



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM**

ANDRESA MARTINS DE ANDRADE MEDEIROS

**LINGUAGEM E PODER NO ACESSO À SAÚDE: A
MEDIÇÃO DISCURSIVA NO CONTEXTO MIGRATÓRIO
NA CIDADE DE SÃO PAULO**

**CAMPINAS,
2020**

ANDRESA MARTINS DE ANDRADE MEDEIROS

**LINGUAGEM E PODER NO ACESSO À SAÚDE: A MEDIAÇÃO
DISCURSIVA NO CONTEXTO MIGRATÓRIO NA CIDADE DE
SÃO PAULO**

**Dissertação de mestrado apresentada ao
Instituto de Estudos da Linguagem da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Mestra em
Linguística Aplicada na área de
Linguagem e Sociedade.**

Orientador(a): Profa. Dra. Daniela Palma

**Este exemplar corresponde à versão final
da Dissertação defendida pela aluna
Andresa Martins de Andrade Medeiros
e orientada pela Profa. Dra. Daniela Palma**

**CAMPINAS,
2020**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Estudos da Linguagem
Leandro dos Santos Nascimento - CRB 8/8343

M467L Medeiros, Andresa Martins de Andrade, 1990-
Linguagem e poder no acesso à saúde : a mediação discursiva no contexto migratório na cidade de São Paulo / Andresa Martins de Andrade Medeiros. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Daniela Palma.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.

1. Comunicação em saúde. 2. Migração internacional. 3. Linguagem. 4. Poder social. I. Palma, Daniela. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Language and power in access to healthcare : discursive mediation in the migratory context in the city of São Paulo

Palavras-chave em inglês:

Health communication

International migration

Language

Social power

Área de concentração: Linguagem e Sociedade

Titulação: Mestra em Linguística Aplicada

Banca examinadora:

Daniela Palma [Orientador]

Maria Viviane do Amaral Veras

Daniel do Nascimento e Silva

Data de defesa: 21-10-2020

Programa de Pós-Graduação: Linguística Aplicada

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-0822-0625>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1757847237065000>



BANCA EXAMINADORA:

Daniela Palma

Maria Viviane do Amaral Veras

Daniel do Nascimento e Silva

**IEL/UNICAMP
2020**

Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós Graduação do IEL.

“On dit que la vie et la mort sont au pouvoir de la langue.”

Hélène Cixous, Dedans.

AGRADECIMENTOS

À minha irmã e melhor amiga, Vanessa Medeiros, pelo incessante apoio e acolhimento.

Ao meu companheiro, Alex Hochuli, pelo companheirismo e bem-querer.

À minha família, tias Terezinha, Dora (*in memoriam*) e Simone, e Léo Paiva, pelo amor e cuidado. Às minhas mães, Maria Conceição (*in memoriam*) e Monica, pela vida e guarida.

Às amigas que sempre acreditaram em mim, dentre as quais Bruna Iódice, Michelle Cafeu, Aminye Rubbo, Marília Ramos, Camila Morgado, Laiz Colosovski, Laís Sartori e Eloá Schuler, pela sólida amizade.

Aos entrevistados da pesquisa aqui descrita, por generosamente confiarem a mim suas histórias.

À minha orientadora, Daniela Palma, pela confiança deputada em meu trabalho de pesquisa, e pelo estímulo intelectual nesta empreitada.

À Biblioteca Mário de Andrade e seus frequentadores, companheiros anônimos de palavras e silêncios.

Aos trabalhadores de padarias e botequins do centro da cidade de São Paulo, pelo pão na chapa e pela média de muitas manhãs.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

RESUMO

Os fluxos de migração transnacional para a cidade de São Paulo ocorridos no século XXI são frequentemente pontuados por situações de língua discordante em um cenário de desamparo social, relações desiguais de poder e propensão à violação de direitos humanos (IPEA, 2015). A literatura reconhece que o domínio da língua oficial do país contribui para o acesso de migrantes ao direito da saúde (PENN; WATERMEYER, 2018), e o papel crucial da comunicação efetiva em vista das vulnerabilidades específicas às condições de paciente (TURNER, 2002; COCKERHAM, 2016) e de migrante (RAMOS, 2009; PILLER; TAKAHASHI, 2011; MACHADO; BARROS; BORGES, 2019). Articulando as assimetrias de poder social à escassez de recursos linguísticos institucionalizados (CODÓ, 2018), o trabalho objetivou investigar, sob a perspectiva do migrante, como a ausência de domínio em português afeta a experiência de acesso à saúde pública; as dinâmicas de poder atuantes neste processo; e os recursos comunicativos acionados. Seguindo uma metodologia qualitativo-interpretativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com imigrantes econômicos, solicitantes de refúgio e refugiados que habitassem a cidade de São Paulo e houvessem recorrido a instituições públicas de saúde. À luz da teoria de capitais (BOURDIEU, 1980; 1983; 1986; 1994; 2007), a análise considerou as percepções sociais quanto à legitimação da expertise médica (SCAMBLER, 2012) e à abnegação dos profissionais da saúde (PESCOSOLIDO, 2013), as quais suscitam a confiança do paciente (MÖLLERING, 2001; SZTOMPKA, 2003); e quanto aos recursos de linguagem e sociabilidade dos quais dispunham os migrantes à época de seu atendimento (NAWYN et al., 2012). O conceito de alteridade foi tópico de reflexão sob os prismas filosóficos da intersubjetividade e da hospitalidade com embasamento na responsabilidade infinita (LÉVINAS, 1980; 1982; 1993; 2006), na hospitalidade incondicional (DERRIDA, 1995; 1996; 2000a; 2000b) e na (in)disponibilidade e presença (MARCEL, 1949; 1951). Ademais, mobilizamos as noções de humanização, respeito e equidade na busca da não objetificação (SCHWARTZ, 2019), da capacidade de reivindicação de direitos e reclamação frente a injustiças (DARWALL, 2006; MILLER, 2011) e no planejamento de políticas públicas que atendam às demandas linguísticas dos migrantes (COURY; ROVERY, 2017; OLIVEIRA; SILVA, 2017; ANUNCIACÃO, 2018; CAMARGO, 2018) em relação ao uso de serviços de saúde pública. Constatações indicam que, para além do fulcral papel instrumental desempenhado em cenários médicos, a competência na língua portuguesa impacta aspectos socioafetivos relativos à confiança, à segurança e à sensação de injustiça.

PALAVRAS-CHAVE: Migração. Linguagem. Língua. Poder social. Saúde Pública.

ABSTRACT

Twenty-first-century transnational migration flows into the city of São Paulo have been punctuated often by language-discordant situations against a backdrop of social vulnerability, unequal power relations and a propensity to human rights violations (IPEA, 2015). It is well-established that proficiency in the official language helps to enable access to healthcare (PENN; WATERMEYER, 2018), and that effective communication is particularly important in view of patient-specific (TURNER, 2002; COCKERHAM, 2016) and migrant-specific (RAMOS, 2009; PILLER; TAKAHASHI, 2011; MACHADO; BARROS; BORGES, 2019) vulnerabilities. Linking social power asymmetries and the lack of institutionalized linguistic resources (CODÓ, 2018), this study aimed to investigate, from migrants' perspectives, how the lack of proficiency in Portuguese affects access to public healthcare; the power dynamics involved in the process; and the communicative resources recruited by migrants. Following a qualitative-interpretative methodology, semi-structured interviews were conducted with economic immigrants, asylum seekers and refugees who live in the city of São Paulo and have used public health services. In the light of the theory of capital (BOURDIEU, 1980; 1983; 1986; 1994; 2007), the analysis considered social perceptions regarding the legitimation of medical expertise (SCAMBLER, 2012), and the selflessness of health professionals (PESCOSOLIDO, 2013), which bring about patient trust (MÖLLERING, 2001; SZTOMPKA, 2003); and the language and sociability resources that migrants had at the time of their care (NAWYN et al., 2012). Consideration was given to the concept of alterity under the philosophical lenses of intersubjectivity and hospitality, specifically, infinite responsibility (LÉVINAS, 1980; 1982; 1993; 2006), unconditional hospitality (DERRIDA, 1995; 1996; 2000a; 2000b), and (un)availability and presence (MARCEL, 1949; 1951). Furthermore, notions of humanization, respect and equity were related to the pursuit of non-objectification (SCHWARTZ, 2019), the ability to claim rights and advocate against injustices (DARWALL, 2006; MILLER, 2011), and public policies that meet the linguistic demands of migrants (COURY; ROVERY, 2017; OLIVEIRA; SILVA, 2017; ANUNCIAÇÃO, 2018; CAMARGO, 2018) with regards to public healthcare services. Research findings indicate that, in addition to the crucial instrumental role played in medical setting, competence in the Portuguese language impacts socio-affective aspects related to trust, security and the feeling of injustice.

KEW WORDS: Migration. Language. Social Power. Public Healthcare.

LISTA DE SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CAMI	Centro de Apoio e Pastoral do Imigrante
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDHIC	Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante
CESCOM	Coordenadoria Especial de Comunicação
CITD	Coordenação de Políticas para Imigrantes e Promoção do Trabalho Decente
CMS-SP	Conselho Municipal de Saúde de São Paulo
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
CPMig	Coordenação de Políticas para Migrantes
CRAI-SP	Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MBA	Master of Business Administration
ONU	Organização das Nações Unidas
PLA	Português como Língua Adicional
PMPI	Política Municipal para a População Imigrante
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RDC	República Democrática do Congo
RMP	Relação médico-paciente
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMDHC	Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania
SMS-SP	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	14
1.2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	18
1.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	19
1.3.1 Instrumento para coleta de dados	20
1.3.2 Sujeitos	22
1.3.3 Procedimento de análise	24
1.4. ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA	25
2 PODER EM SAÚDE E MIGRAÇÃO	27
2.1 DO CAPITAL CULTURAL E SIMBÓLICO NA REPRESENTAÇÃO DA FIGURA MÉDICA	29
2.1.1 “Saber que você não sabe é o começo do conhecimento”: autoridade e a legitimação do saber científico	29
2.1.2 “I trust them, so I sign”: altruísmo e confiança na produção do consentimento	37
2.2 DO CAPITAL SOCIAL E LINGUÍSTICO NA COMUNICABILIDADE DO PACIENTE MIGRANTE	43
2.2.1 “Eu sou poliglota, mas é difícil aqui no Brasil”: acessando direitos enquanto não falante de português	43
2.2.2 “He took me by hand like a baby”: sociabilidade e acesso à informação	53
3 INTERSUBJETIVIDADE E HOSPITALIDADE	59
3.1 “I’M HERE SO YOU MUST TAKE CARE”: A RESPONSABILIDADE INFINITA PELO OUTREM DE LÉVINAS	60
3.2 “I CONSIDER HERE MY HOME”: O HOSPE INCONDICIONAL E ABSOLUTO DE DERRIDA	63
3.3 “ELES TENTA DUM JEITO PRA ME FAZER ENTENDER”: DISPONIBILIDADE, ABERTURA E RECIPROCIDADE EM GABRIEL MARCEL	68
4 HUMANIZAÇÃO, RESPEITO E EQUIDADE	75
4.1 “NOBODY RUSHED ME”: NOÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	75
4.2 “VOCÊ NÃO TEM RESPEITO PELAS PESSOAS”: RECONHECIMENTO E REIVINDICAÇÃO DE DIREITOS	81
4.3 “BUT THERE IS NO ONE”: INCLUSÃO E CAMINHOS PARA UMA POLÍTICA LINGUÍSTICA	87
5. CONCLUSÃO	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

APÊNDICES	114
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
ANEXOS	117
Anexo I – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	117

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Language is power.

Foi em outra língua que preambulei, anos atrás, a experiência do deslinguar. O projeto que a partir daqui se desenrola é fruto de indagações, asserções e hipóteses então entabuladas.

Em 2015, fui 外国人, estrangeira, *wài guó rén*. Ou 老外, gringa, *lǎo wài*. Chamei de lar o Reino do Meio que chamamos de China. Não me hospedei, porém, em mandarim. Sons incompreensíveis, rostos desconhecidos, sentidos impenetráveis. Transposta, cheguei ao termo de uma viagem (sou emigrante) e ao encetar de outra (sou imigrante), encontrando o desafio de viver às bordas de uma língua desconhecida que Outros consideram mãe.

Foi assim que encontrei o intransponível num hospital de Pequim. E arrimo num amigo intérprete. Necessitando auxílio e desprovida de assistência linguística institucional em momento fulcral, constatei a vitalidade da língua no exercício do poder e no acesso a direitos fundamentais como o da saúde. Beletrista por formação e tradutora por ofício, há muito nutria entusiasmo pelas questões da comunicação, da migração e dos direitos humanos, mas o episódio deu ansa à minha dedicação acadêmica, profissional e pessoal ao tema.

Ao fim do ano, o prepóster. Retornei ao Brasil que mais conheço, o paulistano, para encontrar os que aqui me são Outros. Filiei-me a organizações não governamentais e sem fins lucrativos que ofereciam programas de integração a migrantes internacionais em situação de vulnerabilidade na cidade. Lecionei, traduzi, interpretei, conheci. Ouvi, e ouvindo escutei os aprazimentos e contentamentos que compunham as vidas forâneas com as quais gradualmente me familiarizava. As adversidades cotidianas e os percalços pontuais, mas não por isso menos árdus.

Neste comenos, reiteradamente constatei a existência de relatos sobre visitas ao médico, encontros clínicos de comunicação desencontrada. A partir daí, por conta e informalmente, principiei a perscrutar o papel da comunicação no acesso de imigrantes e refugiados não falantes de português na cidade de São Paulo, principal pólo de migração internacional no Brasil à época, previamente à chegada maciça de venezuelanos ao Norte do país em 2018-2019. E foi esse o intuito fomentador que orientou meu ingresso e arrolamento no programa de mestrado de Linguística Aplicada do Instituto de Estudos da Linguagem na Universidade Estadual de Campinas, do qual resulta a presente dissertação.

Uma dissertação que debuta com o entendimento de que há poder em poder se comunicar. E de que, contrariamente ao estribilho pós-moderno, absorto em noções de autoconfiança e autoafirmação, o empoderamento orienta-se ao fortalecimento político vivido por coletividades e pelos singulares indivíduos que elas compõem.

Language is empowering.

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, proponho-me, primeiramente, a justificar a produção da dissertação aqui focalizada, contextualizando sua relevância social e acadêmica. Em seguida, delimito os objetivos que nortearam sua condução e descrevo os procedimentos utilizados para a coleta e a análise de dados. Por fim, delinheiro a estrutura da dissertação, precingindo brevemente os capítulos que a compõem.

1.1 JUSTIFICATIVA

A expansão da mobilidade humana transnacional é um dos fenômenos centrais do século XXI. O desenvolvimento tecnológico, a redução de custos relativos a transporte e comunicação e o levantamento de barreiras que outrora obstruíram o movimento de capital e bens entre fronteiras tornou o trânsito entre países mais acessível a populações previamente limitadas por razões financeiras ou sociopolíticas, impulsionando a migração internacional de tipos diversos. Aliam-se a isso catástrofes climáticas, das quais são exemplos o terremoto de 2010 e o furacão Matthew em 2018, ambos no Haiti; conflitos armados, como a quase decenária guerra na Síria; crises humanitárias, tal qual a sofrida por venezuelanos, e perseguições por diversos fatores, como adesão política ou orientação sexual.

Enquanto fenômeno sócio-político, econômico e cultural, a migração contemporânea repercute em variadas esferas da vida social. Dentre os efeitos gerados, constata-se uma confluência de diversidades linguísticas na medida em que migrantes cruzam fronteiras nacionais, se deslocando para países com perfil linguístico dissonante do seu, amiúde destituídos de competência na(s) língua(s)¹ oficial(ais) do Estado de chegada. Deste modo, podemos alegar que ocorrem novas demandas à conjuntura institucional e ao corpo social do país receptor: acolher os sujeitos que compõem os fluxos migratórios e salvaguardar seus direitos humanos em um cenário de comunicação prejudicada.

Em vista da numerosidade de direitos humanos existentes, e evitando incorrer em um alheamento do plano social, optamos por focalizar a saúde e suas manifestações concretas no contexto aqui tratado. Um dos pilares do bem-estar do indivíduo, a saúde desponta como um

¹ O vocábulo “língua” será usado ao longo desta dissertação, exceto ao reproduzir citações diretas e referenciar documentos oficiais que empregam o termo “idioma”, designação de vinculações políticas e ideológicas à língua oficial de um Estado ou povo.

direito em si e um campo de tensão para a efetivação de outros, como moradia, trabalho e educação, relacionados a demasiados aspectos da vida humana (RAMOS, 2009; VENTURA, 2011), como sintetizam Poole et al. (2007, p. 227): “Uma pessoa não tem condições de exercer qualquer de seus direitos se não puder manter sua saúde”.

Figura a saúde como direito fundamental à condição humana em múltiplos dispositivos supranacionais, dentre os quais destaca-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), cuja redação do Art. 25, inciso I, diz: “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à (...) assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários” (ONU, 1998). Criada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, a DUDH estabelece uma série de direitos “a que o indivíduo faz jus em virtude sua condição humana”, sumarizam Poole et al. (2007, p. 94). Inalienáveis e inseparáveis, os direitos promulgados encontram-se radicados nas necessidades elementares do ser humano e servem como ponto de partida para o reconhecimento e a manutenção da dignidade da vida humana, sem distinção de aspectos identitários “de qualquer espécie, seja de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação” (ONU, 1998, Art. 2).

Vários dos direitos inscritos na Declaração também são formalizados na normativa suprema e fundamental do Brasil, a Constituição da República Federativa de 1988. Conforme estabelecido no Art. 196, a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), competindo a este, portanto, prover condições para sua efetivação – com o amparo de legislações federais, estaduais e municipais complementares –, uma vez que o encargo demanda a “capacidade de ofertar serviços adequados e o acesso integral a diferentes níveis de atendimento contemplando as necessidades dos cidadãos” (COHN, 2005, p. 452).

Promulgado a partir da Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil fundamentou-se em três princípios fundadores: universalidade, igualdade e integralidade (BAHIA, 2005; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013). O modelo universalista “defende o acesso aos bens públicos essenciais como um direito do cidadão” (COHN, 2005, p. 447), sem quaisquer discriminações, positiva ou negativa, como nacionalidade ou condição migratória. O princípio da universalidade da cobertura, do atendimento e do acesso ao SUS instituído pela Constituição determina o atendimento a estrangeiros em território nacional. Alinhadamente, no inciso VIII, do Art. 4, a Lei de Migração 13.445/2017 (BRASIL, 2017), em substituição ao Estatuto do Estrangeiro, prevê ao migrante “acesso a serviços públicos

de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória”.

Admitida a crucialidade da atuação política estatal nas políticas de migração, é através dos governos locais que as demandas cotidianas de integração e de acesso a serviços públicos são articuladas. Assim, pensar a migração a partir do municipal oportuniza compreender como os migrantes se relacionam com a expressão de seus direitos, realizada localmente (SAMPAIO; BARALDI, 2019; OIM, 2019).

