde da cidade de Porto Alegre. Sugiro problematizar a interlocução dos imigrantes com a rede de atenção sanitária tendo como horizonte o debate mais amplo sobre as características assumidas pela cidadania nos tempos atuais e sobre a forma diferencial em que determinados grupos sociais podem acessar seus benefícios.

Meu contato com a problemática das migrações contemporâneas e as novas formas de acesso aos direitos cidadãos que elas engendraram teve início em anterior trabalho etnográfico realizado junto a imigrantes uruguaios no sul do Brasil e seus parentes no país de origem.¹ Naquela pesquisa, acessei narrativas que evocavam um conjunto de práticas de migrantes e não migrantes cujo sentido era conectar pessoas no marco de um campo transnacional onde vigoram estratégias de controle e regulação implementadas por instituições variadas, entre elas, os próprios estados nacionais. Sujeitos com trajetórias sociais díspares – permeadas por singularidades etárias, de classe e de gênero – percorriam itinerários mais ou menos tortuosos de acordo com suas possibilidades de responder à normativa difusa presente no campo, nutrindo expectativas e demandas diferenciadas com relação aos direitos políticos e sociais que poderiam acessar.

¹ Refiro-me a uma inserção em campo de vários anos que resultou em minha monografia de conclusão do Bacharelado em Ciências Sociais intitulada: *Itinerários Transmigrantes no Cone Sul: estudo antropológico dos discursos e práticas migrantes em torno à diáspora uruguaia em 2010*.

Havia, entre meus interlocutores emigrados, pessoas cujas expectativas de inserção cidadã se correspondiam em maior grau com as políticas de vinculação oficial propostas à “diáspora”. Outros imigrantes, menos sensibilizados pelos “chamados” do Estado – mas nem por isso desinteressados de atualizar ou estabelecer vínculos transnacionais –, compunham repertórios táticos particulares e se apropriavam diferenciadamente das oportunidades existentes de participação política e exercício da cidadania.

Entre aqueles que permaneceram no país de origem, observei um agenciamento de práticas que, em interação com os discursos hegemônicos vigentes, iam construindo modalidades concretas de posicionar-se frente às contingências do processo emigratório. As mães de uruguaios emigrados, ao passo que viviam o “luto” decorrente da partida dos filhos e buscavam, coletivamente, a “resignação” definitiva, não abdicavam de compor verdadeiros receiptuários que, atentos às experiências de viagem dos parentes, orientavam futuros projetos migratórios e alertavam os imigrantes sobre eventuais problemas que poderiam encontrar no exterior. Mulheres que definiam sua situação na família e na sociedade como atrelada à “necessidade de resignar-se”, não deixavam, ainda assim, de ser partícipes – e em alguns casos gestoras – da circulação internacional dos próprios filhos.

A relação entre os discursos de ampla circulação e seu respectivo impacto sobre as práticas dos sujeitos contribui para a conformação de papéis sociais determinados. Observar tensões e paradoxos presentes nos jogos sociais que perpassam experiências vinculadas à migração permite identificar como se constroem formas singulares de inserção social e que tipo de desigualdade pode, eventualmente, delas decorrer.

Da diferença à desigualdade

A problematização da presença imigrante nas redes de atenção sanitária e de concessão de benefícios sociais remete, necessariamente, a uma discussão acerca dos itinerários que vêm empreendendo amplos setores da população na sua luta por receber os recursos de atenção social e saúde ofertados pelo Estado brasileiro. Compartilho a preocupação de Ferreira Adorno em discutir o conflito “entre a capacidade e os limites do Estado e as demandas do grande contingente da população, que busca estratégias de se incluir em um sistema extremamente desigual de distribuição da renda e dos recursos” (Adorno, 2006, p. 10).

Parto da hipótese de que, através do sistema de saúde e dos conflitos, privações e exclusões que se dão no seu contexto, novas modalidades de apropriação dos direitos cidadãos vão sendo geridas, ou seja, grupos sociais que apresentam características e necessidades diferenciadas entre si são preparados de maneira distinta para o exercício da inclusão e da participação social. Ao corroborar, em suas rotinas, representações sociais vigentes sobre certos tipos de indivíduos, o sistema de saúde interfere nas percepções e expectativas destes com relação a si mesmos e às possibilidades de tratamento das quais poderão dispor.

O sociólogo franco-argelino Sayad Abdelmalek (1998) lembra que, diferentemente da categoria “estrangeiro” – que é a definição político-jurídica de um estatuto –, o “imigrante” é, antes de tudo, uma condição social. A condição de imigrante ganha seus contornos mediante uma relação complexa entre características específicas da legislação de um país, sua real aplicação prática e as especificidades culturais de uma população nacional no seu encontro com a alteridade materializada nos que chegam de fora. Ou seja, o sujeito migrante vai sendo constituído enquanto caudatário de expectativas e direitos específicos através da interação com diversos agentes mediadores ao longo da sua experiência cotidiana de viver em um país que não é o seu. O fato social da imigração, portanto, provoca a ortodoxia nacional e convida os estados a refletirem sobre seus limites, externando os dilemas provocados pela diferença no seio das instituições que prestam serviços públicos.

Sugiro que não se podem discutir as características da inter-relação entre imigrantes e serviços públicos através de uma noção objetivada da diferença ou da alteridade como se fossem fatores que, *em si mesmos*, provocam dificuldades de integração. Como já foi sugerido, o imigrante, este “outro” ao qual serão efetivamente negados certos direitos, é constituído no contexto de uma relação intrincada envolvendo a realidade jurídica de um país, os discursos hegemônicos em voga e as possibilidades de qualquer Estado em lidar com a alteridade.

Neste exercício reflexivo, pretendo me distanciar das perspectivas que sobrevalorizam as dificuldades de integração apresentadas pelos imigrantes para, em vez disso, posicionar o foco analítico sobre as restrições sofridas por estes no contexto do sistema de saúde. Entendo que muitas abordagens partem da premissa equivocada de que o imigrante conforma, *a priori*, minorias étnicas e possui uma “cultura” que determina suas formas de pensar e origina suas dificuldades de integração. Daniel Etcheverry (2009), em diálogo com

Sayad, coloca que, não raro, este tipo de representação estática e unidirecional acerca do que *é* o imigrante, passa a ser compartilhado pela sociedade de imigração, emigração e pelos próprios imigrantes: “*tales ilusiones proceden, en gran medida, de las propias categorías de pensamiento, las cuales son también categorías sociales, económicas, culturales y políticas*” (Sayad *apud* Etcheverry, 2009). Não se trata, aqui, de considerar o imigrante como “outro” apriorizado – e portador dos atributos de pobreza, falta de compreensão dos códigos da sociedade de imigração, etc. –, mas sim como um sujeito que, da mesma forma que tantos outros tradicionalmente vistos como “excluídos”, veio ao mundo para negociar novas perspectivas de políticas públicas e incorporação da/cidadania (Jardim, 2007).

Vejo com reservas as tendências atuais de promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde através da lógica da “tradução” multicultural. Este tipo de prática institucional, mesmo que mitigue a violência simbólica latente nos encontros com a alteridade em ambientes hierarquizados, está sempre a mercê de incorrer na formulação de ‘tipos sociais’ portadores de uma diferença intrínseca e objetivada à qual há que adaptar-se acriticamente. É possível reivindicar direitos cidadãos iguais àqueles que nós mesmos reificamos como “diferentes” ou “minoritários” sem nem sequer questionar-nos sobre os termos em que está colocada sua relação com o Estado e a sociedade receptora? A argumentação de Delgado (2002) nos instiga a pensar sobre o conteúdo da noção de “minoria”:

No hace falta decir que el calificativo *étnico* sirve para ser asignado únicamente a producciones culturales consideradas pre o extra modernas: un danza sufi o un restaurante peruano son “étnicos”, un vals o una pizzería, no. Los gitanos y los senegambianos son “etnias”, los catalanes y los franceses de ninguna de las formas. Tenemos así pues que lo que la noción de “minoría étnica” permite es “etnificar” y minorizar aquél al que se le aplica (Delgado, 2002, p. 15).

Portanto, não me proponho, aqui, a discutir as “barreiras culturais” que se impõem como “limitadoras” do acesso de imigrantes ao sistema de saúde. Esta postura, subjacente a algumas discussões realizadas em medicina social (ver, por exemplo, Madi *et al.*, 2009), não responde à problemática deste artigo. Trato, isto sim, de questionar-me a respeito dos dispositivos de inclusão e de exclusão gerados na interação dos imigrantes com a rede médico-hospitalar da cidade de Porto Alegre. Que tipo de problemas e res-

trições enfrentam os imigrantes ao fazer uso da rede de saúde na capital do Rio Grande do Sul? Quais exigências lhes são feitas no âmbito do sistema de saúde? Amparo-me nas reflexões de Sarah Horton (2004), que dialoga com Aihwa Ong, para pensar as lógicas implícitas de produção de um disciplinamento dos indivíduos de acordo com os cânones do exercício da cidadania em tempos de *escassez* dos recursos do Estado. Atento, também, para as dinâmicas institucionais que convertem atributos culturais de certos grupos em categorias sanitárias que, efetivamente, constroem “minorias” e moldam sua forma de inserção na sociedade.

