

Do estrangeiro ao excluído: Formas contemporâneas de classificação dos imigrantes africanos em uma organização humanitária francesa

Jaqueline Ferreira¹

Resumo

Este estudo faz parte de uma etnografia realizada em um centro de saúde em Paris, pertencente a uma ONG humanitária, a Médecins du Monde. A ONG conta com profissionais de saúde e trabalhadores sociais voluntários, e a população atendida é composta principalmente por imigrantes africanos clandestinos – os imigrantes *sans papiers*. Apesar do caráter humanitário que anima essa organização, ela oferece acolhimento limitado a esses indivíduos, em virtude de princípios classificatórios baseados na legislação e em políticas públicas francesas relativas aos imigrantes africanos. Por outro lado, na perspectiva do engajamento humanitário, essa limitação no acolhimento relaciona-se à impossibilidade de estabelecer vínculos com uma população que está de ‘passagem’.

Palavras-chave: imigrantes africanos; organização humanitária; acolhimento; exclusão social.

¹ Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Praça Jorge Machado Moreira, 100, sala 13, Cidade Universitária, 21.941-598. Tel.: (0xx21)2598-9328/9331/9271. E-mail: jaquetf@gmail.com.

Abstract

This article is part of an ethnography carried out in a Paris health center that belongs to a humanitarian NGO, the Médecins du Monde. This center is geared towards people living in social exclusion without the right to medical-social care. This assistance is done by health care professionals and voluntary social workers and the population cared for is mainly comprised of clandestine African immigrants, the *sans papiers* immigrants. Despite the humanitarian character that animates it, this structure offers a limited user embracement to these individuals due to classificatory criteria based on French legislation and public policy related to African immigrants. On the other hand, this classification relates to the possibility to establish ties to a population that is simply 'passing through'.

Keywords: African immigrants; humanitarian organization; user embracement; social exclusion.

Introdução

O presente artigo faz parte de uma etnografia realizada nos anos 2000 a 2002, em um centro de atendimento médico de uma Organização Não Governamental (ONG) francesa, chamada Médecins du Monde (MDM), em Paris (Ferreira 2004). A MDM, tanto quanto a Médecins Sans Frontières, consagrou-se por realizar missões em países em desenvolvimento, mas, em 1986, após os debates sobre a crescente dificuldade de acesso aos serviços de saúde por uma população excluída socialmente, tomou a iniciativa de abrir esse centro.

Na época de realização desta pesquisa, tal centro contava com o trabalho voluntário de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas) e trabalhadores sociais (assistentes sociais, funcionários públicos). Eles compunham um grupo diversificado de pessoas pertencentes a diferentes classes sociais, idades e formações profissionais e com dife-

rentes motivações para o trabalho voluntário². A população recebida compunha-se, em sua maioria (80%), por africanos que viviam em clandestinidade, denominados imigrantes *sans papiers*, originários de Mali, Costa do Marfim, Congo, Senegal, ou seja, da África Negra (*Afrique Noir*). Uma pequena parcela era composta por franceses moradores de rua e desempregados em fase final do auxílio desemprego (Rapport d'Activité de la Mission France 2000).

A partir disso, o objetivo deste artigo é mostrar como as representações sociais e as políticas públicas relativas aos imigrantes africanos influíram no acolhimento prestado. Essa pesquisa contou com o exercício de observação participante das interações entre voluntários e usuários do centro da MDM em seus diferentes espaços (recepção, sala de espera, sala de enfermagem e consultas médicas), durante dois anos (2000-2002), com frequência de duas a três vezes por semana, em dias alternados. Conversas informais com voluntários e usuários, os relatórios, dossiês médicos e sociais também foram fontes de dados³.

Existem particularidades na realização de uma etnografia de um centro de saúde que recebe imigrantes em situação irregular. Várias vezes, tentou-se marcar entrevistas com esses indivíduos, mas eles faltavam sistematicamente aos encontros, o que indicava seu receio de voltar ao centro, desinteresse, embaraço ou dificuldade econômica de se deslocar na cidade. Dessa forma, optou-se pela 'produção' dos dados, elaborando-se uma pesquisa de longa duração⁴. Assim, foi possível, além de ampliar contatos, multiplicar as situações de observação; observar diferentes espaços e situações por longo tempo permitiu analisar as regularidades e particularidades das interações. Da mesma maneira, foi possível estabelecer contato mais próximo com os voluntários e usuários, o que possibilitou uma relação mais próxima com eles.

² A heterogeneidade de indivíduos e das motivações daqueles que se engajam nas organizações humanitárias já foi observada por Dauvin & Siméant (2002).

³ Os dossiês médicos e sociais do centro da MDM correspondem a prontuários dos usuários que contêm informações sobre sua situação clínica e socioeconômica, respectivamente.

⁴ A expressão "produção de dados" é utilizada aqui na perspectiva de Olivier de Sardan (1995), e diz respeito a dados que são produzidos pela combinação de diferentes fontes, os quais se tornam construção pessoal do pesquisador.

Em longo prazo, a pesquisa possibilitou, igualmente, contextualizar no tempo como a criação de novos dispositivos e leis relativas à imigração e à exclusão social no país influenciaram essas interações. Do ponto de vista teórico, durante os anos 1980, 1990 e princípio de 2000, os debates no meio acadêmico francês sobre a imigração e as políticas públicas voltadas para essa questão foram efervescentes (Fainzang 1988; Quiminal 1983; Sayad 1999; Spire 1999; Fassin 1996; Fassin & Morice 2001), de forma que essas fontes serviram de referência.