Dentro deste contexto, o município de São Paulo se tornou pioneiro na construção de uma legislação voltada à população migrante. Foi sancionada em 2016 a Lei Municipal nº 16.478, para a implementação da primeira Política Municipal para a População Imigrante (PMPI) do Brasil. No Art. 7, estabelece entre suas ações prioritárias “garantir o acesso universal da população imigrante à saúde” (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a). O poder público reitera seu compromisso em disponibilizar assistência de saúde adequada a não autóctones no Decreto nº 57.533, regulamentador da iniciativa (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016b). A redação, no Art. 14, reconhece competir à Secretaria Municipal de Saúde “promover o acesso à saúde culturalmente adequado para toda a população imigrante, independentemente de sua situação imigratória e documental”.

Em decorrência disso e de sua posição historicamente consolidada de polo nacional de recepção de pessoas migrantes (BAENINGER, 2005), optamos por ambientar a pesquisa no local. Cidade-destino no século XIX, sobretudo para migrantes portugueses, espanhóis, italianos e alemães, São Paulo viu os fluxos migratórios se intensificarem novamente no século XX, partindo principalmente de Japão, China, Bolívia e Angola. O fenômeno de migração mais recente, do século XXI, traz fluxos altamente diversificados, compostos por migrantes oriundos de outros países latino-americanos, de variados países africanos – como Nigéria, Senegal e República Democrática do Congo –, do Haiti e da Síria (GAETA et al., 2017; OIM, 2019).

O estabelecimento ou reconhecimento formal de um direito, entretanto, não implica necessariamente em seu exercício prático. Neste sentido, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) conduziu, em 2015, o estudo “Migrantes, apátridas e refugiados: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil”². Restringindo-nos à cidade de São Paulo, observamos que 100% dos sujeitos respondentes alegaram ter sofrido violações de direitos humanos devido a seu status migratório. A totalidade das instituições

² A pesquisa pode ser acessada diretamente em <http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PoD_57_Liliana_web3.pdf>.

públicas e 81,35% da sociedade civil confirmaram que migrantes internacionais têm dificuldade para acessar serviços públicos em decorrência de seu status. Ainda na mesma pesquisa, o idioma é apontado como o maior obstáculo para o acesso a direitos humanos e/ou serviços públicos. Sugere-se, assim, a percepção de que ser migrante e não falar português são elementos que interferem no pleno exercício dos direitos desta população.

Conforme aponta a literatura, a comunicação eficaz desempenha papel central na assistência à saúde (CORDELLA, 2004; BERRY, 2007; PENN; WATERMEYER, 2018), aumentando a propensão de médicos realizarem diagnósticos acurados e notarem estresse emocional nos pacientes³, e de pacientes demonstrarem mais satisfação com o cuidado médico. Comunicações ineficazes, por outro lado, podem acarretar em resultados considerados negativos, como não aderir à medicação adequadamente e evitar o sistema de saúde.

Uma vez que o cuidado médico carece de comunicação verbal e que as políticas linguísticas vigentes no sistema de saúde pública da cidade de São Paulo pressupõem relações monolíngues geridas pelo português, a língua oficial do Brasil⁴, concebe-se que migrantes não falantes de português enfrentam dificuldades no atendimento. Desta forma, como Coury e Rovey (2017, p. 107) apontam, “mesmo que o direito de acesso a estes serviços seja garantido por lei, na prática, a barreira linguística pode ter grande impacto na qualidade da experiência”.

Esta experiência se dá num contexto de vulnerabilidade, para o qual influi o desequilíbrio de recursos e poder social que caracteriza a relação entre, de um lado, o médico autóctone e falante de português, e, de outro, o paciente migrante e alófono⁵ – na qual o primeiro desponta como detentor da linguagem autorizada enquanto especialista, nacional e nativo da língua. Nesse sentido, a comunicação apresenta particular complexidade ao envolver pessoas em posições desiguais, em circunstância de grande carga emocional, tratando de assuntos muitas vezes de importância vital e que demandam alto nível de cooperação, em uma situação de língua discordante.

A dissertação não pretende, importante esclarecer, afirmar que a experiência de pacientes brasileiros e falantes de português é isenta de dificuldades linguísticas, tampouco caracterizada

³ Dentre os termos utilizados comumente para se referir ao sujeito que busca assistência médica, adoto “paciente”, a despeito de críticas por supostamente denotar passividade. Pretiro “cliente” por qualificar como consumidor o sujeito que demanda assistência e como bem de consumo, e não direito social, a saúde; e “usuário”, por embaciar a historicidade das relações em questão.

⁴ Embora a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, reconheça na Língua Brasileira de Sinais o “meio legal de comunicação e expressão” (BRASIL, 2002) das comunidades surdas no Brasil, não fica evidente, no enunciado do texto jurídico, sua oficialização (BAALBAKI; RODRIGUES, 2011). No mais, endereça apenas portadores de deficiência auditiva, que se encontram fora do escopo da presente pesquisa.

⁵ De modo a facilitar a leitura do texto, os termos “falante” e “não falante”/“alófono” serão utilizados para designar, respectivamente, sujeitos fluentes ou proficientes em português, e sujeitos que não o são.

por um equilíbrio de poder. Certamente, que dois interactantes falem a mesma língua não anula as possibilidades de compreenderem-se mal, para o que colabora uma miríade de fatores, dentre os quais a discursividade médica, geradora de ruídos também a falantes nativos. Ainda que os participantes conduzam a comunicação em língua compartilhada, os aparatos públicos configuram-se como espaços de tensão discursiva, com atores em diferentes comunidades de fala que interagem a partir de posições díspares no que concerne poder e legitimação de discurso. No entanto, a dificuldade de acesso é potencialmente complexificada por fatores particulares à condição de migrante estrangeiro não falante de português.

1.2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Como objetivo geral empírico da pesquisa, buscou-se verificar de que formas a competência linguístico-comunicativa em português brasileiro facilita ou impede o acesso de migrantes internacionais aos serviços de saúde pública na cidade de São Paulo e quais são as dinâmicas de poder atuantes nestas circunstâncias, sob a perspectiva dos migrantes entrevistados.

Os objetivos específicos do escopo empírico foram:

- Identificar, a partir da perspectiva do migrante, as dinâmicas de poder articuladas nos campos relacionais entre o profissional de saúde, brasileiro, falante de português, e o paciente, migrante, não falante de português;
- Caracterizar os recursos comunicativos acionados pelos sujeitos da pesquisa, tais como linguagem não verbal, tradutores eletrônicos e interpretação ad hoc; e
- Investigar como a não correspondência linguística afeta a experiência afetiva do migrante enquanto paciente, sob os signos da humanização, do acolhimento e da hospitalidade.

Como objetivo geral teórico, almejo contribuir para um pensamento sobre práticas institucionais que considerem a diversidade linguística, objetivando, com isso, contribuir futuramente para facilitar o acesso equitativo de migrantes à saúde pública.

Os objetivos específicos dentro do escopo teórico foram:

- Discernir possíveis tensões do diálogo interlinguístico e transnacional no âmbito da saúde;

- Propor modos de atuação no cuidado à saúde com vistas a caucionar o acolhimento comunicacional; e
- Articular as relações entre teorias da linguagem, da filosofia e da sociologia.

Sob um *ethos* de integração social, intencionamos investigar o papel da comunicação no acolhimento à saúde a partir dos dizeres perspectivados dos migrantes. Esta pesquisa, importante esclarecer, não pretende dar-lhes a voz, pois que já possuem sua própria; em vez disso, almeja se aproximar dessas vozes, atentá-las, perquiri-las e delas depreender saberes que possam vir a aprimorar as condições atuais do cuidado em saúde em contextos de não correspondência linguística.

1.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho tem caráter immanentemente transdisciplinar, cujos quadros de referência conceituais, segundo estabelece Klein (1990, p. 65, tradução nossa), “transcendem o estreito escopo de visões de mundo disciplinares”⁶, criando uma abordagem multifacetada na qual se integram intelectualmente perspectivas teóricas. Orientado às práticas sociais, Moita Lopes afirma, o estudo da linguagem no contexto da Linguística Aplicada deve considerar “questões de poder e ética”, desígnio ao qual nos comprometemos, operando para que “o conhecimento seja endereçado ao mundo em que vivemos” (CONCEIÇÃO, 2013, p. 337). Assim, erigimos a pesquisa na interface de diferentes campos do saber, atravessando as áreas de conhecimento identificadas como Linguística Aplicada, Sociologia e Filosofia.

Voltando seu foco para o oral e o local, o método qualitativo, do qual fazemos uso, possibilita a compreensão de fenômenos humanos e sociais em contextos espaciais e temporais específicos. Ademais, pressupõe um compromisso com a perspectiva dos sujeitos (PENN; WATERMEYER, 2018), almejando “dar melhor protagonismo às experiências de vida e a seus significados, âmago principal da pesquisa qualitativa” (MORÉ, 2015, p. 129). Assim, na compreensão de que, embora processos coletivos, migrações precisam ser consideradas também em sua dimensão singularizada, de histórias vividas, procuramos nos descolar enquanto possível da lógica estatística dos fluxos, tendente ao reducionismo, de modo a privilegiar as (inter)subjetividades dos atores migrantes (MARINUCCI, 2019).

⁶“(…) transcend the narrow scope of disciplinary world views”.

1.3.1 Instrumento para coleta de dados

Os dados são oriundos de fonte primária, constituída por entrevistas semiestruturadas em profundidade. Preponderante e profícua em pesquisas relacionadas à comunicação em saúde, esta técnica oportuniza o conhecimento detalhado dos valores, das representações e dos sentimentos do sujeito, em suas próprias palavras, acerca de determinado fenômeno (DONOVAN; MILLER; GOLDSMITH, 2014), sendo compatível com o intuito deste estudo. Minayo (2010, p. 57) alega que a abordagem qualitativa se adequa ao “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Moré (2015) distingue três processos tautócronos que se afetam reciprocamente na entrevista: o “processo social de interação interpessoal”, o “processo técnico de coleta de dados” e o “processo instrumental de gravar e/ou registrar a informação”. Conforme o autor, a entrevista qualitativa constitui um “espaço relacional” a ser protagonizado pelo sujeito da pesquisa, cujas palavras são gravadas em áudio, com a devida permissão do entrevistado. Posteriormente, o pesquisador realiza a transcrição, materializando-as em texto, de modo a facilitar o acesso à fala dos entrevistados, tornando este documento uma consubstanciação do corpus linguístico.

O uso deste instrumento de coleta permite que o pesquisador realize indagações complementares e desenvolva os pontos incitados pelos sujeitos, em torno de uma temática norteadora, objetivando compreender melhor os sentidos construídos. Assim, Moré (2015, p. 129) afirma:

Dessa maneira, quando um investigador qualitativo realiza, conscientemente, perguntas complementares em busca de melhor explicação sobre determinados temas, é com o intuito de acolher sua diretriz principal que é a busca de compreensão e o sentido das narrativas, visando melhor adentrar na construção dos significados atribuídos à experiência de vida dos entrevistados.

Através desta estrutura sequencial maleável, os sujeitos podem exprimir suas experiências com maior liberdade, ensejando seu protagonismo e um melhor posicionamento do pesquisador quanto ao fenômeno estudado (PIERRET, 1993). A entrevista qualifica-se, assim, como uma maneira mais integral e multidimensional de transmitirem suas ações e impressões do que outros expedientes para coleta de dados, como questionários (ANTÓN et al., 2015). Corroborando, Baxter e Babbie (2004, p. 326, tradução nossa) sumarizam os apanágios do método:

Entrevistas são particularmente adequadas quando o pesquisador deseja compreender com riqueza de detalhes o que um entrevistado pensa e como se sente sobre algum

fenômeno. Embora pensamentos e sentimentos possam ser avaliados por meio de questionários estruturados e formulários, esse tipo de pesquisa limita as respostas dos indivíduos à seleção de um número ou uma frase, conforme definido pelo pesquisador.⁷

Ao facultar a manifestação da voz do sujeito, entrevistas podem guiar o pesquisador a novos e inopinados caminhos (DONOVAN; MILLER; GOLDSMITH, 2014). Gwyn (2002) sublinha que entrevistador e entrevistado compartilham um mundo intersubjetivo, não se limitando o primeiro à posição de observador, pois que participa do fenômeno que lhe é objeto de estudo. Nesta óptica, o espaço relacional que é a entrevista está sujeito às imprevisibilidades dos atributos contextuais, ao que o pesquisador deve se atentar.

Nessa esteira, vale notar que a entrevista qualitativa em profundidade apresenta, também, prejuízos. A exposição que implica o encontro face a face com a pesquisadora pode esmorecer o intento de potenciais entrevistados, especialmente em casos envolvendo temas sensíveis. Ademais, entrevistas suscitam contribuições situadas, filtradas por prismas perceptivos, não constituindo, portanto, espelhamento diáfano e exato do transcorrido.

Os riscos apontados pela literatura, particularmente no que concerne populações ou indivíduos em situação de vulnerabilidade, incluem ansiedade, deturpação, estereótipos (PENN; WATERMEYER 2018); sentimentos de exploração; e quebra de confidencialidade (SCRATON 2004). Por tratarem com populações vulneráveis – cujas vozes recorrentemente margeiam a sociedade –, pesquisas desta natureza apresentam complexidades éticas e desafios específicos, dentre os quais estabelecer uma relação de confiança com potenciais sujeitos, muitas vezes apreensivos e suspeitosos por terem sido lesados em experiências anteriores ou por temor à sua segurança, especialmente pessoas em situação de refúgio. Com efeito, em nosso percurso de pesquisa, potenciais entrevistados expressaram desconforto no tocante ao anonimato e optaram por declinar a participação, por temerem que a identidade fosse revelada, colocando em perigo sua integridade.

Para Scraton (2004), “imperativos éticos” regem tais circunstâncias, transcendendo a usual relação de confiança que deve ser concebida entre pesquisador e sujeito. Consonante à preocupação, a entrevista e a gravação são realizadas apenas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Apêndice I), que visa apresentar aos sujeitos a natureza, a metodologia, os objetivos e os potenciais riscos da pesquisa, bem como assegurar a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes.

⁷ “Interviews are especially appropriate when the researcher wants to understand in a richly detailed manner what an interviewee thinks and feels about some phenomenon. Although thoughts and feelings can be assessed through structured questionnaires and surveys, survey research limits individuals’ responses to a selection of a number or a phrase as defined by the researcher.”

Quanto a isso, é relevante mencionar que o envolvimento prévio e a longo prazo da pesquisadora com o tópico migratório, tendo participado de organizações não governamentais dedicadas ao tema e convivido regularmente com migrantes residentes na cidade de São Paulo, foi de considerável importância para o recrutamento exitoso de sujeitos de pesquisa e o estabelecimento de uma relação baseada na confiança.

1.3.2 Sujeitos

Como critérios de inclusão para o grupo de sujeitos estudado, definimos homens e mulheres em idade adulta, dos 18 aos 65 anos, de nacionalidade estrangeira, que tivessem utilizado o sistema de saúde público na cidade de São Paulo em época na qual não fossem competentes na língua portuguesa. O universo da pesquisa abrange indivíduos que, no momento da pesquisa, se enquadrem nas definições⁸ de “imigrante econômico”, “solicitante de refúgio”, “refugiado” ou “imigrante humanitário” – de modo a evitar exercícios excessivamente retóricos, o presente texto utiliza o léxico “migrante” em substituição a “migrante internacional”. As definições citadas apontam para a permanência do estrangeiro e, assim, a formação de um contingente que necessita, de forma mais contínua, do amparo da saúde pública. Nesta linha, os sujeitos de pesquisa são indivíduos que dependem da saúde pública, não tendo, portanto, plano de saúde nem condições materiais de utilizar a rede privada.

Faz-se notar a adoção, nesta pesquisa, de uma abordagem inclusivista (IOM, 2019, p. 130, tradução nossa), perfilhada por instituições como a Organização Internacional para as Migrações, que descreve o vocábulo “migrante” como um

termo guarda-chuva, não definido pelo direito internacional, refletindo o entendimento comum leigo de uma pessoa que se muda de seu local de residência habitual, seja dentro de um mesmo país ou cruzando fronteiras internacionais, temporária ou permanentemente, e por uma variedade de razões.⁹

⁸ São qualificados refugiados os indivíduos perseguidos – ou com fundado temor de perseguição – em razão de raça, nacionalidade, religião, opinião política ou pertencimento a grupo social, ou em conflitos armados, e formalmente reconhecidos como tal; solicitantes encontram-se à espera do deferimento ou indeferimento em resposta a seu pedido por refúgio; imigrantes econômicos recorrem ao deslocamento em busca de circunstâncias socioeconômicas mais satisfatórias; e imigrantes humanitários são vítimas de violações de direitos humanos que não se encaixam na lei do refúgio, ou indivíduos cuja repatriação forçada violaria princípios de humanidade (BRASIL, 2015).

⁹ “(...) umbrella term, not defined under international law, reflecting the common lay understanding of a person who moves away from his or her place of usual residence, whether within a country or across an international border, temporarily or permanently, and for a variety of reasons”.

Ancora-se a definição, então, no câmbio da residência através de fronteiras intranacionais ou entre Estados – da qual, depreende-se, o “migrante internacional” necessariamente atravessa fronteiras nacionais ao mudar de morada –, sem fazer menção à (in)voluntariedade e às demais circunstâncias do deslocamento. Destarte, o inclusivismo entende o refúgio como forma involuntária de migração, não deixando, no entanto, de reconhecer as necessidades especiais de proteção e as características próprias dos refugiados¹⁰, que, em razão de circunstâncias externas, como perseguição e guerras (MACHADO; BARROS; BORGES, 2019), se sentem coagidos a deixar a sociedade, partindo como estratégia de sobrevivência.

Ademais, esta opção considera a distinção entre imigrante e refugiado como uma questão geopolítica, adotando a palavra “migrante” enquanto “termo descritivo, neutro e genérico”, à luz de Agier. Reconhecendo a distinção entre ambos os grupos, o autor afirma que “ela é acima de tudo legal, nem neutra nem objetiva, pois é o resultado de lutas históricas e geopolíticas pelo poder”¹¹ (BUSSIÈRE, 2018, tradução nossa). Similarmente, Akoka (2018, p. 16, tradução nossa) enfatiza que os caracteres histórico, jurídico e institucional da classificação “refugiado” a sujeitam a reelaborações contextuais, pois que é “uma categoria que muda constantemente, ao longo do tempo, em função das prioridades políticas e das mudanças nas relações de poder”¹².

A seleção dos respondentes e a condução da entrevista¹³ trouxeram limitações. Quanto aos primeiros, para coletar dados utilizáveis, foi necessário empregar critérios de exclusão, filtrando sujeitos com base na competência linguístico-comunicativa no momento da pesquisa, de maneira a garantir a comunicação com a pesquisadora. Ainda em relação à língua, o escopo da pesquisa não inclui falantes de espanhol nativos ou proficientes, porquanto a proximidade com o português brasileiro poderia levar a caminhos próprios, distintos mesmo de outras línguas latinas, como o francês.