Mais importante do que pensar como as instituições devem se preparar para atender “minorias” é refletir sobre como já se vem lidando, no Brasil, com aqueles que, sendo entendidos enquanto “diferentes”, têm, inexoravelmente, que negociar, dia a dia, sua presença nas diversas dimensões do espaço público. Sabemos que as singularidades culturais preexistem à interlocução entre os sujeitos e a normativa vigente, mas é no marco desta interlocução que a diferença torna-se catalisadora de modalidades dissimiles de participação cidadã. Não se pode desconsiderar, por outro lado, que determinados atributos ostentados por variados grupos sociais vêm sendo moldados no decorrer de processos de vulnerabilização atrelados, sem dúvida alguma, às lógicas do biopoder, ou às bio-lógicas.²

O debate sobre a diferença é extremamente caro aos objetivos deste trabalho, mas não no sentido de catalogar particularidades de sujeitos outros para justificar seus percalços, desventuras ou eventuais êxitos no acesso aos serviços de bem-estar. Interessa-me pensar como “expressões da diferença são convertidas em situações de desigualdade social” (Jardim, 2007, p. 17), constituindo, assim, esses grupos “minoritários” e “vulneráveis”.

² As políticas de Estado e o arsenal legal que as engendra incidem sobre as modalidades de atenção médica e funcionam em consonância com as lógicas hegemônicas que regem o bom funcionamento da sociedade e do mercado. Estas lógicas hegemônicas têm adquirido, principalmente a partir da metade do século XX, a feição de *bio-lógicas*, entendidas enquanto “lógicas sociais que põem o vivente e a vida sob exame da política”, como sugere Didier Fassin (2004) amparado nas asserções de Foucault sobre o biopoder. As *bio-lógicas* abarcam tanto as biotecnologias que atuam sobre o vivo, como as biopolíticas, que governam a vida. O poder sobre a vida aninha nos corpos e sobre eles pode agir mediante um “encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de cada um” (Foucault *apud* Fassin, 2004), numa simbiose entendida como *gouvernementalité*, expressa tanto nas tecnologias médicas como na política (Fassin, 2004, p. 285).

Imigrantes em Porto Alegre

Falar de imigrações em Porto Alegre é evocar uma realidade socioeconômica que em muito difere daquelas com as quais os estrangeiros se defrontam na Europa e em outros países do hemisfério norte. Quando olhamos para as experiências dos imigrantes que chegam ao sul do Brasil, vindos de outros países da América Latina, estamos tratando de um encontro com a alteridade e de uma discussão sobre direitos cidadãos no contexto de sociedades empobrecidas. Não estamos falando de estrangeiros que vão buscar coisas que sua casa não lhes dá em países relativamente bem resolvidos em suas carências sociais³ (Etcheverry, 2009). Mesmo que estes fatores introduzam na realidade dos processos migratórios da região variáveis nem sempre observadas nos deslocamentos sul-norte, é impossível ignorar que, de forma análoga, nos dois hemisférios, o debate em torno do “problema social da imigração” lança mão, em grande medida, das categorias de nacional e não nacional/estrangeiro.

A distinção segundo o critério da nacionalidade ou do pertencimento nacional é colocada com mais força quando nos encontramos em períodos de crise do emprego – como bem lembra Sayad – e agregaria, em contextos de desmanche dos serviços públicos dirigidos ao bem-estar social. As instituições brasileiras encontram-se, ainda, fortemente imbuídas de certa lógica cristalizada no que Aihwa Ong descreve como um estandarte de cidadania definido enquanto “o dever cívico do indivíduo de reduzir sua carga sobre a sociedade” (Ong, 2003 *apud* Horton, 2004, p. 73). Esta lógica informa posturas excludentes que criticam a ocupação, por parte dos imigrantes, de postos de trabalho que pertenceriam aos “nacionais”, alardeando a incapacidade do sistema de saúde e de ensino para absorver a demanda “estrangeira”. Também a ilusão da provisoriade da imigração – o imigrante concebido como um *outro* ‘passageiro’, subordinado ao trabalho, com o qual, não necessariamente, teremos de aprender a conviver – e a conversão reificante das diferenças culturais em atributos limitadores, corroboraram discursos baseados na crença em uma distinção

³ Não desconsidero aqui que as mudanças econômicas na Europa pós-*well fare state* estão conduzindo a formas renovadas de pensar a presença imigrante. Ver Actis (2002) para uma discussão sobre modelo de distribuição de oportunidades e imigração na Espanha contemporânea, onde, de acordo com o autor, a pirâmide econômica parece estar assumindo a forma de um “violão”, achatada em seu centro e vetusta nas extremidades.

primordial e irredutível entre nacionais e não nacionais.⁴ Entretanto, como nos recorda Actis,

o que parece legítimo e inquestionável (dar prioridade aos de casa) se choca com os postulados democráticos (igualdade de direitos de todos os cidadãos). Em definitiva, nos encontramos diante da necessidade de pensar e definir os conceitos de cidadania e democracia, desvinculando-os da nacionalidade de origem [...] (Actis, 2002, p. 34) (Tradução minha).

Em Porto Alegre, deparamo-nos com uma espécie de invisibilização da imigração que se manifesta na notável ausência de debates públicos sobre o tema. Isto dificulta que as gestas empreendidas tanto por imigrantes como por organizações mediadoras e de auxílio ganhem repercussão na literatura acadêmica, na esfera institucional e nos próprios meios de imprensa. Por um lado, há uma forte tradição, em se tratando de estudos migratórios no Rio Grande do Sul, que enfatiza a análise das chamadas migrações históricas ou fundacionais, dedicando pouca atenção aos fluxos recentes e contribuindo, assim, para a invisibilidade dos processos migratórios contemporâneos. Por outro lado, a noção questionável, porém muito difundida, de que a federação brasileira converteu-se em país eminentemente expulsor dificulta a emergência de um debate social sobre as imigrações atuais. Ocorre, contudo, que se bem os últimos censos do IBGE sugerem o decréscimo da chegada de estrangeiros a Porto Alegre, o número de latino-americanos que escolhe como destino imigratório a capital do Rio Grande do Sul tem aumentado (ver Etcheverry, 2009).

Penso que uma das consequências mais significativas do restrito debate sobre imigração nas esferas públicas do Sul do Brasil é o desconhecimento tanto das problemáticas engendradas pelos deslocamentos internacionais

⁴ Sergio Caggiano (2008), refletindo sobre a presença de imigrantes bolivianos no sistema de saúde da nortenha província argentina de Jujuy, coloca que a justaposição corrente entre a ideia de “diferença nacional” e a ideia de “diferença cultural” pode ser problemática se passa a permear, também, a pesquisa etnográfica: “El concepto [de ‘diferencia cultural nacional’] es problemático por la correspondencia naturalizada que postula entre ‘diferencias culturales’ y ‘diferencias nacionales’ (...) esta equiparación no por ser habitual deja de ser engañosa. La indagación por los modos en que la ‘diferencia cultural’ actúa en la atención a los inmigrantes llevó a ver en este contexto, no sólo cierto ‘desdibujamiento’ de las fronteras nacionales, sino la presencia de otras dimensiones (clase, ‘raza’, religión) que vuelven difícil cualquier distinción de actores definidos únicamente en términos nacionales” (Caggiano, 2008, p. 270-271).

contemporâneos quanto das violentas barreiras impostas pela legislação brasileira à presença estrangeira.⁵ Já a pouca visibilidade da imigração (ou dos imigrantes) no ambiente acadêmico traz a tona uma inquietação sobre eventuais perdas teóricas para o debate sobre identidade, cidadania, diversidade e direitos humanos. Actis (2002) vê a imigração como uma espécie de lente de aumento e entende que a importância do seu estudo radica na possibilidade de nos devolver

uma imagem de nossa própria realidade social, aumentada e exacerbada, posto que podemos observar, concentrados em certas populações, espaços e períodos curtos de tempo, processos que atravessam o conjunto da sociedade, ainda que de formas mais atenuadas (Actis, 2002, p. 37) (Tradução minha).