A MDM está intimamente ligada à criação de dispositivos legais que melhoraram o acesso à saúde da população de nacionalidade francesa, como, por exemplo, o Revenu Minimum d'Insertion (RMI)⁵. No entanto, a população de nacionalidade estrangeira que vive na França continuou excluída dos cuidados médicos. O estabelecimento do regime de expulsão e a restrição da regularização de vistos dos estrangeiros pela legislação do país agravaram essa situação de forma considerável. A lei Pasqua (1993), por exemplo, estabeleceu que nenhuma prestação social deveria ser concedida aos estrangeiros em situação de irregularidade, o que levou ao controle dos vistos em locais públicos, até mesmo nos hospitais (Fassin & Morice 2001; Fassin 2004).

Isso acarretou o engajamento da MDM na luta pela garantia do direito à assistência médica desses indivíduos, sem que estes corressem o risco de ser presos ou expulsos do país. O resultado desse empreendimento concretizou-se em janeiro de 2000, com a implantação da Couverture Maladie Universelle (CMU) e Aide Médicale d'État Renovée (AMER), leis que permitiram a passagem de um sistema de assistência social a um sistema de direitos. A CMU estabelece um direito com base na Assistência Social francesa (*Securité Sociale*) a todo estrangeiro residente no país em situação estável e regular, independentemente de ele possuir trabalho ou não. Ela oferece igualmente um complemento de renda às pessoas que vivem em situação precária, direito que é automaticamente fornecido aos franceses beneficiários do RMI. A lei prevê também assistência médica e hospitalar e acesso gratuito a medicamentos.

⁵ O RMI, ou Renda Mínima de Inclusão Social, é um contrato que proporciona auxílio mensal e acesso às estruturas de assistência a pessoas que vivem em exclusão social, mediante o compromisso de engajamento em alguma formação profissional.

A AMER favorece o acesso à saúde aos estrangeiros em situação de clandestinidade e cujos recursos monetários são insuficientes. O estrangeiro que deseja se beneficiar da AMER deve residir no país há mais de três meses ou simplesmente manifestar desejo de permanecer na França. Isso implica que os estrangeiros de passagem, estando na França por período inferior a três meses, denominados então como turistas, não se beneficiam de nenhuma cobertura. A maioria dos usuários do centro (70%) atende aos critérios para obtenção de AMER, e pequena porcentagem (10%) é de turistas, que não têm direito a nenhum benefício social francês (Rapport d'Activité de la Mission France 2000).

As representações históricas e abrangentes da sociedade francesa em relação aos imigrantes africanos aliadas às leis relativas à imigração foram determinantes nas relações entre voluntários e pacientes do centro. Dessa forma, no decorrer do trabalho de campo, evidenciaram-se relações de alteridade significativas entre voluntários e usuários, marcadas por diferentes recortes e clivagens de estranhamento, as quais influenciavam no acolhimento prestado. Assim, o ambiente pluricultural desse contexto, a condição de estrangeiro e a situação de exclusão social dos pacientes assistidos originaram um cruzamento de alteridades marcadas por relações estruturais entre franceses e africanos, nacionais e imigrantes, integráveis e turistas. Tal fato é extremamente relevante nesse contexto, uma vez que uma das metas da assistência médica humanitária preconiza a prática de 'respeito ao Outro'.

Por esse motivo, a proposta de pesquisa antropológica foi aceita com entusiasmo por esses profissionais voluntários, uma vez que eles tinham a expectativa de que o estudo os ajudasse a melhorar seu trabalho com as questões socioculturais dos pacientes. O desafio foi aceito, no entanto buscou-se problematizar essa própria expectativa como dado além de observar como se dava a interação entre essas alteridades e como elas influenciavam a assistência.

Se o fato de a pesquisadora ser estrangeira trazia distanciamento com o campo de trabalho, o fato de ela ser médica tornava familiar o espaço da consulta médica, o que exigiu constante relativização do 'olhar médico', para realizar a análise antropológica. Nesse contexto, no início da consulta, ela sempre era apresentada pelos médicos como colega, o que era sempre bem aceito pelos pacientes: "Você tem sorte, hoje tem dois médicos para vê-lo"; "Minha colega também é médica, não se

preocupe”. Essa apresentação era necessária para a aceitação da pesquisadora durante a consulta médica, e os pacientes mostravam-se claramente tranquilizados após essas falas.

Por outro lado, o fato de se posicionar ao lado do médico e não participar ativamente da consulta, uma vez que o objetivo da presença era apenas observar, fez com que muitas vezes a ‘colega’ fosse percebida como estagiária ou estudante de medicina. Essa ‘inferioridade hierárquica’ favorecia o contato, à medida que atenuava as barreiras sociais, normalmente existentes entre médico e paciente, pois o paciente se sentia mais à vontade para colocar questões que normalmente não fazia ao médico. Assim, quando o médico se retirava do consultório por alguns instantes, surgiam questões do tipo: “É grave o que eu tenho?”, “O que significa isso?”. Da mesma forma, os pacientes solicitavam auxílio com o olhar, quando o médico explicava coisas que eles não compreendiam, fosse pela dificuldade com a língua francesa ou pela dificuldade de compreender determinados termos técnicos.

Todo antropólogo necessita construir um ‘olhar antropológico’ que lhe possibilite apreender a realidade, transformá-la em dados, ou melhor, todo pesquisador deve estar preparado para observar e descobrir fatos novos que o obriguem a desconstruir ideias pré-concebidas. Buscou-se levar em conta esses aspectos na apreensão e coleta de dados e na posterior análise antropológica⁶.