Segue um perfil sintético dos entrevistados:

¹⁰ O caráter involuntário da migração forçada impede preparações prévias à viagem, de forma que muitos dos sujeitos em condição de refúgio não dispõem de “tempo de programar sua saída e, às vezes, sequer podem escolher seu destino”, como destaca Parise (2019, p. 119). Decorre, disso, a ausência de preparo emocional e material, como travar contato prévios com moradores do país receptor e aprender a língua vigente.

¹¹ “(...) un terme descriptif, neutre et générique”; “(...) elle est avant tout juridique, ni neutre ni objective puisqu’elle est le fruit de rapports de forces historiques et géopolitiques”.

¹² “(...) une catégorie qui se transforme sans cesse, au fil du temps, au gré des priorités politiques et des changements de rapports de force”.

¹³ Saliente-se que todas as entrevistas foram conduzidas posteriormente à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de São Paulo. A aprovação data de 05/12/2018, conforme o protocolo CAEE 02631518.9.0000.8142. O roteiro das entrevistas consta no Anexo I.

M., do sexo masculino, nasceu em 1988, no Guiné, África Ocidental, onde era professor de francês e computação. Chegou ao Brasil em 2017 e buscava emprego à época da entrevista. É solicitante de refúgio. Sua entrevista foi realizada em português. M. fala francês, inglês, português, espanhol, sosso, fulani e malinké. As línguas mais faladas no Guiné são francês (oficial), sosso, fulani, malinké, kissi, kpelle e toma (O'TOOLE, 2020).

A., do sexo masculino, nasceu em 1990 na República Democrática do Congo (RDC), África Central, onde se graduou em Economia. Chegou ao Brasil em 2014, é refugiado e leciona francês. Concedeu a entrevista em português e, além desta língua, fala kikongo e kituba. Compreende também suaíli, tshiluba, inglês e espanhol. As principais línguas faladas no país são francês (oficial), lingala (franca), suaíli, kikongo e ciluba (MAKITA, 2013).

K., do sexo masculino, também nasceu na República Democrática do Congo (RDC), África Central, em 1998. Chegou ao Brasil em 2016, onde é refugiado e cursa o ensino superior. Fala francês, inglês, italiano, árabe, suaíli e português, língua esta em que transcorreu a entrevista.

P., do sexo feminino, nasceu em 1972, na Nigéria, África Ocidental, onde era professora de inglês, língua em que foi entrevistada. Chegou ao Brasil em 2011, mantendo a atuação na profissão. É imigrante econômica. Além de inglês, fala igbo e português. As línguas mais faladas na Nigéria são inglês (oficial), hausa, igbo, yoruba e fulani (JOHNSON; STOSKOPF, 2017).

D., do sexo masculino, nasceu em 1990, na Serra Leoa, África Ocidental, onde fez pós-graduação em Administração e Tecnologia da Informática. Chegou ao Brasil em 2016 e trabalha como técnico de informática. Concedeu a entrevista em português. Fala inglês, francês, português, fulani, krio (crioulo da Serra Leoa), sosso, mandinga, kriol (crioulo da Guiné-Bissau) e dialounka. Estuda hausa e suaíli. As línguas mais faladas na Serra Leoa são inglês (oficial), krio (franca), themne, mende, limba e sosso.

1.3.3 Procedimento de análise

Na condução da pesquisa, a transcrição se torna o foco para o processo analítico. De maneira geral, a análise de dados busca identificar elementos particulares de uma experiência

que podem ter uma ressonância mais ampla (DONOVAN; MILLER; GOLDSMITH, 2014). Moré (2015, p. 127) assinala os procedimentos de análise na pesquisa qualitativa: “Assim, quando se analisam em profundidade os dados em seu conjunto, buscam-se as regularidades temáticas e os significados atribuídos às mesmas”.

Nesse sentido, após leituras minuciosas das transcrições, constatamos regularidades temáticas, relativas a dimensões políticas e socioafetivas decorrentes da ausência de competência linguístico-comunicativa em português. Perscrutamos essas dimensões de forma a compreender as condições subjacentes, que propiciaram a emergência daquelas e seu significado social.

1.4. ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA

Reconhecendo a pertinência residente na articulação de teoria e práxis na pesquisa acadêmica, optamos por incorporar a descrição e a análise do corpus de pesquisa na exposição teórica, em vez de segmentá-las em diferentes capítulos. Nessa ordem de ideias, estruturamos a pesquisa em virtude de categorias analíticas suscitadas nos depoimentos coletados, sistematizando-as de acordo com o arcabouço teórico expendido.

Constituindo-se este como primeiro capítulo, a seguir descrevemos os demais.

No capítulo II, apresentamos um panorama da teoria bourdiana de capitais, no qual enquadraremos as relações de poder entre, de um lado, médico, brasileiro e falante de português, e, de outro, paciente, migrante e não falante de português. Em seguida, verificamos como atuam enquanto capitais cultural e simbólico a autoridade médica e a redução do processo de saúde à biologização do corpo, em desfavorecimento à subjetivação do paciente. Versamos sobre a legitimação do conhecimento técnico, a caracterização altruísta de profissionais da medicina e o papel da confiança frente à não correspondência de línguas entre médico e paciente. A seguir, investigamos como a (ausência de) competência linguística-comunicativa em português impacta o exercício de poder social – abordando os recursos dos quais os pacientes migrantes não falantes de português dispõem para acessar os serviços de saúde pública – e a formação de redes sociais do sujeito migrante e o acesso à informação e à rede de saúde pública.

No capítulo III, examinamos os processos de intersubjetividade em que constitui a relação com o Outro à luz da filosofia francesa, centrando-nos nos trabalhos de Emmanuel Lévinas, Jacques Derrida e Gabriel Marcel. Recorrendo às conceptualizações éticas de, respectivamente, responsabilidade infinita, hospitalidade absoluta e (in)disponibilidade,

averiguamos os sentidos possíveis destes processos em situações de língua discordante em contextos migratórios na saúde, articulando-os às noções de encontro e acolhimento.

Por fim, no capítulo IV, investigamos a perspectiva dos sujeitos entrevistados em relação a práticas vivenciadas no equipamento de saúde pública tendo como pano de fundo a Política Nacional de Humanização (PNH), proposta de humanização oficial de regência do Sistema Único de Saúde (SUS). Após, investigamos a língua enquanto possibilidade de reivindicação de direitos e posicionamento quanto a percepções de desrespeito e injustiça e, em seguida, analisamos as políticas públicas voltadas à comunicação e à saúde no contexto migratório, discorrendo sobre projetos de integração e modelos equitativos para um atendimento linguisticamente inclusivo, tratando particularmente do oferecimento gratuito de serviços de tradução e interpretação profissional em instituições de saúde públicas.

2 PODER EM SAÚDE E MIGRAÇÃO

Atendendo ao caráter contextualizado das práxis sociais, bifurcamos este capítulo de maneira a elucidar situadamente aspectos distintos, porém imbricados, da construção da relação de poder entre, de um lado, médico, brasileiro, falante de português, e, de outro, paciente, migrante e alófono, ambos atores sociais que acumulam e transacionam diferentes tipos de recursos no campo da assistência institucional de saúde no Brasil.

Pacientes e migrantes alófonos se encontram em estados de vulnerabilidade social, física e emocional que partilham de características em comum, como perda de autonomia, enfrentamento de ambientes desconhecidos, sensação de ruptura e vivência de incerteza.

A busca por atendimento médico costuma vir acompanhada de graus de debilidade e apreensão, que perturbam a rotina e ameaçam a capacidade de controlar o próprio corpo, conforme explicam Freund e McGuire (1999, p. 132, tradução nossa): “a doença perturba porque é vivenciada como uma ameaça à ordem e aos significados mediante os quais as pessoas dão sentido às suas vidas”¹⁴. Turner assinala esta ameaça aludindo à distinção entre corpo instrumental, objetivo – o *Körper* – e corpo animado, subjetivo – o *Leib*. Segundo o autor (2002, p. 167, tradução nossa), no processo de saúde-doença, o eu vivencia a “consciência quanto à integridade do meu corpo e a experiência da doença não somente como um ataque ao meu corpo instrumental (*Körper*), mas como uma intrusão radical em meu eu corporificado”¹⁵. Em via semelhante, Cockerham (2016, p. 2019, tradução nossa) descreve a doença como uma experiência “esmagadora, imprevisível e incontrolável” na qual, aquém da normalidade, “experimentamos a sensação de sermos menos do que o nosso eu de sempre”¹⁶.

Por sua vez, para além de descontinuações temporo-espaciais, a experiência migratória abarca transformações e rupturas diversas, a níveis social, econômico, cultural e psicológico, podendo produzir conflitos culturais; situações de discriminação; desenraizamento e isolamento social; dificuldades comunicacionais; perda de referências; e sentimentos erosivos de perda, ansiedade, privação, insegurança e incerteza (RAMOS, 2009; MACHADO; BARROS; BORGES, 2019). Essas vivências turbulentas exacerbam e são alimentadas por adversidades de ordem material (CARBALLO; MBOUP, 2005; PARISE, 2019). Migrantes constituem um

¹⁴ “(...) illness is upsetting because it is experienced as a threat to the order and meanings by which people make sense of their lives”.

¹⁵ “(...) awareness of the integrity of my body and experience of illness as not simply an attack on my instrumental body (*Körper*) but as a radical intrusion into my embodied selfhood”.

¹⁶ “overwhelming, unpredictable, and uncontrollable”; “experience a sense of being less than our usual self”.

grupo vulnerável, porquanto tendem a vivenciar desproteções expressas na inserção em redes de trabalho informais, de baixa qualificação e remuneração; na precariedade econômica; no menor status social, na insalubridade das condições habitacionais e laborais; e no desconhecimento acerca de direitos e serviços existentes.

Necessitar de assistência médica impõe um estado de fragilidade, complexificado quando o paciente é estrangeiro. Sociólogos médicos (PENN; WATERMEYER, 2018) descrevem a condição de estar doente e ser uma minoria em termos de “risco duplo”. Pacientes vivenciam momentos de vulnerabilidade física e emocional, uma vez que se encontram despossuídos de recursos físicos e da expertise técnica que proporcionaria plena autonomia, e sujeitos a diversas formas de objetificação. Articula-se a isso o quadro de vulnerabilidade em que de maneira geral se inscreve a população migrante, incluindo desequilíbrios históricos de poder, circunstâncias socioeconômicas, gênero, status migratório, características do deslocamento e a ausência de domínio da língua oficial.

Essas vivências são mediadas pelo acesso a capitais. Na perspectiva de Pierre Bourdieu, capitais são recursos que se manifestam na forma como atores sociais agem, negociam e se orientam em determinada esfera. O autor distingue quatro formas essenciais de capital: econômico, cultural, social e simbólico. Capitais circulam pelo que Bourdieu denomina “campos sociais”, espaços de ação nos quais os atores articulam-se em rede, ocupando posições determinadas pela distribuição de recursos. Tipos de capital, na concepção bourdiana (1994, p. 121, tradução nossa), “como trunfos em um jogo de cartas, são poderes que definem as chances de lucro em determinado campo”¹⁷. Adquirir e acumular capitais valorizados no campo social produziriam, então, poder (SONG, 2013).

Segundo Codó (2008, p. 36, tradução nossa), “diferenças em recursos são, então, diferenças em poder”¹⁸, donde decorre que a discrepância no acesso e na valorização dos recursos evidencia processos de exclusão e de assimetrias de poder. A autora ressalta a desigualdade com a qual recursos indiciais – na presente dissertação, conhecimento da legislação brasileira, fluência em português, pertencimento a uma comunidade – são distribuídos entre atores em dado campo social. Por conta disso, caracteriza estes recursos como “dispositivos fundamentais de estruturação social”, assinalando que indivíduos não gozam das mesmas oportunidades de acesso ou ação.

¹⁷ “(...) like trumps in a game of cards, are powers which define the chances of profit in a given field”.

¹⁸ “(...) differences in resources are thus differences in power”.

A teoria do capital bourdiana é adequada ao tema proposto na medida em que permite integrar perspectivas micro e macro ao desvelar as experiências individuais dos atores que compõem a população migrante enquadrando-as nos fatores estruturais que as enformam, tanto os tolhedores quanto os incitantes.

Assim, à luz do conceito de capital postulado por Pierre Bourdieu, no primeiro subcapítulo investigamos, enquanto capitais cultural e simbólico, a autoridade social da qual se investe a classe médica, alicerçada no conhecimento técnico-científico, no modelo biomédico de produção de saúde e na representação altruísta do profissional de saúde, que produz um efeito de sentido de confiança. No subcapítulo seguinte, abordamos os recursos dos quais os pacientes migrantes não falantes de português dispõem para acessar os serviços de saúde pública, sob o prisma dos capitais social e linguístico.

2.1 DO CAPITAL CULTURAL E SIMBÓLICO NA REPRESENTAÇÃO DA FIGURA MÉDICA

Pináculo do cuidado institucional em processos de saúde-doença (BRADBY, 2009), a medicina tem sua expressão metonímica na figura do médico. Há amplo consenso na literatura (HERITAGE, 2005) de que a relação médico-paciente (RMP) é permeada pelo exercício da autoridade, relegando ao paciente o papel de “participante marginal” no processo de diagnóstico e tratamento. As desproporções de poder são inclusive mencionadas pelo Ministério da Saúde (2010b, p. 12) ao situar a produção institucional de saúde em uma “rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder”.

Estas posições sociais baseiam-se substancialmente na representação do médico como detentor do conhecimento científico, tacitamente legitimado, e executor de um chamado vocacional para servir ao bem, estabelecendo um relacionamento benéfico com o doente. Neste capítulo, ocupo-me destas representações, articulando-as à posição social do paciente também enquanto migrante.

2.1.1 “Saber que você não sabe é o começo do conhecimento”: autoridade e a legitimação do saber científico

Na sociedade moderna, por vezes alcunhada “do conhecimento” (ADOLF; STEHR, 2016), saberes científicos e especializados gozam de prestígio social, reservando a especialistas

papel preponderante. Assim, progressivamente, a autoridade se pautou na competência e no domínio intelectual técnicos. Nesse sentido, reconhece-se a modernidade como momento eclipsante de ideologias “tradicionais” em prol da ideologia científica, elevando a autoridade do expert a patamares inexpugnáveis enquanto acaçapava fontes não científicas, como a vivência, a experiência, o testemunho em primeira mão.

O âmbito da medicina – ou, antes, da profissão médica – descortina com êxito a relação entre autoridade e conhecimento tecnocientífico, perspectivado a partir do referencial biomédico. A supressão da voz da experiência “em meio às proclamações autorizadas dos especialistas”¹⁹ (GABRIEL, 2004, p. 178, tradução nossa) associa-se ao controle hegemônico da biomedicina, cujo enquadramento cultural exclusiviza o conhecimento médico. O processo é assinalado por Gwyn (2002, p. 34, tradução nossa):

A Ciência Médica prima pela exclusão: a estruturação hierárquica do sistema de saúde somada ao confisco do conhecimento médico como algo exclusivo e arcano parecem ditar que a informação deve ser excluída justamente das pessoas que são mais diretamente afetadas por esse conhecimento. Em um universo onde o conhecimento é especializado, tecnicamente complicado e obtido somente após anos de árduo estudo, esse conhecimento é guardado com zelo.²⁰

A profissão médica mantinha primazia e autonomia inéditas sobre a assistência de saúde, revelando disposições sociais, culturais e políticas sobre as quais se debruçaram numerosos sociólogos, dentre eles Freidson (1970). O sociólogo identifica dois estágios no processo de dominação médica, essencial em garantir seu prestígio e poder: a obtenção do monopólio jurídico sobre a prática da cura; e a conquista da confiança pública, persuadindo a população, mediante uma educação moldada na tradição científica ocidental, para que aderisse a seus serviços. Ao voltar sua atenção a aspectos interpessoais, Freidson observa um conflito inerente nos interesses de médico e paciente – em suma, estes costumam desejar um atendimento urgente e que atenda às suas necessidades pessoais, ao passo que aqueles devem equilibrar, de um lado, as boas práticas no tratamento do paciente e, de outro, o interesse dos demais pacientes em serem atendidos.

Vale apontar que, a despeito da importância crescente das profissões baseadas em conhecimento, a contemporaneidade vem testemunhando o declínio da autoridade científica, num contrabalancear de forças que reafirma o conhecimento advindo da experiência pessoal e

¹⁹ “(...) in the midst of the authoritative proclamations of the experts”.

²⁰ “Medical Science excels at exclusion: the hierarchical structuring of the health care system, along with the sequestering of medical knowledge as something exclusive and arcane, seem to dictate that information should be excluded from the very people who are most directly affected by that knowledge. In a universe where knowledge is specialized, technically complicated, and only gained after years of arduous study, that knowledge is jealously guarded.”

das diferentes vozes que dela emanam (GABRIEL, 2004). Dentre os fatores contribuintes, o acesso facilitado à internet provocou tanto uma mudança na base de conhecimento dos pacientes, criando um “paciente expert” ou “informado” (HERITAGE, 2005), quanto a disseminação de *fake news*. Mas os parâmetros alterados, Bradby (2009) comenta, parecem fazer parte de um período de dissipação geral da confiança pública em diversos especialistas e instituições.²¹ Ainda assim, “é, no entanto, à concepção médica que a maioria de nós recorre quando a doença ataca”²² (p. 7, tradução nossa). O poder da medicina persiste e a expertise do cientista ainda goza de autoridade.

Contextualizando a teoria bourdiana na saúde, o conhecimento técnico, científico, especializado constitui capital cultural, baseado em práticas socialmente legitimadas, (SCAMBLER, 2012; SONG, 2013) e adquirido pela profissão médica. Turner (1987, p. 50, tradução nossa) comenta a relação entre conhecimento e o privilégio social atribuído aos médicos, afirmando que “o profissional médico detém o monopólio social da expertise e do conhecimento, que é a própria base da reivindicação profissional de um status privilegiado na sociedade”²³.

O capital cultural, preconiza Bourdieu (1999, p. 72), pode manifestar-se de três maneiras: em estado incorporado, apresenta-se como apropriação realizada por um agente biologicamente singular, “uma propriedade que se fez corpo”, “um ter que se virou ser”; em estado objetivado, encontra-se na forma de bens culturais, materialidade simbolicamente apropriada, tal qual livros, quadros, instrumentos; e, por fim, em estado institucionalizado, é expresso mediante reconhecimentos formais, como diplomas e certificações técnicas. Será neste último estado que nossa análise se centrará.

Na medida em que a lógica do campo legitima determinadas interpretações da realidade social (GUZZINI, 2013), a lógica mecanicista segundo a qual opera o campo da medicina ratifica uma compreensão biomédica na qual se inscreve o capital cultural aqui tratado. Atestada escolasticamente através de títulos concedidos por instituições, a autoridade repousada sobre o capital cultural do médico interliga-se intimamente com o papel reservado ao paciente no modelo biomédico de cuidado. No campo social de assistência institucional no processo saúde-doença, “repertórios e referências culturais prévias tornam-se desvalorizados, depreciados ou

²¹ Em vista da crucialidade da comunidade científica no combate à COVID-19, especialmente àquela voltada às ciências biológicas, aventa-se uma possível intensificação da confiança na profissão médica, a ser aferida em estudos futuros.

²² “(...) it is nonetheless a medical understanding to which most of us turn when illness strikes”.