Breve contextualização dos interlocutores

A maioria dos meus interlocutores neste trabalho são imigrantes residentes na cidade de Porto Alegre que, em algum momento das suas trajetórias, buscaram auxílio junto ao Centro Ítalo-Brasileiro de Apoio ao Imigrante (CIBAI), vinculado à congregação de padres scalabrinianos. As razões que os levaram a procurar inicialmente o CIBAI estavam vinculadas, fundamentalmente, com problemas de documentação, ou, melhor dito, com problemas que a falta de documentos lhes estava causando no momento de acessar serviços do Estado ou desempenhar atividade formal remunerada. A questão dos documentos e os impedimentos que sua ausência supõe quando se trata de reivindicar benefícios sociais de toda índole, assola principalmente os imigrantes de reduzidos ingressos, os quais dependem mais intensamente dos serviços públicos de bem-estar. Em 2009, foram atendidos pelo CIBAI em Porto Alegre e Florianópolis, 4.209 estrangeiros, a maioria deles com problemas relacionados a documentos de permanência em território nacional. Devemos considerar que estes números se referem à procura pelo apoio fornecido por uma única entidade num lapso mais ou menos exíguo

⁵ Os dispositivos legais que regem a presença de estrangeiros em território nacional, materializam-se na lei n. 6815 – conhecida como Estatuto do Estrangeiro –, que impõe consideráveis restrições de ordem política e econômica aos imigrantes que estejam de passagem pelo Brasil. A lei data de 1980 e está matizada pela retórica da ditadura militar brasileira, que percebe o estrangeiro como um potencial subversivo.

de tempo. Sendo assim, é razoável afirmar que, em Porto Alegre, existe um número considerável de imigrantes tentando regularizar sua situação e ampliar suas possibilidades de inserção cidadã.

Meu contato com três dos quatro sujeitos desta investigação se deu através do Pe. Joaquim, que, solicitamente, elaborou uma lista de pessoas das mais diversas nacionalidades cuja característica em comum era ter necessitado recorrer ao sistema de saúde. Recebi dezesseis nomes, dos quais selecionei três – Diana, Gabriela e Jaime. Posteriormente, incorporei ao grupo inicial de pessoas contatadas com intermediação do CIBAI outra imigrante – Célia – que não solicitou os serviços daquela entidade religiosa. Trato, basicamente, destes quatro casos, ciente de que perco em abrangência, mas ganho em profundidade. Em consonância com Denise Jardim (2008), busco escutar os relatos dos meus interlocutores não só como “experiências-de-perto” do problema da imigração, mas também como uma sucessão de situações que põem de manifesto dispositivos de poder e constrangimentos morais capazes de influenciar na forma como imigrantes percebem a si mesmos e refletem “acerca da validade da experiência migratória trilhada” (Jardim, 2008, p. 22).

Diana (56), panamenha, contou com o auxílio do Centro para concretizar internação num importante hospital de Porto Alegre. Gabriela (40), argentina, buscou pela primeira vez o CIBAI quando, por ocasião de um assalto ocorrido pouco depois da sua chegada ao Brasil, foi despojada de documentos e dinheiro. Célia (65), uruguaia, imigrou recentemente para o Brasil, mas já circula com certa desenvoltura em redes sociais que perpassam a classe média e a intelectualidade porto-alegrenses. Nunca solicitou auxílio do CIBAI. Utilizou-se de outros meios para obter assistência jurídica e tratamento médico. Jaime (35), boliviano, veio ao Brasil para realizar o tratamento médico de um dos filhos. Ao tomar ciência dos empecilhos para exercício de atividade laboral acarretados pelo visto temporário que lhe fora concedido, procurou o CIBAI desejoso de efetivar os trâmites do documento de permanência.

A presença de Jaime e Célia em meu horizonte de análise significou um rico instrumento para comparação de experiências as mais díspares. A relativa estabilidade financeira de ambos ajudou-me a compreender em que circunstâncias e sob quais condições a ausência ou presença de recursos materiais pode delinear as vivências dos imigrantes. Contraponho-me à ideia de que o fator econômico é, *per se*, merecedor de atenção. Parece-me, no caso dos estudos migratórios, que as variáveis “pobreza” e “riqueza” in-

corporam relevância analítica apenas na medida em que possam auxiliar o pesquisador a identificar situações onde capitais específicos são comutados em vantagens sociais concretas de integração. Contudo, se outros fatores que operam decisivamente na experiência migratória tais como gênero, classe e estatuto jurídico, forem ignorados, é enorme o risco de incorreremos em determinações.

Amparo em saúde: percalços no hospital e além dele

Diana

Diana, panamenha, tinha 56 anos.⁶ Há mais de duas décadas, quando se mudou para Porto Alegre, cursou biologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seus estudos ficaram inconclusos por motivos que não foram especificados. Até inícios dos anos 2000, exerceu intensa militância política junto a partidos e movimentos de esquerda. Atravessou, ao longo da sua trajetória pessoal, momentos de penúria econômica nos quais dependeu de outrem para ter onde residir. Mais recentemente, vinha recebendo toda sorte de auxílio por parte de pessoas vinculadas ao CIBAI.

Quando a conheci em um quarto de hospital compartilhado com outras duas senhoras, fazia quase quatro meses que estava internada, realizando o tratamento de um câncer. Seu itinerário junto às instituições encarregadas de gerir e oferecer serviços de saúde na Capital do Rio Grande do Sul foi intrincado. Teve a doença diagnosticada mediante exames que realizou através de um posto de saúde localizado próximo do lugar onde vivia. Do posto foi encaminhada a um grande hospital da cidade em busca de tratamento específico. No hospital, informaram-lhe que deveria tornar a fazer as avaliações clínicas que já havia efetuado quando de sua procura pelo posto de saúde. Sem muita opção e defrontada com a pouca capacidade de diálogo da instituição hospitalar, minha interlocutora levou a cabo nova bateria de exames financiados pelo Sistema Único de Saúde. Realizou, posteriormente, radioterapia, mas

⁶ À época do trabalho de campo, minha interlocutora enfrentava a etapa terminal de um câncer. Seu falecimento se deu no mês de janeiro de 2010, meses antes da elaboração da primeira versão deste artigo. No leito hospitalar, Diana ainda revisou o presente trabalho e fez sugestões que foram incorporadas à versão final do texto.

ya sin tiempo, ya con el cáncer *estourando* y cuando ellos me mandaron volver para la oncología clínica, para que hiciera la quimioterapia, *demoraram* tres o cuatro meses para que yo pudiera tener una consulta, para poder ordenar en la quimioterapia. Mientras tanto, todos los efectos de la radioterapia beneficiosos se *apagaron* y yo volví con el cáncer con todo. Yo venía allí y hablaba, ellos no me entendían, yo pedía por favor, yo vine varias veces. Yo fui a descubrir, después (...) que aquí, en [nome do hospital] es la familia que tiene que venir y hablar con el médico. Tú, en tanto paciente, no tienes un valor así muy grande. Entonces es la familia, es tu acompañante que tiene que hablar con el médico, que tiene que hacer las cosas, que tiene que hablar con la administración. Yo no sabía que eso era así. O sea, tu valor individual es disminuido.

Confirmado o diagnóstico inicial, Diana soube, por parte de um médico, que demoraria certo tempo – talvez um ano – até que, efetivamente, ela pudesse dar sequência ao tratamento. Apenas mais tarde, de acordo com seu próprio relato, veio a entender a importância que tem a intervenção da família neste tipo de procedimento. Cabe aos parentes pressionar a instituição hospitalar em busca de informações úteis ao paciente. Minha interlocutora estava vivendo o sistema de saúde de forma singular: aos desencontros já conhecidos e amplamente experienciados pelos usuários, somava-se o agravante de ela não contar com o mecanismo de pressão familiar.

De volta para casa, sem muitas perspectivas, a imigrante recebeu ligação do Centro Ítalo-Brasileiro de Ajuda ao Imigrante. Uma amiga sua, frequentadora da paróquia onde funciona o CIBAI, havia relatado seu caso para um dos padres responsáveis pelo auxílio aos estrangeiros. Este, por sua vez, na companhia de um médico, visitou Diana em casa. Por intermediação do médico, o caso de minha interlocutora foi levado ao Conselho de Saúde do Município e, posteriormente, dirigido à Secretaria de Saúde que, através de articulações institucionais, reencaminhou Diana ao hospital. Ela pôde receber, então, cuidados na emergência:

En la emergencia yo me quedé siete días, hasta que se abrió una *vaga* aquí [refere-se ao setor do hospital destinado a pacientes com câncer]. Yo creo que en la emergencia he recibido el tratamiento que todos los brasileiros reciben. Y de la emergencia guardo gratos recuerdos. Las cosas malas las olvidé porque recibí cariño y recibí afecto. Yo tengo nostalgia de la emergencia. Cuando llegué aquí, no conseguí acostumbrarme.

Pouco tempo depois, vieram a internação e as primeiras sessões de qui-mioterapia. Começaram, também, os questionamentos sobre se ela possuía casa e família. Quando os médicos e demais agentes hospitalares tomaram conhecimento de que Diana não tinha parentes no Brasil nem tampouco uma residência estável, iniciou-se a coação:

presión, presión, presión, que mi familia tenía que saber y entonces esas cosas me dejaban estresada. [...] Antes no me daba cuenta de cómo esa cuestión de ser extranjera me hacía diferente. Ahora me doy cuenta, yo no me daba cuenta. **Entonces en este momento, que tengo un problema de salud, me siento en el aire. He tenido depresión [...] me siento una *bolha* suspensa en el aire. [...] Es una cosa horrible, porque estás aquí *mas* te quieren echar, quieren que salgas.**

Justamente quando chegou ao leito hospitalar mediante internação, Diana passou a perceber com mais intensidade os mecanismos através dos quais uma diferença específica – determinada enormemente pela sua própria condição de imigrante distanciada dos parentes e com dificuldades financeiras – podia ser comutada em um real e efetivo fator de exclusão.