Algumas formas contemporâneas de classificação

A França contou com a participação de trabalhadores estrangeiros em toda sua história industrial, e os principais contingentes imigratórios estão relacionados aos períodos de reconstrução, que se seguiram às duas grandes guerras mundiais e ao *boom* econômico dos anos 1960. Assim, o imigrante foi visto como mão-de-obra importante, até a década de 70. Entretanto, a recessão econômica e as cotizações sociais fizeram nascer o argumento de que eles mais oneravam do que contribuíam e que sua presença em território nacional retardava a modernização de vários

⁶ Não é possível desenvolver nesse espaço todas as nuances metodológicas dessa pesquisa, mas elas estão descritas em profundidade em Ferreira (2004).

setores da economia. A opinião pública passou a considerá-los uma ameaça à identidade nacional, à homogeneidade cultural e à democracia. Consequentemente, a partir dos anos 70, todos os governos europeus decidiram refrear a imigração, limitando-a às famílias dos indivíduos estrangeiros já instalados em território nacional, exilados políticos, estudantes, trabalhadores sazonais e aos cidadãos da comunidade europeia, ou seja, com a perda do valor econômico, a imigração tornou-se indesejável.

Esse processo desencadeou políticas públicas que produziram leis que determinavam a situação jurídica desses imigrantes, conferindo-lhes uma série de classificações, as quais os estigmatizaram socialmente. A análise de Spire (1999) mostra como se opera a passagem do estado de estrangeiro trabalhador ao de imigrante, sendo este último o que vem para se instalar definitivamente no país. O autor analisa como esse processo tem como consequência a estigmatização desses indivíduos: o imigrante é relacionado ao trabalhador não-qualificado, enquanto o estrangeiro é representado por aqueles que detêm um nível de formação mais elevado. Igualmente influem nesse processo as relações entre os países e entre as sociedades e culturas: o estrangeiro é o espanhol, o italiano e o português, e os imigrantes são os habitantes da África, árabes e negros, principalmente.

Nesse sentido, Quiminal (1983) analisou a imigração como fenômeno estrutural das sociedades imperialistas. Dessa forma, há sempre uma relação de forças desiguais nos fluxos migratórios relativos ao país de origem e ao país de destino, isto é, existe distinção estigmatizante no projeto francês de inclusão social, que privilegia os imigrantes brancos do sul da Europa, enquanto os árabes e os negros devem conservar sua mobilidade. Essas noções foram construídas e institucionalizadas também, estatisticamente, com o objetivo de restringir políticas de inclusão social dessa população que imigra em massa, ameaçando o mercado de trabalho e a identidade nacionais.

Fassin (1996, 2005) observou que a denominação “clandestinos” aos estrangeiros representa não só a situação de irregularidade do visto de permanência como também o exercício de trabalho irregular. Assim, a atribuição de “clandestinos” aos imigrantes porta julgamentos como: pessoa ilícita, dissimuladora e não-digna de confiança. Todavia, essa situação de clandestinidade é construída progressivamente durante a

estada dos estrangeiros no país, à medida que uma política de vistos dificulta a regularização dessa situação, agravando a precariedade socioeconômica desses indivíduos, obrigando-os a buscar a sobrevivência no mercado informal de trabalho.

A situação de irregularidade administrativa e precariedade sócio-econômica dos imigrantes os impedem de buscar atendimento nas estruturas de assistência à saúde pública ou privada, de forma que eles recorrem às associações caritativas e humanitárias, como o centro MDM.

Acolhimento, aceitação e rejeição

É importante observar que a aceitação e a rejeição dos usuários no centro MDM não obedecem à mesma lógica das instituições formais de saúde. Os usuários normalmente estigmatizados nas urgências, como os moradores de rua (Pennef 2000), ali não o eram. Eles eram os *habitués* do centro, frequentavam-no desde sua abertura, e ali encontravam refúgio e, ao mesmo tempo, oportunidade de estabelecer relações próximas com outros usuários e com os voluntários. Eles utilizavam o centro também com finalidades práticas, que ultrapassavam os cuidados médicos e de enfermagem, como dormir na sala de espera ou fazer a higiene no toalete. Existiam certas regras para esses *habitués* frequentarem o centro: respeito aos horários, não trazer seus cães para dentro do centro, evitar brigas com os outros usuários e não beber no local. Entretanto, a observação do cotidiano mostrou que o desrespeito a essas regras não implicava a rejeição desses frequentadores. Essa tolerância era compreendida na perspectiva de um 'acolhimento humanitário'⁷.

Para compreender a organização da assistência oferecida aos imigrantes nesse local, é preciso levar em conta os aspectos relativos às leis já apresentadas acima. Observa-se que se estabeleceu um sistema de classificação dos usuários, o qual orientava os princípios dessa assistência, ou seja, a aceitação ou rejeição deles era pensada em uma perspectiva de sujeito de direitos. Assim, havia constante negociação nas relações

⁷ Não é objetivo deste artigo analisar as peculiaridades da interação entre os moradores de rua, *habitués* e os voluntários. Esses aspectos foram desenvolvidos em Ferreira (2010).

entre voluntários e usuários, segundo essa perspectiva. Nesse caso, a nacionalidade ou a situação jurídica deles era determinante: os franceses eram amplamente aceitos, mas os imigrantes que viviam na França clandestinamente provocavam resignação: “Pouco se pode fazer por eles, e não se deve lhes dar muita esperança” (voluntário), ou seja, o acolhimento assumia uma disposição favorável, segundo a possibilidade de ajudá-los. Nesse sentido, uma atitude conformista em relação aos imigrantes era associada ao sentimento de impotência, devido ao fato de que as respostas legislativas à situação presente eram insuficientes. O estranhamento diante da apatia dos imigrantes permitia vislumbrar o sentimento de frustração por parte dos voluntários, diferentemente do que ocorria com os franceses, pois com eles sempre havia “algo a fazer”. Os casos relativos aos imigrantes descritos abaixo ilustram essa situação.