²³ “(...) the professional doctor has a social monopoly of expertise and knowledge which is the very basis of the professional claim to a privileged status in society”.

disjuntivos em uma arena onde o conhecimento especializado, de experts, é visto como o caminho mais adequado”²⁴ (SCAMBLER, 2012, p. 82, tradução nossa).

Tal autoridade se dá também no Congo, favorável à dita “medicina ocidental”²⁵ – embora ocorram práticas de medicina tradicional, principalmente fora das áreas urbanas, onde se concentram as infraestruturas médicas, e para pessoas de baixa renda, pois a assistência de saúde é paga (JOHNSON; STOSKOPF, 2017). A este respeito, A. esclarece que “as pessoas têm confiança pelo médico, porque ele estudou essa matéria médica, ele sabe, entendeu. Porque mexer no corpo de uma pessoa não é uma coisa fácil, não”. O cenário se assemelha ao da Nigéria, onde a “medicina ocidental” foi adotada pela população em centros urbanos que dispõe de meios financeiros para custeá-la, ao passo que à tradicional recorrem a maioria dos cidadãos de áreas rurais, e residentes urbanos sem recursos materiais (ASAKITIKPI, 2019), como explica P.: “Doctors are well respected in Nigeria and their profession is regarded as noble. People trust them. The rich go to the scientific medical doctors and the poor to the native doctors”²⁶. No Guiné, o acesso reduzido a instituições de saúde estatais também contribui para a manutenção de práticas de automedicação e curas tradicionais, como documentado à ocasião do vírus ebola (OMS, 2015). A medicina tradicional é bastante popular na Serra Leoa, sendo preterida pela tradicional somente em casos graves, mas D. aponta mudanças culturais recentes: “Lá no meu país, as pessoas acreditam na medicina, mas só quando não tem como... Porque nossa cultura tá muito ligada à medicina tradicional. A modernização, a mundialização tá mudando as coisas, mas antigamente era diferente”.

Orientado à doença mensurável, apartada do contexto social ou subjetivo, o parâmetro biomédico historicamente reduz o processo saúde-doença à patologia biológica, marginalizando aspectos sociopsicológicos do paciente (CAPRARA; FRANCO, 1999; CEGALA, 2011) e constringendo o sujeito. Da subjetividade expressa na descrição do paciente sobre sua experiência, passa-se a focalizar a objetividade numérica provida pelo exame tecnológico do corpo, em métricas como frequência respiratória, pressão sanguínea, níveis hormonais e temperatura. A prática evidencia a desconjuntura entre sujeito e doença, experiência que pode causar angústias, alega Bradby (2009, p. 139, tradução nossa): “Essas sequências de números

²⁴ “(...) previous cultural referrals and repertoires become devalued, devalorised or disjunctive in an arena where expert, specialized knowledge is seen to be the most appropriate wayfarer”.

²⁵ A designação “ocidental” refere-se ao desenvolvimento da medicina moderna, especializada e técnica na Europa e na América do Norte. Trata-se de nomenclatura econômica e sociopolítica, não correspondendo, portanto, à conformação espacial dos hemisférios (HUNTINGTON, 1997).

²⁶ “Os médicos são bem-respeitados na Nigéria, e a profissão é considerada nobre. As pessoas confiam neles. Os ricos buscam os médicos da medicina científica e os pobres, os da medicina tradicional” (tradução nossa).

estão muito desconectadas da experiência dos pacientes em seus corpos, e esta disjunção entre a experiência corporificada da doença e a avaliação da medicina em termos quantitativos pode ser angustiante”²⁷.

Este modo de fazer saúde aponta para um tipo de doxa²⁸, nomenclatura utilizada por Bourdieu (2007, p. 438) para designar uma “adesão às relações de ordem que – por serem o fundamento inseparável tanto do mundo real quanto do mundo pensado – são aceitas como evidentes”. A doxa contempla aquilo que é naturalizado, legitimado e considerado como socialmente garantido no campo de forma tão patente e inconcussa que prescinde do dizer. Contribui, assim, para a reprodução da ordem comum nas relações, instituições, estruturas e expectativas em determinada sociedade. Nesse sentido, sugere-se que o modelo de interpretação biomédica e os papéis desempenhados por médico e paciente refletem uma adesão amplamente tácita à ordem estabelecida, que rege o campo da medicina, partindo de pressupostos acerca da soberania do técnico-científico. A estrutura hierárquica é “percebida como evidente” (2004, p. 157), admitida como algo que “é assim mesmo”.

O constrangimento do sujeito na biomedicina pode ser observado no nível de receptividade à voz do paciente. No início do século XX, a voz do médico enquanto especialista é centralizada, em detrimento da vicária voz do paciente. A obtenção de informações sobre a condição do paciente mediante exames físicos e interrogatórios permite que a doença se torne uma entidade própria e dá aos médicos a função de “intérpretes do corpo” (WELLS; STORMER, 2017). Escrevendo sobre as práticas médicas instanciadas em meados do século, Armstrong (2002, p. 102, tradução nossa) alega que “o paciente era visto essencialmente como um objeto passivo contendo uma patologia interessante”²⁹. Esperava-se dele que respondesse às questões dos profissionais, rigidamente estruturadas na forma de perguntas fechadas, mas que não desafiasse sua opinião médica nem “saísse do roteiro”.

Essa configuração, contudo, sofre transformações na segunda metade do século, ocasionada por uma mudança epidemiológica – com a mitigação de doenças infecciosas, as doenças crônicas, como câncer, tornaram-se as principais causas de morte (COCKERHAM, 2016). Esta transição no padrão de doenças (de causas singulares para fatores causais múltiplos,

²⁷ “These strings of numbers are very disconnected from patients’ own experience of their bodies and this disjuncture between the embodied experience of illness and medicine’s assessment of it in quantitative terms can be distressing.”

²⁸ O conceito de doxa remonta ao pensamento aristotélico, o qual, em linhas bastante gerais, designava a opinião, em contraste à episteme (conhecimento). Nesta pesquisa, contudo, o termo “doxa” refere-se à conceitualização proposta por Bourdieu de legitimação da ordem social.

²⁹ “(...) the patient was viewed essentially as a passive object in which was contained interesting pathology”.

nem todos de origem biológica) requereu que os médicos considerassem a pessoa como um todo, inclusive características comportamentais, condições sociais e circunstâncias psicológicas. O modelo biomédico perde prevalência, além disso, a partir da demonstração em variados estudos de que as características psicossociais, e não apenas biológicas, do paciente influenciam suas experiências de saúde e doença.

Os espaços sociais e mentais do sujeito passam a ser alumbrados, mapeados e monitorados pelo intermédio necessário das palavras e da subjetividade do paciente, cuja voz se descola da lesão patológica. Amplia-se a consciência de que é necessário desenvolver a interação comunicativa entre médico e paciente (CAPRARA; FRANCO, 1999). Armstrong (2002, p. 69, tradução nossa) expõe da seguinte forma a transformação: “A nova percepção médica interrogou o paciente enquanto espaço social, enquanto corpo que habita um meio social específico, mas, mais importante, enquanto espaço de subjetividade”³⁰.

Este espaço de subjetividade, populado por experiências individuais, sentimentos, idiossincrasias e biografias, torna-se parte do conceito de identidade revelado na fala do paciente, articulando-se em capital simbólico, que se refere ao prestígio e status imputados em relações sociais, grupos e instituições. O paciente emerge, assim, como um “agente da medicina”. As “verdades paradigmáticas” reforçadas pela aceitação dóxica (GUZZINI, 2013) são questionadas, abrindo caminho para a heterodoxia, isto é, para a desnaturalização da ordem estabelecida – do “‘isso-é-óbvio’ de uma época” (BOURDIEU, 2007, p. 268). O silenciamento do paciente é colocado em pauta, tornando-se contestável.

Na segunda metade do século XX, então, os pronunciamentos de especialistas dão espaço a discursos de escolha informada, como a atenção centrada no paciente, modelo de assistência que almeja, entre outros, promover uma relação cooperativa e viabilizar o envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão (LIPWORTH et al., 2013). A transformação envolve, por exemplo, mudanças em técnicas de entrevista, privilegiando o uso de perguntas abertas e abrindo espaço para o paciente compartilhar questões psicossociais (CEGALA, 2011).

A respeito dos modelos de cuidado, Cordella (2004) assinala que o discurso favorecido pelo parâmetro biomédico reduz a saúde a um fenômeno biológico ao isolar uma parte do corpo do resto da pessoa, ao passo que a abordagem sociorrelacional foca no paciente como um todo e como componente de uma rede de relações sociais. A adoção da abordagem biopsicossocial,

³⁰ “The new medical perception interrogated the patient as a social space, as a body inhabiting a specific social milieu, but more important, as a space of subjectivity.”

que entende o paciente enquanto sujeito sem desmerecer a importância do componente científico da medicina, foi relevante do ponto de vista comunicacional, levando à proliferação de literatura sobre o discurso em contextos de saúde desde meados da década de 1980 (MONTGOMERY, 2013; ANTÓN; GOERING, 2015), principalmente a dialética da RMP, focalizando a assimetria interacional.

Constatou-se que consultas médicas oportunizam, e reforçam, as desigualdades entre os participantes no que tange ao conteúdo e à forma da interação, fortalecendo uma estruturação discursiva baseada no modelo biomédico (MISHLER, 1984; BRADBY, 2009). Nessa linha, estudos verificaram, entre outros, que médicos controlam os tópicos de conversação, dirigem os turnos de fala e tendem a usar jargões médicos incompreensíveis para pacientes (ROTER; HALL, 1992). Normas convencionais de polidez são suspensas, legitimando interrupções em anamneses, isto é, entrevistas em que o médico busca conhecer o histórico médico e familiar dos pacientes (FRANK, 1995). Estes, por sua vez, relutam em pedir esclarecimentos, mostram desconforto ao fazer perguntas (SKELTON; HOBBS, 1999) e raramente desafiam o diagnóstico (BRASHERS; GOLDSMITH; HSIEH, 2002; HERITAGE, 2005), o que potencialmente os leva a ficarem em silêncio e se tornarem menos propensos a voltar ao médico (PENN; WATERMEYER, 2018).

Os relatos não corroboram essas atitudes. Os entrevistados relatam terem perguntado em caso de dúvida e se sentido ouvidos pelos médicos, caracterizando-os como dotados de paciência e atribuindo as exceções à personalidade do profissional em questão, e não à estruturação do poder.

M. declara perguntar caso não entenda o significado de determinadas palavras ou expressões, como jargões, sem constranger-se devido à assimetria deste capital: “Ficar sem saber as coisas, isso pra mim é que [é] a vergonha. Saber que você não sabe é o começo do conhecimento”. Similarmente, K. também relaciona a desinibição em perguntar ao acúmulo de conhecimento: “Não tenho vergonha de perguntar algo que não entendo porque quanto mais eu perguntar para o médico, terei mais informações absorvidos e menos seria a minha dúvida em relação ao assunto”.

O acanhamento em fazer perguntas ao médico foi registrado apenas por D. O entrevistado atribuiu o embaraço à natureza sexual das mesmas, tópico que em sua etnia é reservado apenas às relações conjugais:

Nossa tradição, nossa cultura, não permite a gente pra ser tão aberto com o médico. Pra nós, fulani, sexualidade é uma coisa bem, bem sagrada. É um segredo. Então, o jeito que eu fui criado não me permite a ser aberto ao médico. Porque nós não ensinamos sobre sexualidade pra nosso filho quando estão jovem, como vocês fazem aqui. Pra

nós, a sexualidade é ensinada quando a pessoa tem a idade maior, quando tá pronto pra se casar. Sexualidade é entre casado. Isso é entre duas pessoas que têm compromisso. É proibido falar sobre sexualidade em público como [se fala] aqui no Brasil. Aqui no Brasil, mãe com filha, pai com filho, pode sentar e falar sobre sexualidade. Pra nós, isso é proibido.

É possível que, em geral, os comportamentos de um falar mais “de igual a igual”, sem acanhamento pela falta de capital cultural, sejam influenciados pelo nível sociocultural dos entrevistados, todos com formação acadêmica completa ou em curso. A literatura aponta o status socioeconômico como um fator determinante no fornecimento e na recepção de informações médicas. Estudos (COCKERHAM et al., 1986; BOULTON et al., 1986; WEITZ, 1999) indicam que indivíduos de classe alta e média alta tendem a atuar como participantes ativos na RMP, apresentando suas ideias e pedindo explicações. Enquanto isso, ao lidar com a autoridade médica, indivíduos com baixo nível de escolarização e status socioeconômico tendem a atuar como recipientes passivos, relutando em criticar a prática médica, mesmo quando negligente, e têm suas dúvidas ignoradas (PECK; CONNER, 2011; SCAMBLER 2012).

Possivelmente associada ao grau socioeconômico, o conhecimento acerca dos próprios direitos também pode influenciar o comportamento diante de dificuldades linguísticas, como P. explicita: “I don’t feel shy. I don’t feel shy because I know it’s my right to... for them to hear me out. So I look into their eyes and tell them ‘I want this. This is wrong with me’. And they have to look at me. Sometimes they laugh, they smile, but they give me what I want [risos]”³¹.

Com vistas a examinar as constatações supracitadas – as ações relatadas pelos entrevistados diferem substancialmente das descrições proeminentes na literatura, no tangente ao comportamento dos pacientes frente à autoridade médica – no enquadramento bourdiano, recapitulamos a noção de posicionamento nos campos sociais. Bourdieu (2004, p. 154) preconiza uma íntima relação entre as posições dispostas no universo social e a distribuição de capitais – os “poderes sociais”, *id est*, “recursos que são ou podem se tornar operantes, eficientes, a exemplo dos trunfos em um jogo, na concorrência pela apropriação dos bens raros que têm lugar nesse universo social”. Para o autor, agentes ocupam determinadas e hierarquizadas posições em duas dimensões, de acordo com, respectivamente, o volume total de capital e a estruturação do capital, referindo-se esta ao “peso relativo” que as formas distintas de capital têm no volume total.

³¹ “Não fico envergonhada. Não fico envergonhada porque sei que é meu direito de... que eles me ouçam. Então olho bem nos olhos deles e falo ‘Eu quero isso. Estou com esse problema’. E eles precisam olhar para mim. Às vezes eles riem, eles sorriem, mas me dão o que eu quero [risos]” (tradução nossa).

Em termos bourdianos, ocupantes de posições hierarquicamente inferiores são, de maneira geral, “agentes desprivilegiados”. Esta desposseção de recursos sugere relação com dinâmicas de classe, conforme estabelecido por estudiosos como Scambler (2012), ao afirmar que desigualdades estruturais amplas impactam consideravelmente a capacidade de acúmulo e mobilização de capitais e, portanto, de poder. As condições de vulnerabilidade social vividas por pacientes migrantes na sociedade receptora condizem com esse quadro.

Neste ponto, é essencial rememorarmos as contribuições de Sayad (1998, p. 266), em muito de seu trabalho dedicado à análise da díade emigração-imigração. Para o autor,

o imigrante é aquele que realiza essa presença estrangeira e, correlativamente, o emigrante é aquele que se encontra no estrangeiro. Assim, as duas ordens, a ordem da migração (ordem de emigração e ordem de imigração) e a ordem nacional, estão substancialmente ligadas uma à outra.

A ausência de um comportamento que tendesse à deferência nas interações com médicos brasileiros e falantes pode estar associada à posição ocupada pelos entrevistados na arena social contextualizada em seu país de destino. Assim, há que considerar a possibilidade de que resultados diferentes seriam obtidos caso o perfil sociocultural dos entrevistados fosse distinto.

O campo da psicologia social oferece outra possibilidade, através do emergente conceito do “efeito do migrante feliz”. Proposto por Garrett et al. (2008), sugere que a aceitação, por parte de migrantes, de eventos negativos na assistência médica pode refletir uma comparação positiva em relação às condições do país de origem, normas culturais que preceituam aquiescência, autorrebaixamento por não falar a língua, temor de represálias e/ou sensação de intensa impotência por não conseguir se comunicar ou por sua condição de saúde. Com efeito, os sujeitos manifestaram alto nível de apreciação quanto à saúde pública brasileira, notadamente em comparação com aquela de seus respectivos países natais. Ademais, aventa-se a possibilidade de que os sujeitos da pesquisa sejam mais confiantes em geral, considerando sua disposição a tomar parte da entrevista.

2.1.2 “I trust them, so I sign”: altruísmo e confiança na produção do consentimento

No capítulo anterior, perscrutamos na relação médico-paciente um lócus cujo poder é construído a partir da valorização do conhecimento científico. Compreendemos essa expertise como um capital articulado de modo a produzir autoridade e a ascensão da categoria profissional. Mas a autoridade da qual goza a medicina e que caracteriza a representação do médico não se deve apenas à expertise técnico-científica, decorrendo também das circunstâncias que permitiram sua ascensão a uma posição de autoridade cultural.

Nesta conjuntura, Starr localiza ao fim do XIX e início do XX uma revolução cultural que marcou a transição do ceticismo à confiança nas “habilidades especializadas de desconhecidos”, conforme define Pescosolido (2013, p. 179, tradução nossa). A autora descreve o processo preconizado por Starr: “A autoridade cultural engendrou confiança, compeliu à obediência e fomentou legitimidade, aumentando, assim, a aceitação pública e a dependência da profissão científica da medicina”³². Notavelmente, a relação médico-paciente foi descrita pela literatura clássica como “a confiança sagrada”.

Mas no que se assenta a confiança, construto tão importante nas relações humanas e virtualmente inescapável à prática médica? Davies (1999, p. 93, tradução nossa) nota que, embora apresentem certas variações, as respostas apresentam um denominador comum:

Todas representam a noção de expectativa: expectativa do público de que os profissionais de saúde demonstrarão conhecimento, habilidade e competência; expectativas de que, além disso, eles se comportarão como agentes verdadeiros (isto é, no melhor interesse do paciente) e com beneficência, justiça e integridade. São essas expectativas coletivas que constituem a base da confiança.³³

A ênfase na expectativa como ponto de ancoragem anuncia um componente basilar da confiança: a incerteza, existente “quando os detalhes das situações são ambíguos, complexos ou probabilísticos; quando as informações não estão disponíveis ou são inconsistentes; e quando as pessoas se sentem inseguras em relação a seu próprio conhecimento”³⁴, afirmam Brashers, Goldsmith e Hsieh (2002, p. 478, tradução nossa). Dada à impossibilidade da presciência absoluta, seres humanos operam inevitavelmente em contextos de indeterminação, em uma “lacuna epistemológica perene”, nos dizeres de Sztompka (2003), que permeia de contingência a experiência humana.

Especialmente dubitáveis são as repercussões advindas de condutas alheias, sempre, ao menos fracionalmente, pelo eu incertas e incontroláveis. Sob este prisma, a confiança permite que, em vez de serem paralisados pela contingência, indivíduos formulem expectativas quanto às ações do outro e operem amplamente com base nelas. Confiar é uma forma de lidar com a experiência de vulnerabilidade e mitigar a incerteza (MÖLLERING, 2001; SZTOMPKA, 2003; PENN; WATERMEYER, 2018; BROWN, 2016), parte constitutiva da vida. Paradoxalmente, confiar também é colocar-se voluntariamente na dependência de outro, condição aceita por conta

³² “Cultural authority engendered trust, compelled obedience, and fostered legitimacy, thereby increasing public acceptance of and dependence on the scientific profession of medicine.”