O hospital, preocupado com os gastos do tratamento de minha interlocutora e interessado na desocupação do leito, recorreu à Procuradoria do Município, que, por sua vez, remeteu documento para a Embaixada do Panamá, alegando que Diana não dispunha de condições para manter seu tratamento. O texto da procuradoria acenou, segundo minha interlocutora, com a suspeita de que sua situação no Brasil era irregular. A Embaixada do Panamá acionou a Chancelaria no país de origem e esta, por fim, fez chegar as demandas, suspeitas e denúncias do hospital até a família de Diana. Enquanto isso, minha interlocutora recebia, no quarto, visitas da assistente social vinculada ao hospital para informar sobre a necessidade de desocupação do leito.⁷ Um dos momentos mais dramáticos do enfrentamento no seio da instituição hospitalar se deu quando a psicóloga que tratava Diana começou, também, a pressioná-la, chegando a lamentar que “qualquer” pessoa que procurasse uma emergência fosse encaminhada para internação.

Materializado numa ampla mobilização (ver Figura 1) que vai desde o engajamento dos profissionais da saúde até a construção de estratégias

⁷ De fato, enquanto fazia trabalho de campo no hospital, presenciei uma destas visitas. Naquela ocasião, a assistente social estava interessada em saber se Diana já havia encontrado um lugar aonde ir, uma vez que estava prestes a receber alta.

jurídicas por parte das instituições hospitalares, vemos emergir do relato de Diana algo que nos remete aquilo que José Carlos dos Anjos (2004) entende como “a articulação de conjunto de uma razão política anônima, autônoma, programática, dispersa e intencional que (...) faz aparecer perigosa articulação de dispositivos de regulação de populações” (Anjos, 2004, p. 99). Estamos diante das lógicas de um biopoder que, através de inúmeros atos e agentes, elege os que devem viver e os que serão deixados à própria sorte.

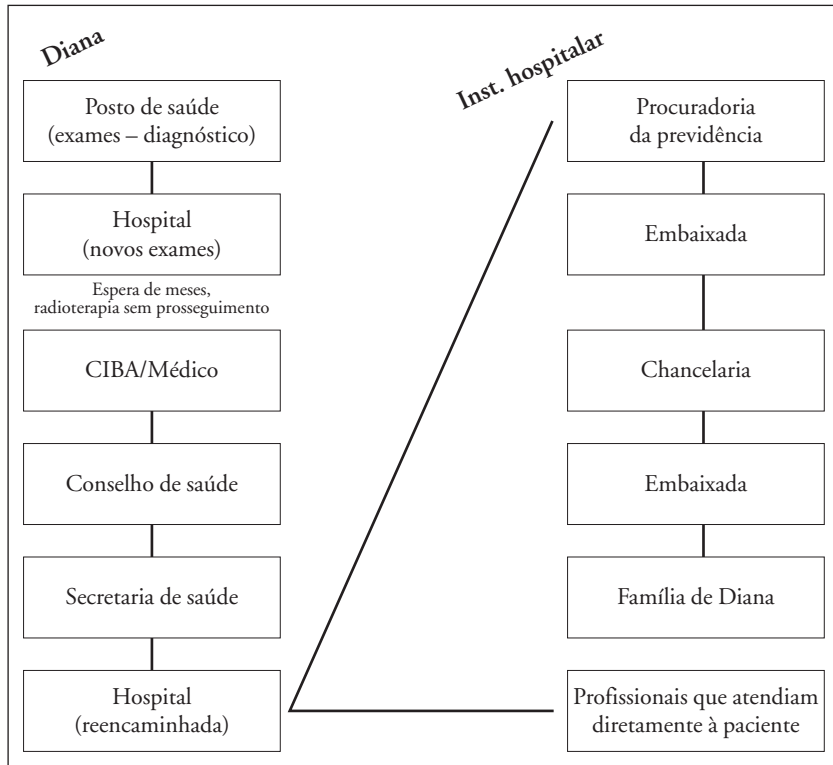


Figura 1

A Figura 1 apresenta, de forma esquemática, o itinerário empreendido por Diana (primeira coluna) para poder acessar o tratamento de saúde que necessitava. Na segunda coluna, temos a articulação da instituição hospitalar

no sentido de garantir seus interesses e, no limite, evitar a permanência de minha interlocutora em suas dependências. Toda a mobilização, que abarcou indivíduos e instituições no Brasil e no exterior, nos dá uma ideia dos percalços encontrados pelo migrante em sua interlocução com o sistema de saúde. Ainda que o fator nacionalidade não tenha, por si só, desatado toda a mobilização institucional aqui resgatada, ele foi utilizado no momento de “denunciar” Diana. O caso aqui analisado exemplifica acidentes de percurso concernentes apenas aos imigrantes ou remete a um regime de disciplinamento que reage negativamente a singularidades presentes, também, em outros setores da sociedade? O certo é que vislumbramos com clareza estratégias institucionais vigentes cujo efeito/consequência final é converter uma diferença inicial como a apresentada por Diana (ausência de sua família já nos primeiros momentos do atendimento e escassa presença de recursos financeiros) em determinante concreto das suas possibilidades e formas de acesso aos cuidados de saúde.

Diana conta que ao longo do contato com o sistema de saúde foi desenvolvendo temor com relação às intenções dos médicos. Tinha sensação de não conseguir *defender sus derechos* frente ao tipo de demanda que se lhe colocava no contexto da internação. Houve uma situação na qual o médico encarregado de tratá-la acusou-a de não ser *proativa*, de preocupar-se mais com uma pasta de documentos – que continha o histórico do tratamento e os exames feitos até a ocasião – retida e extraviada pelo hospital do que com *sua saúde*.⁸ Ao longo da tumultuada relação com a instituição na busca por atendimento adequado, Diana foi, também, censurada porque *no venia a las consultas*, porque *desaparecía*. O médico disse que ela era *la culpable por su cáncer*. Estas tensões e choques de percepções entre paciente estrangeira e funcionários do hospital podem ser pensadas através da elucidativa interpretação de Sarah Horton (2004) a respeito do papel das instituições de saúde na criação efetiva de critérios sobre cidadãos mais ou menos merecedores dos benefícios públicos:

Como intermediárias entre o estado e seus novos cidadãos, as instituições de saúde historicamente foram um lugar crucial, ainda que pouco estudado, no qual se elaboram e desdobram ideias sobre a diferença cultural e o “merecer” benefícios

⁸ Diana mantinha uma pasta onde guardava documentos relacionados com seu tratamento. Tais documentos funcionavam como uma espécie de álibi na hora de comprovar que já tinha realizado as baterias de exames que, sucessivamente, lhe eram requeridas. Esta pasta, em determinado momento, foi entregue a um médico do hospital e minha interlocutora não mais conseguiu reavê-la.

públicos. Os imigrantes podem ser percebidos como cidadãos irresponsáveis que necessitam educação em higiene e criação dos filhos ou, também, como diligentes no cuidado de si mesmos e dos seus filhos (Ong, 1995). Ainda que as concepções sobre o “mérito” dos pacientes não se originam só no âmbito do cuidado de saúde, devem ser contextualizados nos níveis político-econômicos nacionais e locais dentro dos quais se formulam (Horton, 2004, p. 62) (Tradução minha).

Os traços discursivos característicos do neoliberalismo detectados por Sarah Horton no sistema de saúde estadunidense parecem permear as instituições públicas e privadas da federação brasileira. Estes discursos, além de preconizarem o dever cívico de cada sujeito no sentido de desonerar o Estado, endossam a interiorização de uma ética de classe média, impondo aos pacientes a necessidade de administrar seu comportamento e condição de saúde (Horton, 2004). Entretanto, a aproximação aos modelos ideais pugnados em determinadas esferas da rede de atenção sanitária se torna mais difícil para certo tipo de usuário que não se enquadra nos estandartes de conduta esperados – seja por um erro de julgamento, seja pelo não cumprimento das ordens e regimes dos médicos (Horton, 2004):

Os indivíduos cuja conduta se entende como contrária à busca de uma vida “livre de riscos” tendem a ser vistos e a ver a si próprios como faltos de auto-controle e, por isso mesmo, incapazes frente aos seus deveres como cidadãos responsáveis e autônomos (Peterson, 1997, p. 198 *apud* Horton, 2004, p. 73) (Tradução minha).

Cabe resgatar, aqui, o caso do índio alcoólatra relatado por Clifford Geertz em *Os usos da diversidade* (1996). Com grande riqueza narrativa, Geertz conta a história das dificuldades de comunicação entre um índio bêbado e os jovens médicos encarregados de administrar-lhe hemodiálise. Mesmo advertido sobre os problemas que o consumo de álcool poderia acarretar para o bom andamento do tratamento, o índio seguiu bebendo. Tal situação perturbou profundamente os profissionais de saúde encarregados do seu caso. Eles não ousaram, entretanto, suspender a terapêutica, ainda que lamentassem o fato de uma vaga no sistema de saúde estar sendo ocupada por tão relapso cidadão. A história termina com a morte do índio “depois de ter uma vida mais prolongada para continuar bebendo” (Geertz, 1996, p. 83). Geertz nota, nesta situação de interculturalidade, um lamentável choque de perspectivas que termina por recluir os sujeitos em seus mundos

culturais e anular qualquer margem de diálogo entre eles. Segundo o autor, o que torna deprimente a pequena fábula do índio bêbado é a incapacidade dos seus personagens para conceber “no meio do mistério da diferença, como superar uma assimetria moral absolutamente genuína” (Geertz, 1996, p. 85).