Aidara é um jovem da Costa do Marfim, de 28 anos, e quando veio ao centro MDM estava na França há oito meses. Ele saiu de seu país após seu chefe e dois colegas do mercado onde trabalhava serem assassinados e o mercado ser queimado. Ele foi agredido com golpes de fuzil nas costas e, ao cair, machucou os joelhos. Depois desses eventos, que aconteceram em dezembro de 1999, ele decidiu fugir da Costa do Marfim, mas, sem dinheiro, os procedimentos para sua partida foram lentos: ele levou meses para conseguir os documentos para sair do país: “No meu país, as coisas só são possíveis com dinheiro. Para um médico, até mesmo para um curandeiro, é preciso ter dinheiro”. Ele questionava o porquê dessa perseguição na Costa do Marfim, uma vez que nunca fora ligado à política: “Eu não conheço nada de política. Eu sou muçulmano, isto é, do lado do presidente. Mas, como eu trabalhava nesse mercado, eu sofri ameaças. É uma mistura de política, religião, etnia. Não é como aqui, lá as pessoas pensam diferente, misturam tudo”.

Durante esse período de espera, ele ficou escondido de todos, em vários locais em Abidjan. Quando ele deixou seu país, sua esposa havia dado à luz havia três semanas. Ele ainda não tinha visto seu filho. Na França, havia oito meses que procurava trabalho. De vez em quando, os amigos o ajudavam com dinheiro. Ele ‘se virava’, procurando caminhos que fazem mudanças, para ajudar no descarregamento. Ele procurava as organizações humanitárias, como a Cruz Vermelha e Médecins du Monde, para se tratar dos traumatismos no joelho. Na abertura de seu dossiê, os voluntários lhe propuseram a AMER, que ele desconhecia

completamente, então, mostrou-se reticente, pelo receio de que a obtenção desses documentos dificultasse sua volta à Costa do Marfim. O médico que lhe atendeu desejava fazer raios-X do joelho, mas isso só seria possível com acesso à AMER. Assim, ele saiu da consulta somente com analgésicos para a dor.

A reticência de Aidara causou pesar nos voluntários: “Ele tem direito, por que não começar a papelada?”. No entanto, seu desejo era que sua estada na França fosse curta, mesmo que isso não fosse possível. Alguns dias mais tarde, ele retornou ao centro e procurou a pesquisadora para conversar. À beira das lágrimas, mostrou fotos e uma carta. As fotos eram de sua esposa e seu filho. Havia uma foto que ele fazia particularmente questão de mostrar: na imagem, sua esposa, com a criança, estava ao lado de um porta-retrato com a foto de Aidara. Uma imagem dentro de outra imagem supria sua ausência física, e ele a trazia sempre consigo, como presença de sua esposa e seu filho junto dele. A carta era muito curta e de caligrafia simples. Ela lembrava as histórias contadas por Aidara sobre seu chefe e dois colegas que estavam mortos, e sua mulher insistia: “Nem pense em voltar”.

Aidara vivia essa ruptura e incerteza da volta com profunda tristeza. A situação de clandestinidade que lhe impedia de obter um trabalho regular era uma violência, que se somava àquela que vivera em seu país. Aidara nunca mais retornou ao centro e nunca mais houve notícias suas. Os voluntários resignavam-se diante da situação: “Afinal, não se pode lhe dar muita esperança mesmo”.

Justine, proveniente de Mali, tinha 29 anos quando procurou o centro em busca de tratamento para uma infecção respiratória. Sua história é um exemplo típico da trajetória daqueles que partem de seu país para buscar trabalho na França. Justine estava na França havia seis anos e viera para ficar junto ao marido. Seus filhos de três e oito anos ficaram em Mali com os avós. Ela vivia com seu marido em um pequeno quarto nos subúrbios de Paris, e trabalhavam clandestinamente: ela como cozinheira e ele fazendo biscates. Apesar de pouco ganhar, eles enviavam dinheiro à família em Mali. Eles desistiram de fazer o pedido de visto de permanência na França, pois, ao se informarem junto às associações africanas, deram-se conta da complexa burocracia e da dificuldade para obter os documentos necessários.

A vida do casal era conflituosa. Alguns meses após sua estada na França, o marido de Justine retornou a Málí e partiu com os filhos, sem comunicar seu paradeiro. Desde então, ela buscava notícias de seus filhos, sem obter sucesso. Justine não pensava em voltar a seu país, pois, apesar das dificuldades, seu trabalho lhe permitia sobreviver e enviar dinheiro a seus pais: “Com isso, eles podem comprar um pouco de arroz. Eles são muito pobres. Se aqui é ruim, lá é muito pior”.

Os voluntários lhe propuseram começar os procedimentos para pedir seu visto de estada, mesmo sabendo que era praticamente impossível ele ser concedido: “É melhor um pedido recusado do que jamais ter pedido”, segundo uma voluntária. Mas Justine não estava suficientemente convencida, o que surpreendia muito os voluntários: “A situação familiar a preocupa mais que seu visto!”.

Para o médico, ela referiu estar “desorientada”, metáfora que bem traduzia a falta de suas referências familiares e a distância de seu país. O médico encaminhou-a ao psiquiatra. Ela seguiu as consultas durante três meses, assegurando que “havam lhe feito muito bem”. Após seu tratamento psiquiátrico, ela não retornou ao centro.