³³ “All embody the notion of expectations: expectations by the public that healthcare providers will demonstrate knowledge, skill and competence; further expectations too that they will behave as true agents (that is in the patient’s best interests) and with beneficence, fairness and integrity. It is these collective expectations that form the basis of trust.”

³⁴ “(...) when details of situations are ambiguous, complex, or probabilistic; when information is unavailable or inconsistent; and when people feel insecure in their own state of knowledge”.

das expectativas nutridas. Como afirma Guthrie (2008, p. 134, tradução nossa), a confiança “é concedida voluntariamente por uma pessoa em situação vulnerável por conta de expectativas quanto às motivações e ações futuras da pessoa ou instituição de confiança”³⁵.

Dada a vulnerabilidade transversal e o desamparo em que se encontram muitos pacientes migrantes e alófonos, essa questão faz-se particularmente significativa no processo saúde-doença, ao qual a incerteza é integral (GOUGE, 2017). Como lembra Heritage (2005, p. 84, tradução nossa), a autoridade e a confiança depositadas no médico também se devem à “dependência de pacientes que estão doentes, desmoralizados e temerosos, e que não são capazes de compreender ou resolver seus problemas de saúde sem assistência especializada”³⁶.

A necessidade de “assistência especializada” ilumina outra interessante dimensão da confiança: a posicionalidade. Na visão de alguns autores (SZTOMPKA, 2003; GUTHRIE, 2008), o papel social de médico suscita confiança *prima facie*, a despeito de seu incumbente, por conta do imaginário sociocultural construído ao redor da profissão. O paciente, de maneira geral, encontra-se predisposto a fiar-se no médico porque tende a atribuir certo nível de confiabilidade à posição social em que se inscreve sua categoria profissional.

A literatura (BRADBY, 2009; PESCOSOLIDO, 2013) descreve como um dos elementos centrais na articulação desta confiança a pretensão altruísta alegada pelos profissionais da medicina, que depositariam os interesses do paciente à frente dos próprios. Apoiando-se neste pressuposto, tomou força a noção de que médicos compõem uma “comunidade moral”, habitando um universo ético mais elevado em que ganhos materiais importam menos do que o serviço prestado à sociedade. O enquadramento desta percepção de moralidade elevada nas conceptualizações bourdianas permite compreendê-la como um capital simbólico, isto é, um capital de honra cujo detentor exercita o poder social organizado interativamente.

Notório contribuinte à sociologia médica, Parsons (1964) vê na orientação coletiva o equilíbrio da RMP. Para o autor, a abnegação dos médicos compensaria a impotência do paciente na relação assimétrica com o profissional. Embora desiguais, os papéis desempenhados pelos interactantes se reciprocariam à medida que o paciente troca sua autonomia pela garantia da intenção benevolente do médico, caracterizando a relação como funcional e consensual (ADOLF; STEHR, 2016).

³⁵ “(...) is voluntarily granted by a person in a vulnerable situation because of expectations about the trusted person’s or institution’s motives and future actions”.

³⁶ “(...) dependency of patients who are sick, demoralized, and fearful, and who are not capable of understanding or solving their health problems without expert assistance”.

Conforme afirma Möllering (2005), esta “estima da expertise e das motivações” do profissional se ancora em pressupostos sistemáticos sobre os compromissos éticos, o treinamento e a regulação da categoria como um todo. Neste quadro, a confiança é nutrida em razão de um imaginário que posiciona o médico como inerentemente capacitado e altruísta. É nesse ideário que M. parece se estear. Ao narrar um episódio em que se sentiu ignorado por sua médica, o entrevistado atribui à profissão um caráter beneficente, quase caridoso, avaliando positivamente as motivações desta:

Ela não queria ouvir. Na minha opinião ela não tem que ficar médica. Porque médica é uma pessoa salvadora. Não é uma pessoa que não quer mexer, não. (...) O que eu quero falar é [que o médico é] uma pessoa que ajuda as pessoas que tá precisando, que tá sofrendo. Esse que é médico. Ele não vai pedir nacionalidade, outra coisa, não. Médico não conhece isso.

Contudo, Möllering (2001) aponta, a importância da posicionalidade não invalida a dimensão interpessoal da confiança, pois é nas interações desenvolvidas entre si que os atores sociais específicos, singulares, talham suas expectativas, sentimentos e julgamentos morais. A manutenção da confiança inicial, baseada no imaginário sociocultural, acontece pela intersubjetividade, podendo ser reforçada, intensificada ou enfraquecida. O julgamento se baseia na congruência da conduta demonstrada pelos incumbentes em relação às obrigações normativas de seus papéis sociais. Constata-se (GOUDGE; GILSON, 2005; HALL et al., 2001) que as expectativas dos pacientes em relação aos médicos envolvem competência técnica; demonstração de habilidades interpessoais, como compaixão e competência comunicacional; e respeito à agência, comprometendo-se a agir de acordo com os interesses do paciente.

A observação corrobora o conceito de confiança fiduciária proposto por Barber (1983) e caracterizado pela expectativa de condutas desinteressadas, de renúncia ao interesse próprio; representativas; e benevolentes, concernente a expressões de assistência, proteção, sensibilidade e empatia à dor alheia. Joffe e Truog (2010) retomam a noção, sublinhando que, em resposta ao depósito de confiança por parte do paciente, o médico age com senso de lealdade em nome, e para o benefício, do primeiro. No contexto de nossa pesquisa, a fidúcia é expressa no acolhimento à dificuldade de o paciente se comunicar em português, uma vez que demonstra desinteresse próprio, pois demanda a aplicação de mais recursos, como tempo e energia; representa o bem-estar do paciente, que sem isso seria prejudicado; e é benevolente.

Möllering (2001, p. 94, tradução nossa) enfatiza outro importante fator de impacto à confiança: o grau de familiaridade com o ambiente em que se age, isto é, a “proximidade do ator com algo – não apenas pessoas, mas também artefatos, conceitos ou emoções encontradas anteriormente no fluxo de experiência, e explícita ou implicitamente reconhecíveis novamente

pelo ator”³⁷. Por suscitar sentimentos como a segurança, a previsibilidade e o conforto do conhecido, a familiaridade estimula uma “atmosfera geradora de confiança”. De outro lado, ambientes estranhos, desconhecidos induzem a sentimentos de suspeita, desconfiança, incerteza e ansiedade. Trata-se de um dado especialmente relevante no trato de sujeitos migrantes, que, em deslocamento multifatorial, encontram-se em ambientes estranhos ou pouco familiares.

O movimento migratório produz um abalo na comunicação entre sujeito e entorno. Frequentemente, nessas circunstâncias há uma sensação de desancoragem, uma destituição inexorável das certezas que traz o familiar (DELLA PASQUA, 2009). A estranheza do ambiente institucional e da rotatividade de profissionais, que obstaculiza a produção de confiança mesmo em pacientes brasileiros e/ou falantes de português, são ampliados pelas divergências cultural, linguística, geográfica e sociopolítica.

A confiança conferida ao médico exprime-se agudamente quando o paciente assina documentos que governam o cuidado ético, como consentimentos informados. Beauchamp e Faden (1986, p. 278, tradução nossa) descrevem o consentimento em termos de uma autorização autônoma, que depende da satisfação de determinados critérios, ocorrendo quando o “paciente ou sujeito com (1) compreensão substancial e (2) na ausência substancial de controle por outros (3) intencionalmente (4) autoriza um profissional”³⁸.

Nas esferas moral e jurídica, o indivíduo goza, *compos mentis*, de soberania sobre o próprio corpo. O consentimento permite, admite atos que de outra forma seriam considerados legal e moralmente inaceitáveis. Impede que o paciente seja tratado como um mero objeto. Nessa linha, diagnostica Bullock (2018), tem um “poder transformativo moral” – que só entra em potência caso o paciente esteja devidamente informado acerca do que consente, seja cognitivamente capacitado e o faça voluntariamente.

Um dos princípios básicos da ética médica, conforme estabelecido por Beauchamp e Childress (2013), o respeito pela autonomia do paciente se traduz na garantia de que o paciente tenha acesso às informações necessárias para consentir efetivamente e as compreenda. Mas como produzir um consentimento informado se o paciente não dispõe de competência linguístico-comunicativa na língua em que o documento é escrito? E como é possível consentir efetivamente ao que se desconhece?

³⁷ “(...) actor’s close acquaintance with something – not only with persons but also with artefacts, concepts or emotions previously encountered in the stream of experience and explicitly or implicitly recognizable by the actor again”.

³⁸ “(...) patient or subject with (1) substantial understanding and (2) in substantial absence of control by others (3) intentionally (4) authorizes a professional”.

Neste contexto, a confiança assume papel central na experiência de migrantes na RMP, segundo relatado nas entrevistas. É a essa manifestação afetiva, à confiança na competência técnica e na fibra moral dos médicos, que P. atribui sua assinatura nas circunstâncias descritas: “Each time I go to the hospital I have to sign, even though I don’t know what I’m signing [risos]. I don’t know. But I trust them. So I sign [risos] (...) I trust the people who gave me the paper that it’s for my good so I sign”.³⁹

Esse estabelecimento de confiança mostra seu caráter axiológico, pois baseado em expectativas morais a respeito de ações alheias. Ao assinar o consentimento informado, o paciente espera, confia, que os profissionais de saúde ajam de forma íntegra, forneçam informações verazes, exerçam a medicina com o bem-estar do paciente em mente, sejam justos; em suma, tenham uma conduta benigna (SZTOMPKA, 2013).

Semelhantemente, M. confirmou que assinaria um consentimento médico ainda que não compreendesse a língua em que é escrito, justificando-se pelo suposto caráter benfazer do profissional: “Eu vou assinar. Porque os médico, pra mim, eles tá tentando só ajudar. Porque eu sei ele está tentando só pra ajudar, mas tem as coisas de lei que ele também não quer quebrar”.

A confiança, no entanto, não é necessariamente completa. No cálculo de riscos e expectativas, A. afirma confiar 80% nos médicos, pois “primeiramente, os médico não dá 100% e secundamente eu não acho que se eu for no médico junto com um brasileiro com o mesmo caso, o médico vai se preocupar mais de mim do que o brasileiro. Não, não. Ele vai se preocupar mais com o brasileiro do que eu”. A declaração desvela a percepção de importância reduzida do migrante em relação ao autóctone, com quem partilha recursos espaciais, materiais e humanos ao buscar assistência de saúde.

Mas seria a confiança sempre uma escolha? Embora tenha atribuído a decisão de assinar o consentimento informado à confiança que possui nos médicos, posteriormente P. demonstra um sentido de obrigatoriedade ao proclamar a necessidade de assiná-lo: “I have to attach my signature to it”⁴⁰. A inexistência ou impossibilidade de fazer outra escolha que não confiar no médico é descrita em termos de imposição, sendo denominada “confiança coercitiva” por Robb e Greenhalgh (2006). Os autores caracterizam essa relação como uma espécie de “dependência involuntária” que “envolve relações de poder desiguais e é tipificada pela dependência que qualquer paciente, mas principalmente aqueles sem o conhecimento clínico e/ou sistêmico

³⁹ “Sempre que vou ao hospital preciso assinar, apesar de eu não saber o que estou assinando [risos]. Não sei. Mas confio neles. Então, eu assino [risos] (...) Confio nas pessoas que entregaram o papel para mim que é para o meu bem, então assino” (tradução nossa).

⁴⁰ “Preciso colocar minha assinatura nele” (tradução nossa).

relevante, tem em relação a um médico ou enfermeiro”⁴¹ (p. 452, tradução nossa). Na medida em que o conceito de escolha pressupõe a disponibilidade de alternativas exequíveis – “a capacidade de ter escolhido de outra forma”⁴² (GETACHEW, 2012, p. 437, tradução nossa) – e que recursos são essenciais na viabilização dessas alternativas, a insuficiência de recursos importantes tira de vista certas escolhas.

Similarmente, a ausência de tempo ou qualificação suficiente para aferir o nível de confiança merecido caracteriza uma “confiança sob pressão”, como qualificam Bijlsma-Frankema e Woolthuis (2005). Não falantes de português dispõem de menos recursos culturais e linguísticos para esclarecer dúvidas ou pontos obscuros, em virtude do comprometimento de sua capacidade de comunicação na língua. Desta forma, é razoável supor que esses indivíduos se veem obrigados a “entregar nas mãos do médico”, submetendo-se à sua tutela. Sob este prisma, a confiança não coagida reivindica *equipoise*, uma situação de equilíbrio em que as opções disponíveis (não confiar, não assinar) seriam efetivamente factíveis.

2.2 DO CAPITAL SOCIAL E LINGUÍSTICO NA COMUNICABILIDADE DO PACIENTE MIGRANTE

Neste subcapítulo, exploraremos a influência exercida pelas condições de migrante e alófono no acesso a capitais social e linguístico, e conseqüentemente, nas possibilidades de comunicação e obtenção de informações. Em 2.2.1, analisaremos as estratégias das quais lançam mão os pacientes migrantes enquanto pacientes não falantes de português, considerando os recursos linguísticos à sua disposição; em 2.2.2, trataremos da esfera das sociabilidades nas quais se inscreve o migrante na sociedade de chegada.

2.2.1 “Eu sou poliglota, mas é difícil aqui no Brasil”: acessando direitos enquanto não falante de português

No âmbito da saúde, a competência linguístico-comunicativa desponta como um fator crucial. Descrever sintomas, informar alergias, relatar seu histórico pessoal, fazer perguntas, emitir opiniões; ler consentimentos informados, folhetos médicos, prescrições e bulas medicamentosas; compreender questões e explicações oralizadas pelo médico. Essas atividades

⁴¹ “(...) involves unequal power relations and is typified by the dependency any patient, but especially one who lacks relevant clinical and/or system knowledge, has on a doctor or a nurse”.

⁴² “(...) the ability to have chosen otherwise”.

basilares na comunicação de saúde são possibilitadas por um tipo de capital cultural designado como linguístico.

A partir de Bourdieu (1991), Nawyn et al. (2012, p. 258, tradução nossa) definem o capital linguístico como “as habilidades adquiridas de falar uma língua dominante ou ‘oficial’ de acordo com as especificações de quem está no poder”⁴³. Embora o sociólogo algeriano-francês tenha focalizado falantes de variantes de uma mesma língua, sua teoria também é aplicável a falantes de línguas diferentes, como demonstrado pelas autoras, que abordam a significação social e a possibilidade de integração não econômica em situações migratórias de línguas discordantes.

O estabelecimento de uma língua oficial, marcador do Estado-Nação moderno, envolve processos de legitimação, com o reconhecimento oficial e geralmente formalizado em constituição, e processos de institucionalização, com a adoção da língua em domínios públicos (MAY, 2011). Legitimada e institucional, a língua oficial representa, segundo Bourdieu (1991, p. 45, tradução nossa), “a norma teórica em relação à qual todas as práticas linguísticas são objetivamente medidas”⁴⁴. É, portanto, capital linguístico de altíssimo valor, cujo domínio afeta oportunidades de efetivação de direitos sociais, como saúde, educação, trabalho e moradia, influenciando vivências de inclusão ou exclusão em variadas dimensões sociais (ZSCHOMLER, 2019).

A relação entre linguagem e dignidade humana é afirmada nos estudos de Piller e Takahashi (2011). Segundo as autoras, a linguagem medeia o acesso a direitos humanos instituídos, atuando como prática, ou recurso, que pode aprimorá-lo ou restringi-lo. O posicionamento ecoa a articulação de Bourdieu entre competência linguística e exclusão social: “Falantes aos quais falta competência legítima são excluídos de facto dos domínios sociais nos quais a competência é requerida, ou são condenados ao silêncio”⁴⁵ (1991, p. 55, tradução nossa).

Na perspectiva bourdiana, a valorização de determinado capital é sensível ao contexto, podendo comportar valores distintos dependendo do campo social em que se situa (CODÓ, 2008; ADOLF; STEHR, 2016). No âmbito da comunicação em contextos migratórios, o fenômeno é perceptível na mudança de valores que as línguas sofrem. Assim, para além do cruzamento de fronteiras geográficas, na migração ocorre uma transição entre campos no tocante à linguagem, manifestada nas valorizações distintas de determinadas línguas.

⁴³ “(...) the acquired skills of speaking a dominant or ‘official’ language according to the specifications of those in power”.

⁴⁴ “(...) the theoretical norm against which all linguistic practices are objectively measured”.

⁴⁵ “Speakers lacking the legitimate competence are de facto excluded from the social domains in which this competence is required, or are condemned to silence.”

Estendendo a metáfora econômica, Bourdieu exprime esses processos sociais mediante o conceito de mercado, “um sistema de relações de força que determina o preço dos produtos linguísticos e, assim, ajuda a talhar a produção linguística”⁴⁶, como define em entrevista com Wacquant (1989, p. 47, tradução nossa). O valor da língua depende do campo em que é usado, visto que é calculado em relação às formas linguísticas dominantes: “uma língua vale o que valem aqueles que a falam, isto é, o poder e a autoridade, nas relações de força econômicas e culturais, dos detentores da competência correspondente” (BOURDIEU, 1983, p. 165).

Contextualizando este conceito nas práticas e políticas linguísticas exercidas em São Paulo, verificamos que a conjuntura de serviços públicos do município pressupõe a valorização do português brasileiro em seu mercado linguístico. É nele que, no aparato institucional do cuidado, são produzidos e propagados textos materiais, como sinalizações, folhetos informativos, declarações de consentimento informado; e impalpáveis, caso das interações conversacionais com profissionais de saúde e funcionários administrativos. É neste cenário que analisamos o capital linguístico dos sujeitos desta pesquisa.

Notando as discrepâncias entre o nível de (des)valorização que as sociedades de saída e de chegada praticam em relação aos recursos dos migrantes, Garrido e Codó (2017) referem-se a um processo de “desqualificação” ou “deslinguagem”. Isso reflete a posição de Blommaert (2007, p. 2, tradução nossa) ao afirmar que “indivíduos articulados e multilíngues poderiam se tornar inarticulados e ‘sem língua’ deslocando-se de um espaço em que seus recursos linguísticos eram valorizados e reconhecidos para um em que não eram considerados valiosos e compreensíveis”⁴⁷.

Essa análise relacional do poder aponta para a fungibilidade do capital, isto é, a medida em que a valorização do recurso pode transitar entre um ou mais campos. O processo é latente na comparação de M. acerca de suas experiências no Brasil e no Guiné: “A comunicação de lá é muito fácil. Porque a gente fala francês e eu falo muitos idiomas. Eu falo todos os idiomas da Guiné. E se a gente não tá comunicando em francês, a gente comunica no idioma da pessoa. Mesmo se ela não fala meu idioma, eu falo o idioma dele.”

M. referencia o universo linguístico a que tinha acesso à época de suas consultas no Brasil como alófono. Descreve dois cenários possíveis em seu país natal, ocorrendo a conversação, no primeiro deles, em francês, idioma oficial na nação. Este seria o cenário-base,

⁴⁶ “(...) a system of relations of force which determine the price of linguistic products and thus helps fashion linguistic production”.