Direcionando novamente meu olhar para a experiência de Diana, avisto uma conjuntura que parece ir mais além de qualquer cenário de interculturalidade maculado por assimetrias morais ou comunicativas entre médico e paciente. O percurso de tratamento e internação da minha interlocutora revela dispositivos concretos de poder que nos deixam antever um movimento discursivo onde os imigrantes são avaliados e eleitos “merecedores” segundo critérios morais sobre ser ou não ser “proativos”.

Feita esta constatação, caberia questionar-nos, novamente em diálogo com Sarah Horton, sobre até que ponto a realidade do atendimento em saúde não está preparando grupos de *sujeitos diferentes* para um exercício *diferenciado* da cidadania. E como certas realidades institucionais podem estar moldando as expectativas dos sujeitos com relação ao amparo social que podem ou não receber.

Esse jogo de forças e julgamentos morais parece impactar singularmente sobre os imigrantes. Como vimos, o fantasma da *indocumentação* é passível de ser acionado a qualquer momento. A presença estrangeira reveste sempre uma aura de “intrusão” à qual se reage lançando mão de estratégias que podem atingir dimensão internacional, reafirmando, constantemente, que o imigrante não é um “problema daqui”, mas é, ainda assim, “um problema” a ser neutralizado pelas instituições.

Se por um lado o Sistema Único de Saúde garante atendimento universal a qualquer indivíduo, nacional ou não, a realidade muda nos corredores do hospital e na inter-relação com os quadros encarregados de implementar a saúde. A pretensão ao universalismo dilui-se num desequilíbrio cristalizado em sucessivos e difusos mecanismos de exclusão – que vão incidir com mais força sobre grupos que apresentam características específicas e indesejáveis – a partir do momento em que se transpõe a fronteira entre as emergências e os leitos de internação, que é, também, a fronteira entre o SUS e os concessionários privados de atendimento sanitário.

Refletindo sobre sua experiência dos últimos meses, Diana avaliava que

te ponen el ojo y ya inmediatamente te sacan una radiografía como persona pobre e inmigrante. O sea, es otra categoría. [...] Yo pienso que ese tema de

la salud es uno de los temas que más batem en los inmigrantes. Porque la necesidad que uno tiene de tener salud para hacer las cosas autónomamente es muy grande. **Si no tienes salud, te vuelves absolutamente dependiente de otras personas. Y com o no hay una red de asistencia y cuando no hay una familia se torna mucho más terrible eso. [...] El sistema de salud se transforma en exclusión.** Entonces tú ves, tú sabes que estás muriendo y tú no tienes, no consigues acceder, no consigues el acceso al sistema de salud.

Gabriela

Gabriela (40) nasceu em Puerto Rosario, província de Misiones, Argentina. Veio ao Rio Grande do Sul pela primeira vez na década de 1990, acompanhada por seu esposo e uma amiga. Estiveram vinte dias percorrendo o litoral sulino e se entusiasmaram com a ideia de organizar um negócio na área da alimentação em alguma praia. Pouco tempo depois de retornar à Argentina, empreenderam nova viagem ao sul do Brasil, desta vez trazendo dinheiro para montar sua empresa. Em Porto Alegre, logo nos primeiros dias, foram assaltados, perdendo capital e documentos. Gabriela não quis regressar à terra natal – *por orgulho e vergonha*, disse-me. Esteve durante certo tempo trabalhando em serviços temporários no litoral e renovava seu visto de turista através de viagens periódicas ao país de origem. Em princípios dos anos 2000, minha interlocutora obteve documento de permanência, o que lhe permitiu ingressar no emprego formal. À época de nossa entrevista, comentou que tinha pouco tempo de serviço registrado na Carteira de Trabalho e fora enganada mais de uma vez pelos seus empregadores brasileiros.⁹

Desde que mora no Brasil, atravessou duas gravidezes de alto risco que deixaram sequelas importantes. Depois de dar à luz seu filho menor – agora com cinco anos de idade –, teve depressão. Mesmo assim, em seguida do parto, voltou a trabalhar como chefe de cozinha. Acumulou diversas funções no restaurante, contingência que debilitou ainda mais sua saúde. Entre outros problemas físicos, sofre de obesidade mórbida. Há relativamente pouco tempo, passados quatro anos na fila de espera, realizou cirurgia para redução de estômago custeada pelo Sistema Único de Saúde no Hospital da Pontifícia

⁹ Gabriela relata que, em mais de um emprego na área da alimentação, os patrões retiveram sua carteira de trabalho sob pretexto de remetê-la ao contador mas, ao fim e ao cabo, não fizeram qualquer registro do seu vínculo empregatício.

Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Hoje em dia não consegue mais desempenhar suas atividades laborais, uma vez que tem dificuldades para manter-se muito tempo em pé e sofre convulsões decorrentes da intervenção cirúrgica estomacal. Requereu ao Auxílio Doença do INSS, mas tal benefício lhe foi negado por “falta de condições de segurada”, o que significa que possui tempo insuficiente com carteira de trabalho assinada. Mais tarde, inteirou-se de que poderia solicitar a ajuda econômica do LOAS (Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC – LOAS ao idoso e à pessoa com deficiência), mas deparou-se com nova frustração:

Agora eu estou me sentindo discriminada pelo INSS [...] porque eu procurei aquele benefício, o benefício Auxílio Doença, né? Então eu fiquei sabendo que existia o LOAS, que é um benefício para aquelas pessoas incapacitadas de trabalhar, que passam, então, a receber um salário por mês. Então eu quis saber o porquê de não ter conseguido ficar no benefício. Aí eles disseram: “Porque você é estrangeira”.

De fato, o texto do documento remetido pelo INSS à Gabriela dizia o seguinte: *Indeferido. Motivo: ‘84’ Nacionalidade Estrangeira*. Mesmo que minha interlocutora possuía documento de permanência e esteja tramitando a nacionalidade brasileira, sua condição de não nacional foi utilizada como justificativa para negativa de um benefício em saúde.

Neste ponto, aparecem, outra vez, os limites do universalismo. Enquanto Gabriela interagia com o posto de saúde do seu bairro e com hospitais conveniados ao SUS, não teve maiores problemas – além daqueles enfrentados, também, pelos nacionais – para acessar atendimento médico. Entretanto, quando sua condição sanitária debilitou-se a ponto de ela não poder exercer atividade laboral, a previdência social recusou-lhe auxílio financeiro em âmbito federal, evocando sua estrangeiridade.

Os benefícios do INSS dirigidos às pessoas com restrição física não conformam, numa perspectiva ampliada, o arsenal de amparo sanitário do Estado? Não estamos falando, novamente, de arranjos entre políticas de Estado e legislação restritiva cujo resultado é desalentar certa classe de imigrantes – pobres – na busca de atenção e participação na sociedade (Horton, 2004)? Como a presença do imigrante no Brasil se justifica pela utilidade do trabalho que ele possa desempenhar, a doença significa, virtualmente, o desaparecimento social para este tipo de sujeito. Ainda assim, a “saúde” vem sendo um instrumento cada vez mais comum, na contemporaneidade, para

integração de variados setores sociais aos benefícios da cidadania – mas nem sempre ao estatuto de cidadão.¹⁰ O SUS, de pretensão universalista, abarca nacionais e não nacionais, ofertando-lhes serviços públicos que integram, também, o rol dos direitos cidadãos. Mais além do SUS, entretanto, escasseiam os benefícios universais do Estado. Isto se dá porque existe um aparente consenso em torno da ideia de que as necessidades universais concernem unicamente ao âmbito da saúde e de que este, por sua vez, está circunscrito ao Sistema Único. Daí que, para o Estado, invistam enorme relevância os debates conducentes a estabelecer/impôr acordos sobre o que concerne à saúde e, portanto, ao “universal” e o que concerne ao não universalizável, ou seja, à cidadania jurídica. Didier Fassin (2004) sugere, instigantemente, que parece existir uma inclinação das autoridades públicas em agir diante de um problema de saúde e não de outra ordem porque há um reconhecimento maior sobre integridade do corpo que sobre a integridade da pessoa.