Esses dois breves casos demonstram a situação de imigrantes na França que, mesmo diante da dificuldade de obter um visto de estada, vieram para ficar. Dificilmente eles terão emprego estável, ou alojamentos salubres, ou desfrutarão da assistência médica e social francesa. No centro MDM, eles eram recebidos, mas o atendimento era pontual, tendo em vista as dificuldades administrativas de engajá-los no sistema de direitos francês. Isso causava frustração nos voluntários, como confirma a fala de um deles:

Antes, a grande maioria eram franceses, moradores de rua, muitos alcoólatras. Eu ajudei dois a conseguir a aposentadoria. Eu tenho a impressão de que houve uma época em que realmente podíamos fazer algo, ajudar de muitas formas. Eram franceses e, portanto, tinham direitos, enquanto, agora, são sobretudo imigrantes clandestinos... Como é que você pode ajudar um deles a obter a aposentadoria? É impossível, ou seja, há situações em que não se pode fazer nada, atualmente.

Esse relato ilustra como a aceitação ou não dos usuários repousa sobre a visão do trabalho voluntário exercido a título humanitário. De

fato, como já observado, o trabalho humanitário assume uma forma particular para esses voluntários: a disposição é favorável, segundo a possibilidade de benevolência. A relação com os imigrantes, portanto, é sempre associada ao sentimento de impotência, devido ao fato de que as respostas legislativas à situação presente são insuficientes. Isso origina frustração, que repercute em dificuldade na interação com os imigrantes, enquanto as relações com os franceses são mais confortáveis: “O contato é mais fácil”. Uma voluntária observa: “Eu estou de acordo que não se pode abandonar essas pessoas. É preciso lhes tratar e tentar ajudá-las. Mas será que é possível ajudá-las verdadeiramente? Você pode lhes achar um alojamento por dois dias, mas e depois?”.

Se esses voluntários se apoiam no que preconiza a MDM, no dever de acolher todo e qualquer usuário, há igualmente a ideia de que a imigração massiva pode onerar o Estado francês, lembrando as representações originárias na década de 1970. Por outro lado, mesmo se os voluntários possuem ciência das leis e dos direitos, não é admissível colocar em dúvida sua jurisdição. Assim, há constante construção de relações com o Outro, em que se negocia a aceitação, segundo as percepções e experiências que se modificam no tempo, de acordo com a perspectiva dos direitos a que esses indivíduos têm acesso.

Assim, os exilados políticos são, para os imigrantes, os representantes de uma imigração legítima. A orientação para esses usuários é prioritária:

Eu sempre fiquei impressionado em ver como pessoas que são verdadeiramente exilados políticos não pedem e nem lhes passa pela cabeça fazer o pedido [do visto]. E é nosso dever orientá-las quando as recebemos. Mas, muitas vezes, elas nunca fazem o pedido.

Esse estranhamento traduz-se também diante das atitudes de passividade ou de extrema reivindicação dos imigrantes. Segundo as recomendações do centro, é necessário que os usuários adquiram consciência de seus direitos: “É preciso ajudá-los a reagir”, afirma a coordenadora do centro, mostrando que, diante da atitude de passividade, deve-se intervir:

Há pessoas que buscam várias coisas de que realmente necessitam. No entanto, há outras que não têm nenhuma demanda, a não ser

o tratamento. E isso é um verdadeiro problema para quem recebe essas pessoas: avaliar se é possível ou não propor alguma coisa, pois, quando se faz o dossiê, se descobrem coisas que podemos lhes propor.

Por outro lado, uma atitude por demais reivindicativa gera animosidade:

Faz alguns anos que temos tido um grande fluxo de imigrantes vindos sobretudo da Argélia. São pessoas que foram colonizadas por nós e que pensam que lhes devemos tudo. Eles são muito agressivos e agem conosco mais ou menos como se estivessem negociando, pois é normal em seu país agir assim. Tudo se discute, tudo tem um preço. Mas, para nós, não é a nossa maneira de agir, não faz parte da cultura francesa. Então, eles nos suplicam, tentam nos fazer retroceder das decisões. Eu acredito que é preciso ter muita segurança e lhes dizer: 'Não, você não pode agir assim'.

Ou como explica outra voluntária: "Os mais difíceis são aqueles dos países do Leste Europeu. Como eles vêm de um país comunista, eles exigem mais".

De fato, o imigrante é objeto de um discurso em permanente construção pelos voluntários, que gera diferentes espectros de alteridade. Assim, a referência à nacionalidade (africanos, países do Leste), aos regimes políticos (colonização, comunistas) ou ao estatuto (residente, turista) pode ser evocada nessa relação com diferentes vieses de aceitação. Dentro dessa perspectiva, uma categoria é amplamente rejeitada: o turista.

O turista: fora de lugar, fora do tempo

A designação 'turista' logo despertou curiosidade na pesquisadora, e, ao questionar um voluntário sobre isso, ele deu a seguinte resposta: "Os turistas sempre existiram, não foi a MDM que os inventou". De fato, é certo que a nomeação 'turista' adotada pela MDM corresponde a uma nomeação jurídica para o estrangeiro que reside há menos de três

meses no país. Entretanto, ao adotar essa nomenclatura, ela assume as representações negativas que porventura porta e que trazem determinadas implicações na assistência humanitária da MDM.

Segundo o dicionário francês, *Petit Robert*, o turista é a “pessoa que se desloca, que viaja para seu prazer”. Lanquar (1985:06), ao desenvolver uma sociologia do turismo, apresenta a ideia de turismo como tempo individual, busca da felicidade condizente com os valores de uma classe social específica: “O turismo porta a marca da burguesia, pois surgiu em uma época onde ela expandia o seu poder no mundo inteiro com a sua idéia de felicidade”. Portanto, são representações que relacionam o turismo às classes sociais mais privilegiadas, que assumem uma categoria acusatória no centro MDM, mostrando como as palavras não são unicamente uma designação, mas portam, igualmente, pensamentos, atitudes e ações⁸.