⁴⁷ “(...) articulate, multilingual individuals could become inarticulate and ‘language-less’ by moving from a space in which their linguistic resources were valued and recognized into one in which they didn’t count as valuable and understandable”.

a convenção, o esperado. Mas a competência na língua não é unânime entre os guineenses, por isso, no segundo episódio hipotetizado, o interlocutor não fala francês. Ainda assim, a situação não representaria um problema para M., que estaria apto a se comunicar em uma das línguas ditas locais do Guiné. Contempla-se, em ambas as possibilidades, a valoração positiva dos recursos linguísticos dos quais dispõe o sujeito.

Estando as pessoas posicionadas no campo de acordo com seus recursos, ou “poderes sociais” (BOURDIEU, 2004), induzimos que M. se encontraria em boa posição por seu capital linguístico se estivesse em seu país de origem. Mas o grau de instrumentalidade da língua depende das circunstâncias em que opera (MAY, 2011). Assim, embora no Guiné seja alto o valor atribuído ao capital linguístico de M., no Brasil ele se enfraquece por não incluir o domínio do português.

A transposição de campos e valores também se faz clara no discurso de A. ao comentar os obstáculos enfrentados no Brasil:

Uma coisa que também é bem ruim. Aqui no Brasil as pessoas não aprendem outras línguas, e aí é muito ruim. O povo brasileiro é um povo bem fechado. Ele fica só na cultura dele, língua dele, é ruim. No Brasil uma pessoa que fala duas línguas ela estuda ou trabalha num lugar bom. Duas línguas. Três línguas é muito difícil. Eu sou poliglota. Mas é difícil aqui no Brasil.

Na entrevista, A. qualifica como “ruim” o perfil monolíngue exibido pelos brasileiros, que entende refletir um encerramento em si mesmo, um fechamento a outras culturas. Ao mesmo tempo, considera a influência socioeconômica ao apontar a relação entre, de um lado, o nível educacional ou ocupacional e, de outro, o volume de capital linguístico em termos de quantidade de línguas faladas.

Ciente de que lhe faltava o capital linguístico de valor no Brasil, isto é, a competência na língua portuguesa, A. priorizava migrar para alguma nação europeia francófona ou anglófona. Contudo, as circunstâncias involuntárias da partida impediram que cumprisse tal estratégia linguística, uma vez que, temeroso por sua integridade, A. precisou priorizar a facilidade para obtenção de visto, como narra: “Nesse momento o visto mais fácil no Congo era pro Brasil. Eu queria ir pra Europa pela facilidade da língua. Mas não consegui. Como não tava mais em segurança a minha vida, preferi ir pro Brasil”. Embora francês e português sejam línguas românicas, ponto em comum que representaria uma vantagem no aprendizado e na comunicação, A. especifica a francofonia ao relatar suas dificuldades: “A língua é uma coisa bem difícil pra nós que vem de país francófono.”

Ao pesquisar a língua como capital não econômico para refugiados linguisticamente isolados, Nawyn et al. (2012) notam que, para além de contribuir a perspectivas laborais, o

capital linguístico possibilita o acesso de imigrantes a informações importantes para sua sobrevivência, por exemplo, onde encontrar o hospital e como se comunicar com o médico.

Na busca de contornar barreiras, migrantes lançam mão de estratégias comunicativas. Os recursos linguísticos mobilizados pelos sujeitos migrantes abarcaram linguagens verbal e não verbal, se dando por intermédio de: cinésica; interpretação ad hoc; dicionários físicos; tradutores eletrônicos; texto previamente escrito para o médico por um terceiro; uso do comando, ainda que insuficiente, em português. A seguir, tratamos em pormenores destes procedimentos, a começar por aqueles que se isentam da verbalidade.

Definida por Neuliep (2018, p. 426, tradução nossa) como “as mensagens que as pessoas enviam umas às outras que não contêm palavras”⁴⁸, a linguagem não verbal possui diversas funções em interações sociais, dentre as quais validar, ilustrar ou substituir mensagens verbais; comunicar emoções; regular a autoimagem; e negociar turnos de fala. Em contextos clínicos, a não verbalidade desempenha papel preponderante ao transmitir mensagens pelo, e sobre o, corpo (CORDELLA, 2004; VALERO-GARCÉS, 2014).

Ao longo de suas trajetórias no sistema de saúde, os sujeitos recorreram estrategicamente a gestos e expressões faciais, componentes da cinésica, popularmente chamada “linguagem corporal”⁴⁹. Segundo tipologia de Ekman e Friesen (1969)⁵⁰, foram relatados gestos emblemas e ilustradores, que substituem e esclarecem a fala, respectivamente. Em uma de suas primeiras visitas ao médico, A. utiliza ilustradores para comunicar a presença de cefaleia: “Algumas vezes [me comunico] com gestos. Por exemplo, ele [o médico] me perguntou ‘você tá se sentindo como?’ Falei ‘cabeça [bate na cabeça] tá batendo, né’, aí ele falou ‘ah, dor’”.

Os gestos foram empregados para reforçar dois dados referenciados verbalmente: a sensação de dor e a parte do corpo em que ocorria. Há, no primeiro, certo desvio em relação ao uso corrente do português brasileiro. A elocução “bater”, em vez dos mais usuais “doer” ou “latejar” causa estranhamento. Contudo, embora incomum em português brasileiro, a proximidade semântica dos termos e o contexto da assistência médica, no qual supõe-se a existência de agravo, possibilita a compreensão.

⁴⁸ “(...) the messages people send to one another that do not contain words”.

⁴⁹ Cabe notar que, embora a cinésica apresente variação cultural e situacional (BERRY, 2007; VALÉRO-GARCÉS, 2014), os entrevistados não reportaram mal compreendidos ou conflitos a este respeito.

⁵⁰ A tipologia descreve cinco tipos principais de gestos: emblemas, utilizados para substituir a fala; ilustradores, que acompanham a fala visando esclarecê-la; reguladores, para negociar turnos de fala; demonstradores de afeto, que mostram, por exemplo, vergonha ou nervosismo; adaptadores, utilizados para liberar tensão; e acenos de cabeça.

Em diferente ocasião, A. gesticulou mais genericamente, apontando em direção à região ampla em que se encontrava o local do agravo: “Falei ‘aqui’ [aponta para a região genital]. ‘Aqui onde? No pinto?’ Falei ‘não’. ‘Testículo?’ ‘Sim.’” É provável que o menor grau de especificação geográfica, em comparação ao exemplo anterior, tenha decorrido da natureza sensível do local.

Por sua vez, as expressões faciais foram empregadas propositalmente para comunicar a sensação de dor. Além de posturas corporais, choros e gemidos lamurientos, certas mudanças no semblante evidenciam a experiência de algia, como o estreitamento da abertura ocular, a elevação do arco zigomático, o abaixamento da sobrancelha e o enrugamento dos ossos nasais – dito de outra forma, olhos apertados, maçãs do rosto elevadas, sobrancelhas franzidas e ponte do nariz enrugada (CRAIG, 1992; PRKACHIN, 2009).

Os sujeitos entrevistados simularam esses elementos reconhecidamente indicativos de dor, por vezes acompanhados de gestos, para comunicar o que sentiam aos profissionais de saúde, como A.: “Antes de ir para arrancar dente, tava com dor nas costas, porque trabalho, tipo, com muito pesado, e quando foi lá, fiz assim [coloca a mão sobre as costas e franze a sobrancelha] e ele falou ‘dor nas costas’ [risos]”. Comentando o uso de expressões faciais estratégicas ao se comunicar na RMP, P. relata:

A lot of time I have to use body language to talk to them. For example, if I say I have pain in my teeth, I show them the teeth and I tell... With my facial expression they know I have pain in the teeth. (...) All the time I tell them ‘my stomach’, I have to press down on my stomach and squeeze my face. Like a small demon. And they’ll know I’m having pain there.⁵¹

Mas como dizer com o corpo, com a postura, com o rosto, e de forma eficaz, se a dor é aguda ou contínua? Se é recente ou recorrente? Em que ocasiões ocorre? Em casos de estresse, de esforço físico? E além da dor – com que gestos comunicar seu histórico? Informar alergias? A linguagem não verbal, ainda que componente vultoso, parece ficar aquém das necessidades comunicativas da assistência em saúde, oferecendo uma cobertura insuficiente de suas demandas. Nesse cenário, a linguagem verbal apresenta consideráveis vantagens.

Primeiramente, apontamos que, a despeito de nossas expectativas, a utilização de tradutores eletrônicos, como Google Tradutor, foi pouco relatada. A popularização de smartphones e a ampliação acentuada do acesso à internet fundamentam a ilusória convicção de que a comunicação verbal está disponível a todos e a qualquer tempo, mesmo em contextos de privação (ADOLF; STEHR, 2016). Todavia, a plena utilização de recursos eletrônicos on-line

⁵¹ “Muitas vezes preciso usar linguagem corporal para falar com eles. Por exemplo, se eu disser que estou com dor de dente, mostro meus dentes pra eles e digo... Com a minha expressão facial, eles sabem que estou com dor de dente. (...) Sempre que digo ‘meu estômago’, tenho que apertar a barriga e contrair o rosto. Como se fosse um diabinho. E então eles sabem que estou com dor de estômago” (tradução nossa).

ou mesmo off-line é impedida por circunstâncias agravantes, como indisponibilidade de conexão com a internet e descarregamento da bateria do celular. Além dessas, A. trouxe à luz outra motivação, tão significativa quanto ausente da literatura consultada:

Foi lá no médico no Carrão à noite. Já dez da noite, onze da noite. E ali falou “não, é melhor deixar celular em casa e ir sem celular”. Porque pode ocorrer uma pessoa na rua de pegar celular. E não sei. Como eu moro sozinho, meu celular nunca pode ser desligado. Porque estou muito estressado. E com o celular não tem mais estresse. Posso se comunicar com as pessoas, com a minha mãe, com o meu pai, com a minha irmã... tudo mundo. Como se estivessem tudo no mesmo lugar.

Dentre os processos emocionais integrantes da mobilidade humana, as relações de afeto entre indivíduos e grupos através de fronteiras nacionais influenciam circunstâncias e eventos na sociedade de chegada (SVAŠEK, 2010; ALBRECHT, 2016). Diante da possibilidade de ser roubado, A. opta por deixar o celular em casa, considerando o papel fulcral desempenhado pelo aparelho no suprimento de demandas afetivas como a comunicação com a família. Assim, a busca pela continuidade destas relações, contraposta à insegurança vivenciada na cidade de São Paulo, têm efeito direto sobre o capital linguístico à disposição de A. Por conta disso, durante cerca de quatro meses, antes de sair de casa em direção ao hospital, o entrevistado traduzia eletronicamente o que pretendia falar ao médico, escrevia a tradução em uma folha de papel e a levava consigo para mostrá-la ao profissional.

A indisposição de recursos eletrônicos fez emergir estratégias de compreensão respaldadas pela modulação do discurso do profissional de saúde. Os entrevistados relataram pedir para que o médico utilizasse palavras “mais simples”, o que pode corresponder a duas práticas – substituir certos termos ou expressões por sinônimos mais usuais; e não aplicar variações de número, gênero ou grau a substantivos, bem como utilizar verbos no infinitivo. Outro tipo de modulação é de ordem prosódica, a solicitação de que o profissional diminua o ritmo de sua fala, adequando-a a ouvidos não nativos, como explica M.: “Se eu não entendo bem... Porque tem as vezes que ela [médica] falava muito rápido. Eu falei pra ela ‘se você falar muito rápido, eu não vou entender. Tem que falar devagarinho’”. P. utiliza de similar estratégia:

Many times he or she, when they talk – you know Brazilians, they talk so fast. It seems they’re running like in the metro [risos]. And I have to tell them “ô, fala devagar”. When they talk slowly I comprehend a lot and I talk to them back (...) Sometimes I ask them to speak slowly. And sometimes I ask them “sorry, I didn’t get you?”, and they will repeat. Then I understand. A lot of times. Even now.⁵²

⁵² “Muitas vezes ele ou ela, quando eles falam – você sabe como os brasileiros falam bem rápido. Parece que eles estão correndo como se estivessem no metrô [risos]. E eu preciso dizer a eles ‘ô, fala devagar’. Quando eles falam devagar, eu entendo bastante e respondo (...) Às vezes, peço para eles falarem devagar. E, às vezes, digo ‘desculpe, não entendi?’, e eles repetem. Aí eu entendo. Muitas vezes. Mesmo agora” (tradução nossa).

Para além dos métodos bidirecionais apontados, outro dos recursos comunicativos conta com a adição de um terceiro indivíduo: o intérprete. Imprescindível apontar que, como o equipamento público de saúde brasileiro não oferta serviços de interpretação profissional, as ocorrências de interpretação são realizadas de maneira ad hoc, isto é, informalmente, por alguém que não seja intérprete profissional, geralmente amigos, conhecidos ou familiares levados pelo paciente ou funcionários da instituição de saúde.

Na primeira visita de A. ao hospital, um funcionário congolês foi chamado para auxiliar na comunicação em francês. Embora tenha sido atendido por um médico que supostamente falava francês, M. teve a comunicação amplamente interpretada por sua professora de português à época, também fluente em francês: “Eu explico em português, mas quando eu erro, a professora fala ‘não, o que que você quer falar? Me fala em francês’. Eu falo em francês pra ela, ela fala em português pra o médico. Porque ela falava francês mais bem que o médico.” Por sua vez, D. precisou buscar um conterrâneo que lhe ajudasse após sua primeira visita ao hospital ser infrutífera ao constatar que não se falava inglês.

Informalmente interpretado pelo pai quando ainda não falava português e atualmente intérprete ad hoc da mãe, K. teve sua experiência comunicativa estruturada pela ajuda de familiares:

Chegamos ao médico e só eu fazia os gestos, aí meu pai entendia, ou eu falava na minha língua materna ou a minha língua de tribo, que meu pai também falava naquela época, e meu pai entendia e traduzia pro médico. Então através disso daí que o médico conseguiu entender o que tava sentindo. Quando eu voltei lá, era com a minha mãe. No caso, eu era o tradutor agora, porque a minha mãe até agora ela não fala português, só eu que falo. E aconteceu a mesma coisa que aconteceu com o meu pai também. Minha mãe mostrava o gesto ou falava em dialeto aí eu tive que entender pra poder traduzir.

A prática, contudo, não é sem riscos. Conforme documentado na literatura (ANGELELLI, 2004; HALE, 2007; PENN; WATERMEYER, 2018), há entraves associados ao uso de intérpretes informais, como a falta de privacidade e a dependência de um ad hoc disposto, e disponível, a acompanhar o paciente. Particularmente, quando realizada por amigos ou familiares, estes podem evitar discutir tópicos delicados, deixar de transmitir más notícias, e minimizar ou enfatizar certos aspectos da saúde. No âmbito linguístico, procedimentos ad hoc frequentemente produzem interpretações contendo condensações, distorções, substituições e omissões de informação, o que pode resultar em implicações negativas para a acurácia e a eficácia da assistência médica.

Alternativamente, na ausência de intérpretes ad hoc, são utilizados outros métodos. À época em que morava na Casa do Migrante, abrigo da Missão Paz no centro de São Paulo, M. precisava se vacinar. Como o entrevistado não falava português nem dispunha de relações

sociais que pudessem acompanhá-lo, um assistente social da Casa redigiu um comunicado explicando a situação do migrante e o orientou a entregá-lo na instituição de saúde: “Então esse encaminhamento, eles falam tudo dentro que a gente tem que... que o médico tem que fazer pra nós. (...) Tá escrito em português ‘a pessoa não fala nada do português, ela é estrangeira, vem desse país tã-tã-tã. Ele precisa tomar esse vacina’”.

Após entregar o comunicado para um funcionário da instituição de saúde, M. recebeu outra mensagem escrita em papel, que deveria ser repassada ao próximo profissional que dele se encarregasse, conforme relata:

Quando você entrega o papel, ele fala pra você esperar. E aí depois ele leva você, te dar esse vacina. Depois, com outro documento, ele vai escrever no próximo, volta para tomar. (...) Não falei com ninguém quando tava lá só... porque eu não tava falando nada de português. Só entregar o documento, o papel, esperar as pessoas fazer o trabalho deles.

Embora seja uma saída válida sob a perspectiva consequencialista, isto é, enquanto instrumento para obter o resultado final da perspectiva biomédica – que M. tomasse a vacina, protegendo-se de determinadas doenças –, o método desrespeita o paciente enquanto sujeito, transformando-o em um “garoto de recados” em vez de um participante ativo no processo de produção de sua saúde, ciente do que lhe acontece: “Às vezes [eu tinha dúvidas] como... quando eles tá com o documento, como perguntar ‘Eu tenho que esperar até quando? Que médico tem que me atender? Pra onde eu vou?’ Tudo isso.”

Cabe notar que, por vezes, a solução fica sendo esperar por um médico que fale a língua do paciente migrante, como ocorreu com P. em sua primeira experiência: “They said ‘wait, there's a doctor, he speaks English.’ We have to wait for maybe thirty minutes, and the doctor speaking English came.”⁵³ O mesmo aconteceu da próxima vez que buscou assistência médica: “I used to say ‘do you speak English?’ They said ‘no, I don’t. But there’s someone that speaks English. Wait, let me call him’. So I keep doing like this until I started learning the basics.”⁵⁴

A trajetória da paciente, contudo, incluía também profissionais de saúde não falantes de inglês, posicionando P. em uma paradoxal função de porta-voz sem fala, diante da qual se sentiu “perdida”:

After the doctor there was no other person in that environment that is speaking English. So what the doctor did was, he just gave a paper. I just take the paper, hand it to the

⁵³ “Eles disseram ‘espera, tem um médico que fala inglês’. Precisamos esperar meia hora até que médico que falava em inglês chegasse” (tradução nossa).

⁵⁴ “Eu costumava dizer ‘você fala inglês?’. Eles diziam ‘não, eu não falo. Mas tem alguém que fala. Espera, vou chamá-lo’. Então continuei fazendo isso até começar a aprender o básico” (tradução nossa).

next person, and the next person take blood sample and blood test... I was carrying... I was just following her all the time. ⁵⁵

Percursos como este sugerem uma diminuição da autonomia e da agentividade do sujeito. Com efeito, respostas emocionais negativas, como impotência, estresse, raiva, insegurança e autorrecriação (FINDLEY; MATOS, 2015) parecem ser deflagradas pela impossibilidade de compreensão e produção de linguagem verbal, como demonstrado nos excertos seguintes:

When I look at that big piece of paper with full information which I cannot understand I feel like I'm stupid and backwards... You get this kind of feeling that you are stupid. (P.)⁵⁶

[Senti] muito raiva, muito raiva. Você quer falar alguma coisa e não sabe falar. Muito raiva. (A.)

Realmente, me sentia fora do mundo. Quando eu chegava em lugar onde falava uma língua diferente, eu ficava calado e queria falar, mas não conseguia e entendia nada. É como se fosse alguém que tá fora de si. (K.)