Gabriela reivindicou assistência do Estado principalmente após encontrar dificuldades na incorporação ao mercado de trabalho suscitadas por problemas de saúde. A condição de “doente” foi por ela acionada como fator que poderia assegurar-lhe uma (re)inserção social e econômica. Mas as coisas não se deram como o esperado, pois aqueles recursos que almejou estavam fora da esfera do “universal” – que possui como faceta emblemática, no Brasil, o Sistema Único de Saúde – e lindavam com qualquer coisa que soava à cidadania (entendida, aqui, em seu aspecto jurídico), esta, paradoxalmente, não universal. Tais dilemas apontam para uma discussão mais delicada

¹⁰ Diferencio, neste trabalho, “benefícios da cidadania” de “estatuto de cidadão”. Entendo que os benefícios da cidadania dizem respeito aos “direitos cidadãos” de uma forma mais ampla, independente de qualquer estatuto jurídico. “Direitos cidadãos” podem ser acessados por não cidadãos. O “estatuto de cidadão” diz respeito a definição jurídica de quem é brasileiro (encaixando-se em uma das duas categorias, nato ou naturalizado) e tem, oficialmente, *direito aos direitos* básicos assegurados pela Constituição. Os imigrantes podem, mediante variados arranjos táticos, acessar “direitos cidadãos” sem possuírem “estatuto de cidadão”. Por exemplo: de acordo com a Constituição de 1988, saúde e previdência social são direitos do cidadão brasileiro. Se bem Gabriela pôde obter atendimento em saúde via SUS (consensuado como universal), se lhe negou direito a auxílio do INSS. Neste caso, o benefício da Previdência Social emerge como “direito cidadão” não universalizável posto que indissociável, na perspectiva oficial, do “estatuto de cidadão/cidadania” (*Indeferido Motivo 84 “Nacionalidade Estrangeira”*). Ressalto, no entanto, que a possibilidade de incorporação de “direitos cidadãos” pelos imigrantes depende não só da normativa oficial vigente, mas também das condições em que se dá sua interação com os campos de força onde se inserem e da sua capacidade de manejar oportunidades na dinâmica dos jogos sociais.

sobre o acesso aos benefícios da cidadania, que se encontra desigualmente distribuído ao longo das hierarquias sociais (da raça, do gênero e da classe). O caso de Gabriela nos mostra que, fora dos domínios do universalismo, acolá dos consensos estabelecidos em torno das “necessidades básicas” dos sujeitos, determinadas singularidades – ser estrangeiro, por exemplo – são relegadas ao status de excepcionalidades, reforçando fronteiras que colocam, de um lado, aqueles que podem acessar as reservas de “bem-estar-social” controladas pelo Estado, e de outro, os que delas são privados e têm de contar com a própria sorte ou com o êxito das suas astúcias.

Walter Actis (2002), alerta que, se nos ativermos obsessivamente nos problemas de acesso à cidadania apresentados por apenas um grupo de “excluídos”, sem observar que setores consideráveis da população estão afetados pela precarização dos serviços públicos, podemos nos esquecer de *una acción que apunte a la globalidad de las causas de estos problemas* (Actis, 2002, p. 36). Penso que, atualmente, no contexto brasileiro, trata-se de discutir o quão preparados estão aqueles espaços que ofertam serviços e benefícios públicos para lidar com a diversidade de demandas que lhes são apresentadas por sujeitos provenientes de setores da sociedade com históricos diferenciados de interlocução com o Estado e com organizações que prestam serviços sociais, sejam elas públicas ou não.

Célia: uma exceção?

Célia (65) foi a única interlocutora com quem estabeleci contato sem intermédio do CIBAI. Ela é oriunda do departamento uruguaio de Rocha e viveu parte da sua juventude na cidade de Montevideú. Em finais da década de 1960, engajou-se no Movimento 26 de Março, uma agremiação de esquerda. Depois do golpe de estado cívico-militar de 1973, Célia transferiu-se para a Argentina. Sendo perseguida no exterior pelas forças repressivas do seu país, obteve asilo na França. Chegou a trabalhar na embaixada uruguaia em Portugal e tentou, depois da abertura democrática, um infrutífero retorno ao país de origem. De regresso à França, morou em Paris até 2005, ano em que decidiu mudar-se para Porto Alegre. As razões da sua vinda ao sul do Brasil são de ordem econômica e afetiva:

Al saber que aqui y solo aqui podía vivir con lo que gano, y porque siempre amé este país, me vine a vivir aquí y porque ya tenía amigos brasi-

leros que conocí en Paris. Me vine a vivir los primeros meses en casa de mi amiga. Es donde ahora vivo.

Atualmente, Célia recebe aposentadoria da previdência social francesa e de um serviço previdenciário privado, além de realizar traduções remuneradas. Após chegar ao Brasil, passou quase quatro anos sem nenhum tipo de documentação nacional. Não pediu os papéis porque seus recursos eram insuficientes para pleitear a radicação. Depois que o Brasil assinou acordo com o Uruguai no sentido de documentar os cidadãos deste país estabelecidos em solo brasileiro, Célia ganhou um documento temporário que tinha validade até o ano de 2011.

Célia sentiu, pela primeira vez, necessidade de atendimento em saúde especializado quando algumas manchas estranhas apareceram na mucosa da sua cavidade bucal. Falou com o dentista particular onde consultava e este se pôs em contato com uma ex-professora da faculdade de odontologia: *me atendieron en seguida en un servicio de cirugía, ahí creo que pagué 25 reales, no recuerdo bien. Me vio un profesor-cirujano y me hicieron una biopsia, me vieron varias veces, todo fue bien y no pagué nunca nada más.* Uma vez por ano, Célia também realiza, no Hospital de Clínicas, acompanhamento oftalmológico. Isto é possível porque um oftalmologista, depois de atendê-la em seu consultório particular, levou-a à sessão de consultas do Hospital – não à emergência –, onde lhe deram um dossiê que pôde ser emitido mediante apresentação de documentos de identificação relativos ao seu país de procedência, a França.

As impressões de minha interlocutora sobre sua estadia no Brasil são, geralmente, descritas como bastante positivas:

la calidad de vida no se puede comparar, la comida es única por su calidad, su abundancia y su precio. En ningún otro país se puede vivir con tan pocos euros como aquí. (...) Otra cosa importantísima: ¡hablar de la total libertad que se vive en este país! ¡La gente no se da cuenta! Ya he vivido en seis países, en algunos por trabajo: Uruguay, Argentina, Francia, España, Portugal y ahora Brasil.

Especificamente com relação ao sistema de saúde público, Célia conta-me que não pode queixar-se e que sempre recebeu atendimento conforme o esperado. Agrega, contudo, o seguinte: *soy consciente de que he sido privilegiada, ¿no?*

Afirmar que o caso de Célia é absolutamente excepcional, que não guarda relação com as experiências dos meus outros entrevistados pode ser arriscado. O fato de ela possuir melhores condições financeiras para movimentar-se nos espaços de atendimento sanitário não oculta a especificidade da sua trajetória na busca por tratamentos. Seu trânsito por hospitais e consultórios ocorreu mediante ativação de algumas táticas exitosas no diálogo com os profissionais que a atenderam – talvez isto tenha se devido, em alguma medida, ao fato de minha interlocutora ser uma mulher idosa que ostenta o *desejável* ethos de classe média e demonstra intensa preocupação por seu “bem-estar”. Célia conseguiu obter indicações privilegiadas entre os profissionais de saúde. Os médicos “mapearam” previamente os lugares por onde ela deveria conduzir-se. Dominando certos códigos que lhe permitiram evitar âmbitos da rede de saúde onde poderia ser vulnerabilizada, minha interlocutora pôde negociar com mais desenvoltura suas possibilidades de consulta e tratamento. Por certo, num primeiro momento, os recursos financeiros de que dispunha foram importantes e viabilizaram sua inserção em espaços onde a interlocução com os médicos poderia ser mais paritária. Se fôssemos comparar, localizaríamos o caso de Diana nas antípodas da experiência de Célia. A imigrante panamenha, diferentemente de minha interlocutora uruguaia, precisou negociar a singularidade da sua situação num contexto que lhe despojava de recursividade. Este fato foi agravado pelo pouco conhecimento que tinha Diana a respeito das exigências que seriam impostas pela instituição hospitalar. Exigências cujo cumprimento se fazia, de todos os modos, impossível.

Da doença à cidadania

O caso de Jaime (35) ostenta uma particularidade que, como veremos mais adiante, tornou-se decisiva: sua emigração ocorreu devido a um problema de saúde apresentado pelo filho – Pedro –, que só poderia ser tratado em Porto Alegre. Por outro lado, o deslocamento de Jaime, da Bolívia para o Brasil, deixa transparecer características comuns a maioria dos projetos migratórios, a saber: o cálculo de possibilidades por parte do imigrante frente a um conjunto possível de destinos e o agenciamento de táticas diversas para obter estabilidade econômica e de moradia.

Meu interlocutor possui um projeto de vida no Brasil e pensa estabelecer-se fixamente nestas *terras estrangeiras*. Entretanto, Jaime se vê como

um tipo especial de migrante. Ele é taxativo ao dizer que se encontra no exterior devido ao estudo clínico sobre a enfermidade de Pedro. Neste caso peculiar, pergunto-me como o Estado e demais instituições provedoras de serviços de saúde reagem às táticas de sujeitos imigrantes que reivindicam seu pertencimento a outra categoria de indivíduos e que solicitam tratamento diferenciado – e aqui me refiro, também, a aspectos jurídico-políticos – justamente por sua presença em território brasileiro estar circunscrita a uma situação sanitária “especial” e “rara”.