Segundo essa perspectiva, observa-se que as representações sociais negativas relativas ao ‘turista’ tornam-no não legítimo de receber tratamento humanitário. O relato de um voluntário exemplifica esse aspecto:

Esteve uma família no centro para se tratar, que foi trazida de carro direto do aeroporto. Vieram em dois carros magníficos e um senhor que dizia: ‘Eu não quero pagar uma consulta no hospital’. Um outro me disse: ‘Eu estou com pressa porque não quero perder o avião’. Eu lhe respondi: ‘Olha, talvez você possa pagar uma consulta’. Veio também um americano, que estava hospedado em um hotel e veio ao centro para se tratar gratuitamente. Nós lhe dissemos: ‘Não, o senhor é turista, o senhor está viajando’.

Segundo Pitt-Rivers (1967), em seu ensaio clássico sobre as leis da hospitalidade, toda a sociedade estabelece classificações segundo sua própria escala de valores, no que diz respeito ao estrangeiro. O estrangeiro tem como característica essencial o fato de ser desconhecido e, dessa

⁸ A perspectiva aqui não é desenvolver um estudo embasado na sociologia do turismo ou sobre o turista, mas sim apreender como as representações negativas em relação ao tema são assumidas pelos voluntários e repercutem em sua relação com os imigrantes.

forma, é alguém que não inspira confiança, e a ideia de aceitabilidade em relação a ele é ligada à possibilidade de ele poder ou não ser incorporado à comunidade.

Representativo desse aspecto é o critério de desejo de permanência no país para a obtenção da AMER, que traça uma fronteira precisa entre os estrangeiros que merecem obter ajuda, ou seja, aqueles que desejam se integrar, dispostos a assimilar os valores e a cultura da sociedade francesa, e os estrangeiros de passagem, que vão à França para usufruir a Assistência Social francesa e onerá-la.

Assim, se o estrangeiro tem o estatuto de turista, mas declara que vai permanecer na França, ele terá direito à AMER, e será recebido para tratamento: “Se eles dizem que vão ficar, é por que querem se integrar”. Os usuários acabavam aprendendo esse discurso: “Se eu disser que quero ficar, serei atendida, não é?” (usuária de Mali).

Nesse sentido, a criação da AMER é objeto de inúmeros questionamentos. Sua implantação repercute na relação entre usuários e voluntários, uma vez que, se é certo que uma quantidade considerável de estrangeiros desconhece a lei, há outros que vêm para a França somente em função dela, o que causa julgamentos por parte dos voluntários:

A AMER mudou tudo. Hoje as pessoas vêm à França só por causa da AMER, porque elas sabem que têm direitos se disserem que desejam ficar aqui. As pessoas aprendem o discurso. Quando qualquer coisa lhes é negada, elas mudam imediatamente o discurso. Isso vai trazer um problema político em longo prazo (Voluntário).

Por outro lado, há um número considerável de imigrantes que esperam adquirir o visto de estada após ter obtido a AMER: “Porque está marcado Auxílio Médico do Estado. Do ESTADO, você entende? Isso faz um efeito na cabeça das pessoas” (Voluntário).

Da mesma forma, sempre se suspeitou de que os imigrantes pudessem esconder sua condição de turista, para ser atendidos, como mostra o caso de um egípcio que afirmava estar na França havia mais de três anos, mas não falava francês, razão pela qual o atendimento lhe foi recusado: “Ele está na França há três anos e não fala uma palavra de

francês? Não, ele acabou de chegar!”⁹. Mas o discurso sobre a inclusão social coloca-se em termos de conhecimento da língua, do ser e parecer ser, na verdade, coloca-se em termos de relações e posições sociais. Shnapper (2007) observa como o discurso sobre a inclusão social provoca efeito perverso nos imigrantes, à medida que os coloca no nível da segregação, ou seja, os reifica em sua condição de estrangeiro.

Outro exemplo é o de uma mulher de Málí que, recém-chegada na França, veio ao centro queixando-se de dor nas costas. Ela insistia que viera para ficar: “Eu vim cuidar da minha mãe que é muito doente”. No entanto, os voluntários suspeitaram: “Eu não sei, os filhos dela estão em Málí, ela vai voltar”. Mas, contrariamente ao caso anterior, ela foi atendida, pois afirmou que tinha “dor no peito”, ou seja, a queixa é legítima. Segundo os voluntários: “Isso pode ser grave, assim, é o médico que vai julgar”.

Dessa forma, o julgamento de quem seria atendido ou não passava, em última instância, pela deontologia médica: “De um lado não, somos nós, da recepção, que vamos dizer quem é doente ou não. Evidentemente há aqueles que ficam doentes assim que chegam, como prever?” Assim, mesmo sendo turista, se apresentasse uma ‘queixa legítima’, ele era atendido¹⁰.

No entanto, se, para os voluntários, estar de ‘passagem’ fazia com que não fosse legítima a busca por organizações humanitárias, para os africanos, a lógica era outra: diante das dificuldades de recursos médicos na África, podiam perfeitamente aproveitar o período em que vinham visitar a família na França para se tratar. Maud, por exemplo, era uma mulher idosa da Costa do Marfim, que veio à França visitar os filhos. A possibilidade de se tratar de sua hipertensão arterial pesou em sua

⁹ Entretanto, o desconhecimento da língua não pode ser tomado como revelador de um estado de turista. Havia vários usuários que viviam na França havia vários anos, mas conviviam somente com pessoas de sua nacionalidade, assim, não falavam francês. Fassin & Morice (2001; 2004) chamam igualmente a atenção para o fato de que os imigrantes, conscientes de que o aprendizado da língua não mudará sua situação de irregularidade, não se empenham em aprendê-la.