A literatura acerca deste ponto é escassa. Uma das poucas iniciativas partiu da canadense North York Community House, organização de assistência a imigrantes recém-chegados no país. Em 2018, seu programa de capacitação “Leadership and Civic Engagement Training” promoveu uma pesquisa na qual perguntaram a 66 migrantes como se sentiam em relação às dificuldades linguísticas que enfrentavam. O relatório (p. 6, tradução nossa) gerado pela iniciativa assim sintetiza as respostas:

A emoção dominante expressa foi vergonha. Outros adjetivos usados para descrever seus sentimentos foram: frustrado, sentindo-se como uma criança que está aprendendo a falar, estressado, idiota, perdido, incapaz, péssimo, solitário, com medo, limitado ao uso das mãos para se comunicar, a linguagem corporal negativa da pessoa com quem está falando (dando vontade de se fechar em si mesmo), triste, nervoso, com raiva, inútil, impotente, deprimido e mal.⁵⁷

As emoções descritas são compatíveis com o resultado de nossas entrevistas. Todavia, o campo dos aspectos socioemocionais relacionados à inabilidade na língua oficial carece de mais estudos que elaborem as formas com que o deslocamento migratório impacta processos emocionais. Associadamente, o capítulo 4.2 tratará dos afetos mobilizados quando os sujeitos

⁵⁵ “Depois do médico, ninguém mais naquele lugar falava inglês. Então, o que o médico fez foi me dar um papel. Eu só pego o papel, entrego para a próxima pessoa, e ela tira meu sangue e faz o teste de sangue... Eu fiquei segurando... Eu só fiquei seguindo ela o tempo todo” (tradução nossa).

⁵⁶ “Quando eu olho para aquela folha grande de papel cheia de informações que eu não consigo entender, sinto que sou idiota e ignorante... Você fica com essa sensação de ser idiota” (tradução nossa).

⁵⁷ “The dominant emotion expressed was feeling shame. Other adjectives used to describe their feelings were: frustrated, feeling like a child who is learning to talk, stressed, stupid, lost, challenged, terrible, lonely, afraid, restricted to using their hands to communicate, negative body language from the person they are speaking to (that makes them want to shut down), sad, nervous, angry, useless, powerless, depressed, and bad.”

da pesquisa se defrontaram com comportamentos que consideram desrespeitosos em situações de discordância linguística.

2.2.2 “He took me by hand like a baby”: sociabilidade e acesso à informação

Bourdieu (1980, p. 2, tradução nossa) define o capital social como “a totalidade dos recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede duradoura de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento e reconhecimento mútuos”⁵⁸. Refere-se, portanto, à composição de uma rede de relações cooperativas por indivíduos em comunidades específicas, que se refletem em paradigmas de reciprocidade, confiança e pertencimento.

Na dimensão da saúde, este capital está presente em redes de suporte informacional, emocional e material formais e informais disponíveis a pessoas com diversos tipos de doenças e experiências. Na migração, através das sociabilidades formadas no país de chegada adquire-se recursos tangíveis ou intangíveis, como informações sobre o funcionamento dos serviços de saúde pública, integração à comunidade, sensação de segurança – e a língua.

Partindo dessa perspectiva de capital social, é estabelecida uma relação entre a disponibilidade de recursos do migrante e a da comunidade em que se insere. Thieme (2006, p. 51, tradução nossa) esclarece a relação entre capital social e recursos “por aproximação”:

A extensão do capital social de uma pessoa depende da extensão das relações sociais que um indivíduo pode mobilizar que permitam a ele o acesso aos recursos possuídos por seus associados e da quantidade e qualidade dos capitais dessas pessoas com as quais o indivíduo está em contato⁵⁹.

Neste contexto, a existência de uma comunidade coétnica na região de acolhida representa uma rede de potenciais sociabilidades, que podem começar a se formar previamente ao deslocamento do migrante em questão. Evidencia-se, então, a língua como um elemento de poder que baliza a geração de capital social, reduzindo distâncias sociais e favorecendo práticas de cooperação e solidariedade. Através disso, são facultados amparo e sensação de pertencimento, além do compartilhamento de experiências previamente adquiridas no país, incluindo informações sobre o sistema de saúde.

Com exceção de D., que residia nas redondezas do hospital, os entrevistados souberam que instituição de saúde buscar, e onde ela se localizava, mediante o estabelecimento de uma

⁵⁸ “(...) l’ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d’un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d’interconnaissance et d’interreconnaissance”.

⁵⁹ “The extent of social capital of one’s person depends on the extent of social relationships which an individual can mobilise that allows him or her access to resources possessed by their associates and the amount and quality of capitals of these people with whom the individual is in contact.”

rede de apoio, formada por agentes institucionais, como a Casa do Migrante, e pessoais, como vizinhos e colegas brasileiros, além de membros da comunidade coétnica. Foi através da aquisição de capital social, ao conhecer um compatriota quando necessitava de assistência médica, que P. obteve acesso a informações relativas à localização do hospital e à gratuidade dos serviços:

When I came in 2011 I was sickly. Then I went to Santa Casa. You know, somebody asked me “how are you?”. I said “I’m sick”. They said “go to the hospital”. I said “I don’t have money”. They said “what do you need money for? Let’s go”. He took me to Santa Casa. (...) It was a Nigerian I met on the street and he said “you are not looking good”. And I say “yeah, it’s because I’m sick”. I don’t know him. He said “oh, let’s go to the hos... Go to Santa Casa”. I don’t know the place. I was barely six days old here. And he took me by hand. (...) He took me by hand like a baby.⁶⁰

Nawyn et al. (2012) sugerem que imigrantes isolados linguisticamente, que não compartilham língua com a sociedade receptora, enfrentam mais atribulações quando sua comunidade étnica também conta com baixo capital linguístico, uma vez que dispõem de menos assistência linguística. Podemos entender, assim, que o capital social pode se transverter no linguístico. No caso de P., o compatriota que lhe informou sobre o hospital também não falava português, o que impediu a transformação do capital social em uma espécie de capital linguístico por proximidade.

Em outros casos, o guarnecimento de recursos providos pelo capital social pode se expandir para a sala de consulta. Migrantes coétnicos já estabelecidos no país apresentam maior probabilidade de falarem a língua oficial e assim atuarem como intérprete ad hoc para o recém-chegado no acesso a serviços de saúde. Para D., procurar um conacional que falasse português foi uma tarefa árdua e necessária para obter atendimento médico. Nota-se que o nível de competência na língua exercido pelo intérprete ad hoc estava aquém do demandado pela situação, mas o entrevistado, então há pouco tempo no país, onde a comunidade serra-leonesa é quantitativamente inexpressiva, não possuía outras fontes de capital social:

Eu procurei quase uma semana pra encontrar aquele meu amigo que fala português, porque nós, serra-leonês, não é tão fácil pra encontrar uma pessoa que fala português. Nossa língua é inglês. Isso que atrapalhou, eu fiquei uma semana procurando, até que encontrei ele. Ele não falava aquele português formal, mas eu tinha que aceitar. Ele não conseguiu traduzir tudo, até o médico não entendia muitas coisas que ele falava. Até eu percebi. Mas tinha que aceitar, porque não tinha outra pessoa.

⁶⁰ “Eu estava doente quando cheguei, em 2011. Então fui para a Santa Casa. Alguém me perguntou ‘tudo bem?’. Eu disse ‘estou doente’. Ele disse ‘vamos para o hospital’. Eu disse ‘não tenho dinheiro’. Ele disse ‘para que você precisa de dinheiro? Vamos’. Ele me levou para a Santa Casa. (...) Era um nigeriano que conheci na rua e ele disse ‘você não parece estar bem’. E eu disse ‘sim, é porque estou doente’. Não conhecia ele. Ele disse ‘ah, vamos para o hos... Vamos para a Santa Casa’. Eu não conhecia esse lugar. Mal faziam seis dias que eu tinha chegado. E ele me pegou pela mão. (...) Ele me pegou pela mão como se eu fosse um bebê” (tradução nossa).

Mas a formação de laços sociais com falantes da mesma língua não implica necessariamente uma relação entre conacionais, sendo favorecida também entre falantes da mesma língua. Essa compartilhada filiação à língua proporciona uma sensação de pertença e provê o alívio da compreensão, perceptível na fala de P.:

When I came here, it was a very big challenge to me. And, sometimes I know my way, I know what to say, I know what to do. But because of the language I feel dumb all the time. Mute. I cannot talk. I know want to say but I cannot say it. But when I meet a few people who speak English, oh my god, they look like a brother to me. And I kind of explain to them how I feel. What is wrong with me.⁶¹

O francófono A., por sua vez, recorre a um amigo brasileiro, médico e falante de francês para obter esclarecimentos de informações médicas que não compreendeu totalmente após consultas com médicos não francófonos: “Ele que me ajudou bastante. Ele me explicava em francês tudo as coisas. Se tem alguma coisa, eu vou ligar a ele, [falo] ‘ele me passou esse remédio’. A gente fala em francês”.

A relação entre os dois começou na sala de consulta, quando A. foi seu paciente. Planejando um curso na França, o médico tornou-se aluno de A., professor de francês. Hoje reside na Europa, mas ambos mantêm a relação por meio do celular, conforme conta: “Ele é como meu amigo. Ele tem 29, quase 30 anos. Ele me liga, já tornou-se um relacionamento professor com aluno, doutor com paciente. Tudo fica mais fácil com ele”. Importaneamente, A. revela que não pediria recomendações para o amigo caso seu médico atual falasse francês. O dado sugere que o fator motivador para as ligações mencionadas são o fato de que as informações e esclarecimentos podem ser obtidas diretamente em francês, sua língua predominante.

O funcionamento do capital social se fez explícito também para M. Estabelecido o vínculo com sua professora brasileira e falante de francês e português, ele obteve sua assistência não apenas para se comunicar, como também para se orientar no sistema: “Mas que ficou uma sorte pra mim de encontrar essa professora. Porque ela que me levou diretamente na pronto-socorro. Porque tava demorando muito na AMA. Cada encontro com o médico tem que ficar um mês pra dar uma resposta”. Enquadrando o enunciado na caracterização realizada por Thieme, constatamos que M. mobiliza sua relação social com a tutora, recebendo acesso aos capitais acumulados por ela, na forma de a) domínio da língua portuguesa; b) domínio da língua francesa; c) conhecimento acerca do funcionamento do equipamento público de saúde em São Paulo.

⁶¹ “Para mim, era um grande desafio quando cheguei aqui. Às vezes, sei das coisas, sei o que dizer, o que fazer. Mas por causa da língua, me sinto mudinha o tempo todo. Muda. Não consigo falar. Sei o que quero dizer, mas não consigo dizer. Mas quando encontro algumas pessoas que falam inglês, meu Deus, sinto como se fossem meus irmãos. E meio que explico para eles como me sinto. Qual é o meu problema” (tradução nossa).

Considerando ser a habilidade de lograr recursos ligada à posição do sujeito nas estruturas sociais do campo, é razoável supor que a filiação a organizações de apoio especializado situa o migrante em uma circunstância mais favorável à obtenção dos mesmos. Faz-se bastante relevante à obtenção de capital social a contribuição dos colaboradores que atuam na linha de frente dessas organizações e/ou de projetos voltados à população em questão, como cursos gratuitos de português. Nesta conjuntura, professores da língua desempenham um papel muitas vezes central no estabelecimento de sociabilidades no país de chegada, potencialmente provendo capital cultural, linguístico e também social.

Alguns estudos (FINDLEY; MATOS, 2015) indicam a preferência de pacientes pelo auxílio de um intérprete ad hoc de seu convívio. O fenômeno pode ser explicado pelo aumento de confiabilidade e segurança em um indivíduo próximo e familiar. Esta percebida junção de apoios comunitário e linguístico comunicaria que o imigrante não está sozinho, uma mensagem particularmente importante em contextos de vulnerabilidade. Dentre os relatos coletados, K. e D. corroboram esta posição. O último manifestou desconforto sendo interpretado por um amigo, mas prefere a experiência à interpretação por um desconhecido:

Ter outra pessoa que eu não conheço é muito difícil, porque questão de saúde são coisa que tem que ter uma privacidade. Então pra uma pessoa saber, de verdade, coisas sobre sua privacidade, você vai se sentir muito desconfortável. Não é porque é alguma coisa ruim, mas não tudo uma pessoa que você nem conhece pode saber."

Por contraste, P. apontou problemáticas associadas à confidencialidade nos casos em que o intérprete participa do círculo social do paciente. Ilustrou sua posição invocando a própria experiência como ad hoc a pedido de uma colega que necessitava de sua ajuda para devolver peças de roupas adquiridas em uma rede de varejo. Traçando uma analogia entre os dois contextos – a negociação de cuidados médicos e a transação comercial –, nota que, embora ambos envolvam carência de capital linguístico necessário para conduzir a comunicação, seu diferencial reside na sensibilidade das matérias abordadas, que tendem a requerer diferentes níveis de privacidade e sigilo.

But when it comes to health problems, you know, it's their privacy and no one want to take you along (...) Let's say I take you as my girlfriend to meet my doctor and I talk rubbish about my life. You're not going to be my friend all the way. All your life. At some point we may shift, at some point we come together. So I'd be afraid, if I disclose this, my secret to you, who knows what will happen tomorrow.⁶²

⁶² "Mas, sabe, quando se trata de um problema de saúde, é a privacidade da outra pessoa e ninguém quer te levar junto (...) Digamos que você me acompanha ao médico, como minha amiga, e eu falo mal da minha vida. Você não vai continuar minha amiga para sempre. Sua vida toda. Em algum momento, podemos nos afastar, em algum momento, nos aproximamos. Então eu ficaria com medo, se eu contar isso, meu segredo, para você, quem sabe o dia de amanhã" (tradução nossa).

Em sua exposição, P. demonstra preocupação acerca das consequências afetivas da divulgação de informações privadas de cunho médico. As dinâmicas orientadoras da consulta clínica supõem, e produzem, estados de vulnerabilidade, alimentados também pela exteriorização de intimidades e melindres. Como diz Angelelli (2004, p. 25, tradução nossa), uma interpretação deste tipo “leva o intérprete às esferas mais privadas da vida humana”⁶³.

A dificuldade de revelar intimidades a conhecidos, particularmente no caso de tópicos sensíveis, é sublinhada por A., que já atuou como intérprete ad hoc para um amigo compatriota que sofria com uma infecção genital, e estava envergonhado em lhe revelar. A. explica que também teria ficado com vergonha, pois “doença é muito particular, né... tem as coisas do meu corpo que ninguém pode saber. Só o médico pode saber”.

Essa vulnerabilidade é, então, protegida pelo aspecto sigiloso da relação com o médico, conforme menciona M. ao explicar sua ausência de constrangimentos diante dos profissionais: “Os médicos são muito confidencial. Eles são juramentados. Tudo que você fala com eles, ele não conta isso pra outra pessoa. Mesmo se ele vai contar, ele vai falar ‘tive uma pessoa’, mas ninguém não vai saber que era você.”

Mas, enquanto na relação com o profissional a exposição encontra-se assegurada sob o compromisso ético com a confidencialidade e a suspensão de julgamentos pessoais, esta proteção não é garantida nas relações privativas. Ao alegar que os laços de amizade hoje nutridos podem ser futuramente desfeitos, P. aponta que uma possível inimizade porvindoura abolirá o contrato implícito de confiança, prejudicando a pessoa que revelou informações privadas.

A despeito disso, os entrevistados que já atuaram como intérpretes ad hoc comemoram sua habilidade de assistir não falantes de português, como K.: “Graças a Deus, eu agora tô até ajudando pessoas que não falam português”. Por sua vez, A. relata que a experiência como paciente que não conseguia se comunicar contribuiu para sua atuação de intérprete ad hoc para conacionais: “Me coloquei no lugar dele, entendeu. Se você não sabe falar nada, você está... A sua vida fica muito complicada. (...) Pra mim é uma coisa muito bom quando eu ajudo as pessoas que não sabe falar português, porque eu sabe como é essa situação, porque eu passou lá.”

O capital social do qual dispõe o sujeito não se resume aos laços no local de chegada, incluindo também os vínculos no país de partida. Convém resgatar, aqui, os liames traçados por Sayad (1998) quanto à emigração e à imigração, enfatizando a qualidade de parêntese e inseparabilidade. Após se sentir desrespeitado ao buscar assistência médica, e sem vínculos no Brasil, A. recorreu a seu capital social no Congo para atender às suas demandas de saúde,

⁶³ “(...) takes the interpreter into the most private spheres of human life”.

optando pela importação informal de medicamentos da pátria de origem: “Quando aconteceu essa situação, liguei no meu país pra mandar remédio do Congo. Eu não queria mais ir no hospital. Falei ‘não, é melhor me mandar esses remédios, uma pessoa que tava vindo aqui trazer pra mim esses remédios’.”

Diante da ausência de vínculos assentes em compromissos solidários na comunidade de chegada, A. mobilizou a rede social estabelecida em seu país. Notadamente, obter o recurso almejado – o tratamento da enfermidade através da medicação – foi possível precisamente pelo movimento migratório de um compatriota, que, por sua vez, já acumulava capital social no Brasil.

3 INTERSUBJETIVIDADE E HOSPITALIDADE

A imagem do migrante é uma representação por excelência do Outro, alicerçada na percepção da diferença. A partir do deslocamento geográfico, o migrar implica necessariamente o contato, ou confronto, com o diverso – a ordem social de outro Estado, e as vidas coletivas ou singulares que o compõem. Também o processo saúde-doença institucionalizado explicita a alteridade da qual se imbuí a relação intersubjetiva no encontro entre paciente e profissional de saúde.

Em vista disso, o presente capítulo pretende explorar o espaço de intersubjetividade no qual as relações se inscrevem, e a noção de outridade, que assume centralidade em sua expressão hodierna, na medida em que se abundam a largos passos os encontros com o Outro – noções indissociáveis da comunicação (MORAIS 2009; GILLESPIE; CORNISH, 2009). Serão abordadas as filosofias da intersubjetividade de importantes autores da teoria francesa, em ordem de aparição, Emmanuel Lévinas (1906-1995), Jacques Derrida (1930-2004) e Gabriel Marcel (1989-1973).

Fundamentando-se na distinção insuperável entre eu e o Outro, as estruturas relacionais intersubjetivas oferecidas por Emmanuel Lévinas e Jacques Derrida prezam pela dissimetria e não reciprocidade. Ambos compartilham a ênfase na absoluta alteridade do Outro e na obrigação unilateral de ajudá-lo, impedindo que seja tematizado, apropriado pelo sujeito colonizador (TREANOR, 2006; HONNETH, 2007; BLOECHL, 2011). Neste abandono das formas de totalização, respondendo ao outro sem convertê-lo em Mesmo, é que se firmaria a relação ética. Inauguramos, então, este subcapítulo com os aportes de Lévinas, que localiza uma responsabilidade infinita do eu para com o Outro, a convocar-lhe pela face. Subsequentemente, recorreremos às reflexões de Derrida, investigando a questão da hospitalidade sob o prisma do incondicional.