Entrevistei Jaime no apartamento alugado em um bairro de classe média onde ele mora com a mulher e dois filhos. Nesta ocasião contou-me que, em nove de maio de 2008, foi diagnosticado que Pedro possuía uma incomum doença degenerativa classificada como mucopolisacaridosis.¹¹ O tratamento para tal enfermidade não é oferecido na Bolívia, fato pelo qual, Jaime, inicialmente, transferiu-se com a família para os Estados Unidos. Amigos do casal ajudaram na compra das passagens e demais despesas de viagem. Uma vez em território estadunidense, o diagnóstico de mucopolisacaridosis foi confirmado:

Entonces una vez confirmado el diagnóstico en los Estados Unidos, nos dieron la primera esperanza de que existía una medicina [medicamento], ¿ya? Y ahí empezamos a investigar y supimos que la medicina todavía estaba en pruebas [testes], que se llaman las pruebas clínicas. Y uno de los lugares donde se iba a realizar un estudio sobre esas pruebas era aquí en Porto Alegre, es en el Centro de Pesquisas del Hospital de Clínicas.

O próprio laboratório que fabrica a droga necessária para o tratamento da doença sugeriu que Jaime e família regressassem para a Bolívia e, de lá, se pusessem em contato com o Hospital de Clínicas, onde seriam realizados testes do medicamento. O fato de serem latino-americanos poderia ajudá-los na obtenção da terapêutica. O preço do medicamento, no mercado, sai em torno de US\$ 25.000 por mês, o que o torna inalcançável para praticamente qualquer pessoa. Por outro lado, era impossível permanecer nos Estados Unidos, posto que lá inexistia qualquer rede de saúde pública e, cada vez

¹¹ Trata-se de doença genética caracterizada pela carência de uma enzima no interior das células.

mais, escasseiam os benefícios de Medicaid¹² para populações com menores recursos financeiros.

Feito um estudo clínico do quadro apresentado por Pedro, Jaime recebeu a notícia de que seu filho cumpria com todos os critérios para poder participar dos testes no Hospital de Clínicas. A partir daí, começaram os trâmites para obtenção do visto temporário junto à Embaixada do Brasil na Bolívia. A representação diplomática brasileira, uma vez ciente das razões da viagem de Jaime, ofereceu o visto temporário para questões de saúde.¹³ Uma vez estabelecidos em Porto Alegre, Jaime e a esposa pesquisaram as limitações do documento que lhes fora dado e descobriram que, com ele, não estavam habilitados a trabalhar formalmente. Foi então que a família recorreu aos serviços do CIBAI e começou a ser orientada para solicitar a permanência:

hicimos un pedido al Consejo Nacional de Migración, exponiendo el caso por el cual estamos aquí, exponiendo que mi hijo necesita un tratamiento médico que lamentablemente en mi país no tiene acceso, no existe, además de ser un tratamiento muy caro y... bueno, expusimos todo el tema. Y fue una cosa muy ágil, muy rápida. Tres o cuatro meses salió una decisión del Consejo Nacional de Migración para la residencia permanente. Podemos trabajar y ahora empezamos a buscar un... Estamos buscando negocios. Vamos a montar una empresa.

O relato de Jaime sugere duas problemáticas importantes que, infelizmente, não poderão ser abordadas em toda a sua complexidade neste artigo. Limitar-me-ei a evocá-las. A primeira delas, que já foi levantada quando contei a história de Gabriela, conduz a pensar que existe um grau de suscetibilidade diferenciado do poder público na hora de reconhecer a integridade dos corpos e dos sujeitos. Repassei, até aqui, situações onde as especificidades de ordem econômica, social e legal dos indivíduos foram reconvertidas em verdadeiros limitantes práticos no momento do seu atendimento hospitalar ou da sua incorporação à rede de concessão dos benefícios do Estado. Jaime, contudo, teve facilidade no acesso a vistos e tratamentos pelo fato de

¹² Medicaid é um programa estadunidense de assistência sanitária controlado pelos estados e destinado a populações com escassos recursos. Atualmente, Medicaid é a maior fonte de financiamento de serviços médicos para setores da população com renda limitada. Reformas neoliberais recentes têm reduzido as verbas do Medicaid e limitado sua concessão, o que prejudica diretamente muitos imigrantes, especialmente os latinos.

¹³ O visto temporário para tratamento médico-hospitalar é concedido mediante recomendação médica e comprovação da existência de recursos financeiros que possam cobrir o tratamento.

seu filho apresentar uma doença rara (estima-se que só haja 2000 casos de mucopolisacaridosis no mundo) de matriz genética. Estamos falando, neste caso, de uma singularidade – ser portador de mucopolisacaridosis – que pode acarretar facilidades no processo de regularização do imigrante, dando margem para a articulação de novas modalidades de [acesso à] cidadania. Emerge, aqui, a segunda problemática, que complementa a primeira e remete às chamadas *cidadanias biológicas*.

Ao longo do diálogo que mantivemos, não pude deixar de observar que meu interlocutor possuía um vasto conhecimento sobre as particularidades do problema de saúde do filho. Jaime tem planos para, no futuro, criar, junto com outros parentes de pessoas portadoras da mesma moléstia apresentada por Pedro, uma organização orientada ao apoio das vítimas de mucopolisacaridosis. Na minha frente havia um verdadeiro militante, que se propôs a disponibilizar-me material informativo sobre a doença em questão, bem como a colocar-me em contato com pais de crianças na mesma situação do seu filho. A interação de Jaime com outros imigrantes em Porto Alegre está restrita àquelas pessoas que se encontram na cidade por razões análogas a sua. Neste caso, não estaríamos diante de uma situação onde as contingências da imigração – os problemas com papéis, acesso aos serviços públicos, inserção econômica, integração social – se justapõem às dinâmicas e possibilidades das chamadas *biological citizenship*?

As lógicas restritivas do Estado e demais organizações provedoras de serviços públicos parecem estar menos refratárias aos postulados de uma espécie de *biological citizenship* propiciada por certos contextos migratórios. Esta modalidade de cidadania é definida por Nikolas Rose como:

A criação de pessoas com certos tipos de relação com elas mesmas. Tais cidadãos utilizam uma linguagem com matizes biológicos para descrever aspectos delas mesmas ou de suas identidades [...] Essas pessoas usam tal forma de linguagem e o tipo de cálculo que dela advém para fazer julgamentos acerca de como poderiam ou deveriam agir, do tipo de coisas que deveriam temer, e do tipo de vida que podem esperar (Rose e Novas, 2007, p. 445) (Tradução minha).

Se bem Jaime não é o portador de uma “patologia genética” que o singulariza, sua relação direta com a enfermidade do filho e todas as contingências dela decorrentes o habilita a reivindicar um tratamento especial por parte do Estado brasileiro, de forma a poder concretizar com êxito seu projeto emigratório engendrado por questões de saúde. Neste momento,

não existem perspectivas de que meu interlocutor regresse para a Bolívia, pois a própria sobrevivência do filho depende da sua presença no Brasil. O tratamento é continuado, *perene*.

Comparando suas práticas com as de outros imigrantes, Jaime faz questão de diferenciá-las, ressaltando, por exemplo, que prefere fazer tudo de forma “legal”: *siempre hemos sido personas que hemos decidido hacer las cosas cien por ciento legales, a diferencia... no sé... hay gente que no le gusta hacer las cosas legales... bueno*. Esta possibilidade – fazer as coisas “cem por cento legais” – lhe está dada, aqui e agora, pela especificidade da situação de saúde do filho e Jaime decidiu fazê-la valer.

Constata-se, assim, que a doença, independentemente da sua gravidade, pode, também, tornar-se possibilidade real de regularização e inclusão dos estrangeiros no espectro dos benefícios da cidadania por *razões humanitárias* (Fassin, 2004). Mesmo Gabriela estava ciente disto ao buscar ajuda social alegando deficiência física. Seu caso, contudo, foi menos exitoso, devido ao fato de que os benefícios por ela almejados estavam fora do âmbito das “necessidades sanitárias” comumente reconhecidas e, por isso mesmo, vedados aos que ostentam um “problema de origem” dificilmente contornável: o estatuto de “não nacional”. A doença pode facilitar a obtenção de direitos cidadãos mas estes serão sempre limitados, circunscritos a necessidades “consensuadas” como fundamentais. Contudo, o aparente consenso em torno das necessidades sanitárias dos imigrantes esconde (ou deixa de traduzir) o fato de que eles são representantes de uma nova categoria social e política, os povos sem Estado (Fassin, 2004) e, por isso mesmo, sem cidadania.