¹⁰ O sintoma da dor como possibilidade de acesso à assistência é emblemático nesse contexto. Esse aspecto foi amplamente desenvolvido em Ferreira (2004).

decisão de partir. Os medicamentos que o médico lhe deu a abasteceriam por algum tempo, segundo ela.

Enfim, as relações estabelecidas entre os voluntários e os turistas eram destinadas a ser breves. O atendimento devia ser pontual. Na verdade, o turista, como ‘alguém de passagem’, encontra-se em um estado liminar, no sentido do estudo clássico de Van Gennep (1909), para quem o estado de ambiguidade é associado ao perigo. Fainzang (1988) já havia observado que na La Ville-du-Bois a designação ‘viajantes’, atribuída aos ciganos, comportava uma noção de perigo, à medida que traduzia a ideia de invasores ou de uma vida nômade, suscetível de aportar insegurança aos habitantes da cidade. Essas representações, nas quais estrangeiros e viagens são imbricados com insegurança e perigo, persistem, mesmo que ‘estrangeiros não viajem’.

Enfim, a associação de turistas, com as viagens, férias, lazer, perigo, sejam eles merecedores ou não de ajuda, torna ilegítimo o tratamento gratuito em um centro humanitário. No entanto, em vista de o que está descrito acima, deve-se ter precaução, ao estabelecer uma interpretação de discriminação banal relativa ao turista no centro. De fato, os voluntários são representantes da sociedade francesa e, dessa maneira, partilham as mesmas representações sobre os imigrantes africanos. Entretanto, essas relações obedecem à lógica de engajamento do trabalho voluntário, na possibilidade de ajudá-los e de estabelecer uma relação de proximidade com os usuários. Assim, é possível compreender que o turista, sendo ‘pessoa de passagem’, era rejeitado, pois se trata de uma pessoa com quem não se pode estabelecer vínculos.

Considerações finais

A impossibilidade de se conseguir emprego estável e alojamento adequado na França conduz os imigrantes africanos a enfrentar dificuldades materiais e simbólicas, tornando-os indivíduos suscetíveis a apresentar doenças e problemas psicológicos (Fassin 2004). As dificuldades de acesso à assistência à saúde fá-los procurar as organizações humanitárias, como a MDM. Essas organizações os recebem, mas lhes oferecem hospitalidade limitada, e eles as utilizam de forma pontual. Apesar dos princípios humanitários estabelecidos por essas organizações, não se

pode esquecer que elas operam com indivíduos portadores das representações da sociedade de acolhimento, isto é, mesmo que a ONG tenha como lema o reconhecimento e o respeito à diferença, suas práticas são atravessadas pelas representações coletivas de julgamentos de valor direcionados aos imigrantes¹¹.

Ser merecedor de ajuda, para os voluntários do centro, repousa sob o princípio da inclusão social, que é concretizada pelo tempo de permanência na França. Assim, os voluntários defendem que há os imigrantes que estão lá há vinte anos e que precisam de assistência humanitária, contrariamente aos turistas, que estão de passagem.

Como lembra Sayad (1999), as condições que originaram a imigração deram nascimento a diferentes classes de imigrantes, estabelecendo diferentes interações com a sociedade que os recebe. Segundo o autor, o imigrante, em razão dessas distinções étnicas, políticas, jurídicas e culturais, é visto como suspeito, e a imigração massiva é sinal de perigo. De fato, essa representação de perigo, associada à imigração massiva, é bem ilustrada na fala de um voluntário: “Eu acho que, em alguns anos, vai acontecer uma terrível afluência de imigrantes. Eu acredito que isso é dramático. Eu não sei como o governo deve agir para estancar essa hemorragia”. A metáfora da hemorragia aporta tanto o sentido explícito de ameaça de vida como a noção de perigo relacionada à impureza das emissões corporais, tão bem desenvolvida por Douglas (1981). Da mesma forma, uma analogia entre impureza e corpo estrangeiro permite observar que o estrangeiro, como Outro, representa uma ameaça relativa à concepção de unidade nacional.

No momento da abertura do centro, a maioria dos usuários era francesa, composta por moradores de rua, e sua precariedade socioeconômica provocava reações de alteridade nos voluntários. Com o incremento da imigração proveniente dos países africanos, o estranhamento passou a ser igualmente relativo à cultura, isto é, uma alteridade relacionada ao ‘exótico’. Todavia, os voluntários franceses tentavam afastar esse estranhamento, por meio de uma prática de respeito à cultura, procurando estabelecer uma relação próxima com os imigrantes, de acordo

¹¹ Wievorka (2005) trata essas questões sob o ângulo do racismo, mostrando que muitas vezes as instituições criadas para se opor ao racismo não são imunes a esses sentimentos.

com as metas da assistência humanitária de romper com o ideal republicano universalista francês.

Por outro lado, uma expressão corrente dos voluntários: “não se pode lhes dar muita esperança”, resume seus sentimentos em relação aos imigrantes. Os voluntários não acreditavam muito na possibilidade de inclusão social dos imigrantes em situação de clandestinidade, mas, apesar de todos os obstáculos, eles os aceitavam e procuravam dar formas de legitimidade a um trabalho que, muitas vezes, não aporta ajuda concreta aos usuários. Entretanto, era realizada a separação entre os estrangeiros ‘integráveis’ e os ‘não-integráveis’. Os primeiros são representados pelos imigrantes que desejam permanecer no país e que são percebidos como dispostos a assimilar os valores da cultura francesa. Os segundos são aqueles denominados ‘turistas’, considerados como os que vêm tirar proveito do sistema social local. Assim, o turista, como todo agente de alteridade, ameaça a ordem social. Essa demarcação traça uma fronteira nítida entre os estrangeiros merecedores de ajuda e os não merecedores.