Apontamentos finais

Este trabalho, feito com base nos relatos oferecidos por quatro imigrantes que utilizam ou utilizaram a rede de saúde da cidade de Porto Alegre, abordou alguns temas caros às ciências sociais e, mais especificamente, à antropologia das migrações e da saúde. Discuti como singularidades culturais, econômicas ou sociais apresentadas pelos sujeitos podem ser convertidas em efetivas desigualdades no marco do sistema de saúde. Chamei atenção para a necessidade de evitarmos qualquer tipo de apriorização da diferença sob

o risco de perdermos de vista aqueles mecanismos institucionais que, ao esbarrarem em realidades singulares, constroem a própria exclusão.

Demonstrei como, no caso de Diana, a ausência da família aliada à escassez de recursos financeiros tornaram-se um grande empecilho em sua luta por atenção sanitária e tratamento do câncer. O hospital ao qual ela recorreu reagiu negativamente à diversidade, “protegendo-se” da doente através de uma articulação sistemática com vistas a desocupação do leito. A fronteira entre universalismo e exclusão institucional seletiva se justapunha à divisória entre emergência do SUS e leitos de internação administrados pela concessionária. Gabriela, por sua vez, conheceu os limites do atendimento pleno sem distinção de nacionalidade quando decidiu requerer ao INSS ajuda financeira por deficiência física e teve seu pedido negado sob alegação de ser “estrangeira”. O sistema de amparo sanitário universalista, no Brasil, circunscreve-se ao Sistema Único de Saúde. Qualquer esforço de um estrangeiro por ampliar direitos de bem-estar social mais além do SUS pode, eminentemente, ser frustrado pela alegação do seu estatuto de “não nacional”. No caso de Gabriela, não importou que já tivesse documentos de permanência, tampouco se considerou que seus filhos eram nascidos no país. Como, sugestivamente, coloca Goytisolo (2001), “emigrar é desaparecer para depois renascer. Imigrar é renascer para não desaparecer nunca mais”. Com efeito, nem Gabriela nem Diana puderam “desaparecer”, visto que, em ambos os casos, sua “estrangeiridade” foi visibilizada na tentativa de negar-lhes certos benefícios.

Célia, que se diferencia de Diana e Gabriela por sua posição social, teve itinerários menos dramáticos no sistema de saúde. Um *ethos* compartilhado e uma aliança entre ela e os profissionais que a atenderam em consultórios particulares, abriu-lhe outra porta de acesso (que não a da emergência) à saúde pública, permitindo-lhe usufruir das redes de saúde como se fossem sua rede de relações. Célia entrou nos hospitais como uma “convidada”, ou seja, por intermédio dos profissionais. Pôde, conseqüentemente, exercer com mais desenvoltura uma recursividade que lhe trouxe experiências satisfatórias. Quero sugerir que vantagens de classe iniciais podem ser traduzidas em vantagens acumuladas de integração (Horton, 2004). Nem por isso posso afirmar que o poder econômico é a única variável que incide sobre as possibilidades de atendimento dos imigrantes. Pelo contrário, os contextos etnográficos demonstram que a documentação e o estatuto jurídico político, bem como seu maior ou menor distanciamento dos cânones de conduta

valorizados na rede de saúde e no espaço público em geral dinamizam suas oportunidades de interlocução com as instituições.

O fato de, neste trabalho, eu apenas ter tido contato com imigrantes usuários do sistema de saúde, sem conhecer a opinião de médicos, enfermeiros, quadros hospitalares e das secretarias de saúde, me impede de responder com que intensidade concepções divergentes sobre o valor moral dos diferentes grupos de estrangeiros dentro das discursividades que permeiam o setor público se cruzam com realidades político-econômicas nacionais e locais e determinam políticas concretas (Horton, 2004). Posso dizer, contudo, que os relatos apresentados até aqui indicam que, sim, as diferenças inevitáveis – e mais ou menos negociáveis – que se associam frequentemente a condição de imigrante suscitam oportunidades díspares de atenção sanitária e amparo social em saúde na cidade de Porto Alegre. Aihwa Ong (2004) observa que as instituições públicas ou privadas acolhem de forma diferente os imigrantes, dependendo de sua localização num espectro cruzado de raça, diferenças culturais e atributos de classe. Deve-se, no entanto, entender que os sujeitos também interagem com o campo de forças onde se inserem, manejando as oportunidades de que dispõem.

O caso de Jaime remeteu-me a uma reflexão sobre as chamadas *biological citizenship*, ou seja, as modalidades contemporâneas de inserção cidadã onde sujeitos reivindicam inclusão social e direitos específicos, evocando a singularidade da condição sanitária ou genética que os envolve. Por ter emigrado para o Brasil com a finalidade principal de acompanhar seu filho Pedro nos testes de um novo medicamento capaz de deter o avanço de uma doença degenerativa, meu interlocutor viu-se em condições de receber, com relativa agilidade, por parte do governo brasileiro, os documentos necessários a sua inserção laboral no país de acolhida. Cabe perguntar por que alguns caminhos são mais fáceis e outros mais tortuosos na busca dos imigrantes por direitos cidadãos e integração social.

Ao longo do texto ressaltei a necessidade de compreender as migrações a partir da diversidade dos seus itinerários ao invés de depreender-lhes estratificações *a priori* ou imputar-lhes regularidades estáticas. Refletindo sobre a forma como a diferença vem sendo recebida pelas instituições privadas e do Estado, propus que não se trata apenas de debater estratégias para facilitar a positivação das singularidades dos imigrantes na infinidade de espaços onde ela possa irromper. É preciso, também, problematizar as atuais moda-

lidades de apropriação/expropriação da cidadania, detectando como elas se intersectam ou atritam com lógicas difusas e hegemônicas que determinam a distribuição seletiva e díspar das oportunidades.

Referências

ABDELMALEK, S. *A Imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

ACTIS, W. Extranjería, nacionalidad y ciudadanía. In: DELGADO, Manuel *et al.* (Org.). *Exclusión Social y Diversidad Cultural*. Donostia/San Sebastián: Tercera Prensa/Hirugarren Prentsa S.L., 2002, p. 25-37.

ADORNO, R. Exclusão, insegurança, vulnerabilidades: incluir com o acesso à saúde? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 7-14, set./dez. 2006.

ANJOS, J. C. G. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004, p. 97-120.

BENITO, M.; GIRÓN, M.; GIL, C.; PARÉS, A. *Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social*. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcfichero_articulo?codigo=832092&orden=81361>. Acesso em: 24 nov. 2009.

CAGGIANO, S. “Que se haga cargo su país”: La cultura, los estados y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy. In: VÁZQUEZ, Cristina García (Org.). *Hegemonía e interculturalidad*. Poblaciones originarias y migrantes. Buenos Aires: Prometeo, 2008, p. 243-280.

DELGADO, M. ¿Quién puede ser inmigrante en la ciudad? In: DELGADO, Manuel *et al.* (Org.). *Exclusión social y diversidad cultural*. Donostia/San Sebastián: Tercera Prensa/Hirugarren Prentsa S.L., 2002, p. 9-18.

ETCHEVERRY, D. La construcción social del emigrante: estudio antropológico comparativo de las migraciones en Buenos Aires y Porto Alegre. *Iberoamérica Global*, Jerusalém, v. 2, n. 1, p.94-112, fev. 2009

_____. A documentação de estrangeiros no Brasil: seus caminhos e significados. In: JARDIM, Denise (Org.). *Cartografias da imigração: interculturalidade e políticas públicas*. Porto Alegre: EDUFRGS, 2007, p. 119-138.

FASSIN, D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, Bogotá, v. 40, p. 283-316, jan./dez. 2004.

GEERTZ, C. *Los usos de la diversidad*. Barcelona: Paidós, 1996.

- GOYTISOLO, J. *et al.* *El peaje de la vida*. Integración o rechazo de la inmigración en España. Madrid: Aguilar, 2001.
- HORTON, S. El tratamiento diferencial de los inmigrantes cubanos y mexicanos en el sistema de salud pública de Estados Unidos. *Revista Colombia de Antropología*, Bogotá, v. 40, p. 61-84, jan./dez. 2004.
- JARDIM, D. F. Apresentação. In: JARDIM, D (Org.). *Cartografias da imigração: interculturalidade e políticas públicas*. Porto Alegre, EDUFRGS, 2007, p. 9-18.
- _____. Trabajar de interna: o trabalho doméstico das imigrantes latinoamericanas e os paradoxos da regularização da imigração na Espanha de Zapatero. In: FAZENDO GÊNERO 8: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 - Anais*. Florianópolis: Rby Informática Ltda-me/Editora Mulheres, 2008, p. 1-24.
- MADI, M. C. *et al.* Estudo das Representações Sociais Sobre Gestação em Mulheres Bolivianas no Contexto da Atenção Básica em Saúde na Área Central da Cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 18 (supl. 2), p. 67-71, abr./jun. 2009.
- ONG, A. Cultural citizenship as subject-making: immigrants negotiate racial and cultural boundaries in the United States. In: BAKER, Lee D. (Org.). *Life in America: Identity and Everyday Experience*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004, p. 156-178.
- ROSE, N.; NOVAS, C. Biological Citizenship. In: ONG, Aihwa (Org.). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Singapura: Blackwell Publishing, 2007, p. 439-463.