Por meio da elaboração da etnografia da interação entre usuários e voluntários, o objetivo deste estudo foi mostrar como essas relações são elaboradas a partir de elementos que ultrapassam aspectos subjetivos e se inscrevem em uma dimensão mais geral do contexto social e da história da sociedade francesa. A análise dessas interações permitiu compreender como se reproduz no microsocial um sistema de classificações, no qual se pode estabelecer uma lógica de acolhimento, aceitação e rejeição. Observa-se, de fato, que classificar não significa simplesmente ordenar, mas também excluir, traçando fronteiras.

Apesar de avanços, como a lei AMER, que beneficia imigrantes em situação de clandestinidade, o conhecimento dos serviços de saúde na França e a reivindicação de acesso a eles continuam problemáticos. Por outro lado, há esperança de que a obtenção da AMER torne mais fácil a obtenção de um visto de estada, o que encoraja a vinda de novos imigrantes e mostra como essa lei pode contribuir para a perpetuação dessa irregularidade administrativa. Além disso, o fato de essa lei se aplicar somente aos estrangeiros que desejam permanecer na França exclui uma parte do contingente de estrangeiros que vêm à França exclusivamente para se tratar. Enfim, trata-se de medidas paliativas e que não aportam mudança real na situação dessa população.

A ONG MDM assume a função do Estado, quando o tratamento não é assegurado pelo sistema de saúde estatal. O centro em Paris, concebido para ser provisório, existe até hoje e é importante se perguntar sobre seu papel real. Ele auxilia na inclusão desses indivíduos ou é somente uma ajuda pontual de acolhimento e cuidados médicos? Qual é o impacto que ele tem sobre os usuários e voluntários? Concluindo-se, é importante reconhecer que a dificuldade que o centro encontra na realização de um trabalho de inclusão dos usuários relativiza o papel proposto pela MDM, todavia, não se nega a importância dessas intervenções. Suprimir esses serviços implicaria privar um número importante de indivíduos do acolhimento e de cuidados em saúde. As várias situações observadas mostram igualmente que as aflições dos usuários não se restringem ao físico, mas revelam um sofrimento também moral e que se perpetua no tempo. Explicitando suas dificuldades, esses indivíduos mostram as experiências relativas a um cotidiano de insegurança, medo, precariedade. Assim, o papel dos voluntários consiste mais em reparar do que em tratar, ou seja, o verdadeiro trabalho realizado pelo centro é um trabalho não mensurável, invisível, cotidiano: um trabalho de reparação física e moral.

Bibliografia

- DAUVIN, Pascal & SIMEÁNT, J. 2002. *Le travail humanitaire: les acteurs des ONG, du siège au terrain*. Paris: Presses de Science Politique.
- DOUGLAS, Mary. 1981. *De la souillure*. Paris: Maspero.
- FAINZANG, Sylvie. 1988. Espace et altérité: Les relations interculturelles dans une commune péri-urbaine de la région parisienne. *Anthropologie et Sociétés*, 12(1):103-13.
- FASSIN, Didier. 1996. Clandestin ou exclus? Quand le mot font les politiques. *Politix*, 34:77-86.
- _____. 2004. Social Illegitimacy as a Foundation of Health Inequacy: How the Political Treatment of Immigrants Illuminates a French Paradox. In CASTRO, Arachu & MERRIL, Singer (eds.): *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*, pp. 203-14. Boulder, CO: AltaMira.

- _____. 2005. Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France. *Cultural Anthropology*, 20(3):362-87.
- _____ & MORICE, Alan. 2001. Les épreuves de l'irrégularité: Les sans-papiers; entre déni d'existence et reconquête d'un statut. In SCHNAPPER, Dominique (org.): *Exclusions au cœur de la cité*, pp. 261-309. Paris: Économica.
- FERREIRA, Jaqueline. 2004. *Soigner les Mal Soignés: Ethnologie d'un centre de soins gratuits*. Paris: L'Harmattan.
- _____. 2010. Tratar, cuidar: valores e práticas terapêuticas na assistência humanitária ao sans domicile fixe. *Antropolítica*, 2(1):79-97.
- LANQUAR, Robert. 1985. *Sociologie du tourisme et des voyages*. Paris: PUF.
- OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. 1995. *La Politique du Terrain*. Marseille: Enquête.
- PENNEF, Jean. 2000. *Les Malades des Urgences*. Paris: Métaillé.
- PITT-RIVERS, Julien. 1967. La loi de l'hospitalité. *Les Temps Modernes*, 253: 2153-78.
- QUIMINAL, Catherine. 1983. De l'indigène à l'immigré: figures de la politique étatique de l'immigration. In BUCI-GLUECKSMAN, Christine (ed.): *La Gauche, le pouvoir, le socialisme*, pp. 167-71. Paris: PUF.
- RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA MISSION FRANCE, 2000. Paris.
- SAYAD, Abdelmalek. 1999. *La double absence: des illusions de l'immigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil.
- SCHNAPPER, Dominique. 2007. *Qu'est-ce que l'intégration*. Paris: Galimard.
- SPIRE, Alexis. 1999. De l'étranger à l'immigré. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 129:50-4.
- VAN GENNEP, Arnold. 1909. *Les Rites de Passage*. Paris: Librairie critique Emile Nourry.
- WIEVORKA, Michel. 2005. Le racisme institutionnel dans la politique du logement social. *Sciences de la Société*, 65:87-102.

Recebido em outubro de 2010

Aprovado para publicação em abril de 2011