A outridade em relações intersubjetivas é interpretada sob um prisma menos radical por Gabriel Marcel. De forma geral, é sua perspectiva que no Outro se entrelaçam outridade e similaridade, comungando aspectos outros e aspectos em alguma medida passíveis de reconhecimento ou compreensão. O último subcapítulo é, então, dedicado ao trabalho de Marcel, cuja posicionamento evidencia a capacidade humana de comunhão e reciprocidade. Dentre suas propostas, destacaremos as noções de presença, de outridade relativa e de (in)disponibilidade.

3.1 “I’M HERE SO YOU MUST TAKE CARE”: A RESPONSABILIDADE INFINITA PELO OUTREM DE LÉVINAS

Afastando-se da concepção moderna de sujeito, ancorada na centralidade de um Eu soberano, racional e autônomo, Lévinas (1980, p. 26) descreve a subjetividade a partir da alteridade do Outro, tema preponderante em seu *oeuvre*: “O absolutamente Outro é Outrem; não faz número comigo. A colectividade em que eu digo ‘tu’ ou ‘nós’ não é um plural de ‘eu’. Eu, tu, não são indivíduos de um conceito comum. Nem a posse, nem a unidade do número, nem a unidade do conceito me ligam a outrem”. A inexequibilidade de possuir o Outro e acessar-lhe a interioridade na relacionalidade inter-humana revela sua separação (BLOECHL, 2011).

Em sua radical singularidade e imprevisibilidade, o Outro escapa ao nosso conhecimento e sobrepuja nossas investidas em mediar-lhe a outridade. Morais (2009, p. 92) escreve, a este respeito, que “enquanto a razão apenas entende a alteridade encerrando-a em conceitos, em Lévinas, o Outro é aceite enquanto diferente e não é submetido a grelhas apriorísticas de classificação. O Outro não pode ser objecto de conhecimento do cogito”. Sob este prisma, compartilhado por Derrida, a racionalidade humana provoca um processo de desumanização do Outro ao tentar compreendê-lo, categorizá-lo (SHEPERD, 2014).

Na tentativa de discernir a outridade do Outro, o eu a capturaria com seu olhar totalizante, terminando assim por subsumi-la a seu anseio por compreensão, como indica Lévinas (1980, p. 152), ao afirmar que “[o] Mesmo não poderia apoderar-se do outro sem o suprimir”. Essa incapacidade de compreender completamente o Outro, inelutavelmente desconhecível, faz a alteridade insuperável para Lévinas, como elabora Morais (2009, p. 144):

Enigmática, resistente, subtraindo-se ao exercício de poder que procura aprendê-la. Nem mesmo quando se trata de atender ao apelo, à súplica que entende ser-lhe inerente: estou sempre aquém das necessidades do Outro, porque só poderia saber o que ele precisa se agisse pensando que conheço as suas necessidades como conheço as minhas – e isso seria reduzir o Outro ao Mesmo.

Pois que a relação ética necessariamente abandona formas de totalização do Outro, o sujeito deve responder a este sem assimilá-lo nem incorporá-lo; sem, em suma, convertê-lo em Mesmo – palavra esta que “desvela apenas o que já sou capaz de saber eu mesmo (*ipse*), de poder saber de mim mesmo”, nota Derrida (2008, p. 35) a respeito de seu contemporâneo. Desempossado o sujeito de sua soberania, na relação ética proposta por Lévinas, “o Outro não é simplesmente representado e integrado à estrutura do Eu, ao contrário, o Outro é transbordamento, pura inadequação às categorias do Eu” (MIRANDA, 2014, p. 470).

Por desestabilizar a identidade do Eu, expondo-a à inevitável contingência das relações intersubjetivas, a alteridade faz do Outro fonte perene de inquietação e estranheza devido à “sua irreduzibilidade a Mim, aos meus pensamentos e às minhas posses” (LEVINAS, 1980 p. 30). Encontrar este Outrem levisiano, este ser que interrompe, que questiona, que “vem perturbar a minha ordem e desassossegar-me” (Morais, 2009, p. 85), suscita apreensão e inquietude. É nesta resistência à compreensão que Lévinas considera a alteridade uma noção nuclear do processo relacional que é a comunicação.

A não simetria da relação levisiana denota uma relação com o Outro marcada pela irreduzibilidade das diferenças e norteadas por imperativos éticos que se fundam na responsabilidade infinita, permanente, pelo Outro. Infinitamente responsável, o sujeito permanece em perpétuo endividamento moral com o outro, de quem nada se sabe e nada se pede. Ambos constroem, assim, uma relação intersubjetiva pautada pela assimetria e pela não reciprocidade (SHEPERD, 2014), separando-se por uma distância intransponível, que possibilita o processo comunicacional.

Pré-datando a ontologia e a estrutura da alteridade, Lévinas (2006) descreve uma responsabilidade anterior à intencionalidade. Como resposta ao chamado do Outro, ofereço-lhe minha morada, tento compartilhar meu mundo através da linguagem, que seria “a própria passagem do individual ao geral, porque oferece coisas minhas a Outrem. Falar é tornar o mundo comum, criar lugares comuns” (Lévinas, 1980, p. 63) A linguagem mediatiza a relação eu-Outro.

Outro e Eu, sob esta perspectiva, se organizam hierarquicamente de maneira que “o outro transcende o eu, o precede e o torna possível”⁶⁴ (SMITH, 2011, p. 41, tradução nossa), subordinando-se os interesses do segundo aos do primeiro. Em vez de constituir-se como mera derivação do Eu, o Outro é prioritário – ponto do qual diverge Derrida, para quem eu e Outro emergem juntos –, demanda um irrecusável e unilateral encargo, uma responsabilidade “que exclusivamente me incumbe e que, humanamente, não posso recusar”. (LEVINAS 1982, p. 84). Honneth (2007, p. 119, tradução nossa) elabora o chamado ético, afirmando que, para Lévinas:

meu *vis-à-vis* é uma pessoa tão incalculável em sua irrepresentável individualidade que sou obrigado a prestar ajuda infinitamente (...) o encontro intersubjetivo está estruturalmente ligado à experiência de uma responsabilidade moral que implica a tarefa infinita de fazer jus à particularidade da outra pessoa, provendo cuidado infinito⁶⁵.

⁶⁴ “(...) the other transcends the self, precedes and makes the self possible”.

⁶⁵ “(...) my vis-à-vis is a person who is so incalculable in his or her unrepresentable individuality that I am obliged to render help infinitely (...) the intersubjective encounter is structurally bound up with the experience of a moral responsibility that entails the infinite task of doing justice to the particularity of the other person by providing infinite care”.

Para Lévinas (1982 p. 81), o chamado ético funda-se na presença da face de um Outro que ultrapassa designações: “O rosto pede-me e ordena-me.” O semblante do Outro transcende nosso alcance cognitivo, revelando-se inapreensível, e nos desperta a sempiterna obrigação de ajudá-lo. Infinitude e transcendência revelam-se, assim, na percepção visual do rosto humano, em sua presença pasmosa, que “confronta o sujeito com uma outridade que não pode incorporar em sua própria compreensão”⁶⁶ (BLOECHL, 2011, p. 236, tradução nossa). Sua expressão nos comanda, seu apelo nos chama a responder às suas demandas (SANTOS; MORAES, 2017; SMITH, 2011).

A inegável presença do Outro manifesta-se no encontro face a face sucedido na produção institucional de saúde. Nas premissas do aparelho de saúde pública, o sujeito se coloca primeiramente como rosto, identifica-se, para então tornar-se paciente. O imperativo da frente e o cuidado por sua própria natureza assimétrico – do paciente não é esperado nem desejado que trate o médico – indiciam uma incumbência sobre o outro. Incumbência esta que, embora não levisianamente infinita, deve ser satisfeita a despeito da alteridade representada pela diferença de nacionalidade e língua. Reivindicando seu direito ao cuidado, a despeito da percebida preferência de médicos brasileiros por pacientes do mesmo país, em vista do menor esforço linguístico dispensado, P. conclui: “They’re feeling it’s a problem for them. So they don’t really like it, but I’m there so you must take care”⁶⁷.

A fala de P. conclama o múnus que recai sobre o profissional de saúde, contrastando-o ao que percebe como displicência em cumpri-lo. Vislumbra-se dois eixos de poder na relação: por um lado, o tratamento diferencial para com o não falante de português, em razão do maior esforço requerido do médico, situaria este em posição de privilégio, possuidor que é da capacidade de despender esforços limitados no tratamento do migrante se assim quiser; por outro, a obrigação de cuidar do migrante a despeito de sua preferência pessoal equilibraria a balança do poder.

As contraposições de certa forma ecoam a posição de Lévinas (1980, p. 229), segundo a qual o Outro me é superior, reclamando minha lealdade, mas trata-se de uma superioridade atingida em função de sua dependência, do chamado pela ajuda: “Outrem enquanto outrem situa-se em uma dimensão da altura e do abaixamento – glorioso abaixamento; tem o semblante do pobre, do estrangeiro, da viúva e do órfão e, ao mesmo tempo, do senhor chamado a bloquear e

⁶⁶ “(...) confronts the subject with an otherness it cannot incorporate into its own understanding”.

⁶⁷ “Eles sentem que é um problema para eles. Por isso, eles não gostam muito, mas eu estou lá, então eles precisam cuidar de mim” (tradução nossa).

a justificar a minha liberdade”. Em sua impotência, o Outrem excede os poderes do eu, sobre aquele impotente.

3.2 “I CONSIDER HERE MY HOME”: O HOSPES INCONDICIONAL E ABSOLUTO DE DERRIDA

Abordada transversalmente em campos como turismo, medicina e direito, a hospitalidade constitui “uma estrutura que regula, negocia e celebra as relações sociais entre dentro e fora, casa e afastado, privado e público, eu e outro”⁶⁸, conforme definição de Still (2006, p. 704, tradução nossa). Oposições dualistas do nativo/estrangeiro, anfitrião/convidado são construídas e reafirmadas na retórica da hospitalidade (GIBSON; MOLZ, 2016), amiúde empregada em discussões acerca dos aspectos político-jurídicos da migração transnacional, no sentido do reconhecimento do sujeito migrante pela sociedade receptora. A questão da hospitalidade é irredutível à prática da hospedagem, englobando dinâmicas relacionais e de convivência.

Contribuinte central à compreensão moderna de hospitalidade, Jacques Derrida (2000a) esmerilha a questão do estrangeiro com ênfase nessas dinâmicas, lançando pungentes questionamentos: deveríamos exigir do estrangeiro que fale nossa língua e nele peça hospitalidade? Principlaria a hospitalidade com as incondicionais e inquestionáveis boas-vindas? Seria ela concedida ao Outro antes que este seja sequer identificado, antes que seja um sujeito?

Similarmente a Lévinas, Derrida enfatiza a radicalidade da diferença e da incognoscibilidade do Outro, que, impassível de tematização, mostra-se em sua estranheza, pois situa-se além da apreensão que o tornaria familiar, como indicam Santos e Moraes (2017, p. 27) ao afirmarem que a “incapacidade de cognição completa e exauriente desse Outro” o torna não identificável, inacessível, absoluto. A afirmação dessa irredutibilidade de um Outro cuja completa compreensão jaz além de nossa capacidade é epitomada por Derrida (1995, p. 87, tradução nossa) na egrégia fórmula “tout autre est tout autre” (todo outro é totalmente outro), que, segundo o autor, “significa que cada outro é singular, que todos são uma singularidade, o que significa também que toda pessoa é cada um, uma proposição que sela o contrato entre a universalidade e a exceção da singularidade”⁶⁹.

⁶⁸ “(...) a structure that regulates, negotiates, and celebrates the social relations between inside and outside, home and away, private and public, self and other”.

⁶⁹ “(...) signifies that every other is singular, that everyone is a singularity, which also means that every one is each one, a proposition that seals the contract between universality and the exception of singularity”.

Anunciando que cada outro é tão outro quanto qualquer outro, o preceito salienta a alteridade, prioritária a universais e generalizações, na qual se fundamenta a ética. A conduta se faz ética em nossa primordial responsabilidade para com o outro totalmente outro, *tout autre*, que encontramos enquanto particularidade, enquanto indivíduo singular. É nesta separação que está predicada a relação com o Outro.

No contexto migratório, essa insuperável alteridade revela-se não apenas na relação autóctone-migrante, mas também na relação migrante-migrante. Não há migrante universal; o aspecto migrante, embora marcante, convive, seja em harmonia, seja em tensão, com diferentes e cambiantes filiações culturais, religiosas, linguísticas e de fatores como gênero, faixa etária, ocupação profissional e classe social. Nas palavras de Marinucci (2019, p. 7):

Elas [as migrações internacionais] são protagonizadas por seres humanos. Não por coletividades abstratas, uniformes e padronizadas – “os” migrantes, “os” estrangeiros, “os” refugiados – e sim por sujeitos concretos que possuem biografias singulares, trajetórias existenciais específicas, recursos materiais, simbólicos e sociais peculiares. O ser humano que sai de sua terra é um ser único e irrepetível, portador de uma identidade moldada no decorrer de sua inédita história, em interação constante com o meio ambiente social, político, econômico e cultural em que viveu.

A inauguração de uma relação ética nestes termos pressupõe a acolhida a partir da alteridade, recebendo-o sem perguntar-lhe o nome nem a procedência. Derrida (2008) descreve a lei de hospitalidade (ou hospitalidade como ética) nos termos de uma obrigação a agir para além de nossos interesses próprios, dando as boas-vindas de forma completamente aberta ao Outro, independentemente de quem seja ele e dos riscos envolvidos em sua recepção (GIBSON; MOLZ, 2016). Bebendo de ideias como a responsabilidade infinita levisiana, Derrida (2000a, p. 25, tradução nossa) propõe uma hospitalidade anômica e sem reservas; em suma, uma hospitalidade absoluta, a qual:

exige que eu abra minha casa e dê não apenas ao estrangeiro (munido de sobrenome, com a condição social de ser estrangeiro etc.), mas ao outro absoluto, desconhecido, anônimo, e que eu dê lugar a eles, que eu os deixe vir, que eu os deixe chegar, e tomar lugar no lugar que eu ofereço, sem pedir-lhes reciprocidade (fazendo um pacto) ou mesmo seus nomes.⁷⁰

Segundo Derrida, essa hospitalidade regulada pelo Outro exige o recebimento completo do anônimo, sem pedir contrapartida. Nessa linha, a prática ética da hospitalidade prescinde de – ou, ainda, é contrária a – motivações das ordens tanto da obrigação quanto do interesse pessoal

⁷⁰ “(...) requires that I open up my home and that I give not only to the foreigner (provided with a family name, with the social status of being a foreigner, etc.), but to the absolute, unknown, anonymous other, and that I give place to them, that I let them come, that I let them arrive, and take place in the place I offer them, without asking of them either reciprocity (entering into a pact) or even their names”.

e da expectativa de reciprocidade ou de recompensa, como declara o autor (2000a, p. 83, tradução nossa)⁷¹:

Esta lei incondicional da hospitalidade, se tal coisa for concebível, seria, então, uma lei sem imperativos, sem ordem e sem dever. Em síntese, uma lei sem lei. Pois, se pratico hospitalidade “por obrigação” [e não apenas “em conformidade com o dever”], esta hospitalidade de pagar não é mais uma hospitalidade absoluta, não é mais oferecida graciosamente para além da dívida e da economia, oferecida ao outro, uma hospitalidade inventada para a singularidade da nova chegada do visitante inesperado.

Assim perspectivada, a ética resiste a formalizações programáticas e procedurais – à desconstrução das quais Derrida faz apelo –, características da hospitalidade condicional, cujas normas supõem protocolos e instrumentos que enformam a prática jurídico-política da hospitalidade. Para o filósofo, a hospitalidade não se enquadra na aplicação de comportamentos pré-estabelecidos ou no cumprimento reducionista de diretrizes contratuais predeterminadas; em vez disso, é melhor compreendida performaticamente. A ética derridiana constitui-se enquanto ação, estando “engastada e moldada por encontros físicos reais com o Outro”⁷², declara Sheperd (2014, p. 67-8, tradução nossa).

Derrida explica a prática da hospitalidade utilizando dois conceitos centrais: o convite e a visitação. O primeiro gira em torno da expectativa, do reconhecimento e do acolhimento do hóspede. Ao estender um convite, o anfitrião retém controle sobre as condições envolvidas – Quem vem? Quando vem? –, permanecendo capaz de estabelecer limites (SHEPERD, 2014). Na lógica do invitamento, o eu permite que Outrem adentre seu domínio. A ela obedece a hospitalidade em sentido tradicional, que acolhe apenas a partir da própria ipseidade, de forma seletiva e restrita a certos limites, sob as convenções e ordenamentos existentes em sua própria cultura ou Estado-Nação (BERNARDO, 2004).

Por contraste, “na visitação, não há porta. Qualquer um pode entrar a qualquer momento e pode entrar sem precisar de uma chave para a porta”⁷³ (DERRIDA, 2000b, p. 14, tradução nossa). Empregando a metáfora da casa, enquanto lar e moradia, na relação do eu com o outro, o filósofo postula que a hospitalidade radical requer uma abertura integral e incondicional a um outro que nos surpreende, nos toma de assalto, nos faz entregar-lhe o controle (DERRIDA, 2002). Como Treanor (2006, p. 211, tradução nossa) sintetiza, “a hospitalidade reside na

⁷¹ “This unconditional law of hospitality, if such a thing is thinkable, would then be a law without imperative, without order and without duty. A law without law, in short. For if I practice hospitality “out of duty” [and not only “in conforming with duty”], this hospitality of paying up is no longer an absolute hospitality, it is no longer graciously offered beyond debt and economy, offered to the other, a hospitality invented for the singularity of the new arrival of the unexpected visitor.”

⁷² “(...) embedded in and shaped by actual physical encounters with the Other”.

⁷³ “(...) in visitation there is no door. Anyone can come at any time and can come in without needing a key for the door”.

recepção irrestrita do estranho que chega à porta inesperadamente e sem aviso prévio; não é a emissão de um convite, mas a resposta a uma visitação”⁷⁴.

As instituições de saúde pública, abertas aos transeuntes, podem, a um primeiro momento, parecer retratar a visita derridiana. A gratuidade do serviço contribui para a impressão, sendo textualmente referida por A. como a expressão de um acolher-sem-olhar-a-quem: “Aqui os médicos têm uma hospitalidade. Mesmo se você não tem dinheiro pra pagar ele. Mas lá [no Congo], se você paga ele você tem essa hospitalidade”. O cuidar a despeito da condição financeira do Outro também é tópico espontâneo na fala de M.: “Porque esse hepatite é muito difícil pra tratar esse na África. Toda as coisas têm custo. Tem que pagar. Porque se você tem muito dinheiro, eles cuidam bem de você. Se não tem, ele não tem nada a ver”.

Apesar da impressão inicial, o caráter universal e gratuito do Sistema Universal de Saúde (SUS) requer regulamentos e protocolos institucionais, não equivalendo à hospitalidade incondicional aos modos de Derrida. Com efeito, esta é pragmaticamente inexecutável, uma vez que convoca “a impossível parelha entre o necessário requisito ético de abertura absoluta ao Outro e a igualmente necessária soberania excludente, que simultaneamente dá à primeira a sua realidade e, ainda assim, nega as suas aspirações”⁷⁵, como localizam Candea e da Col (2012, p. 54, tradução nossa).

Forma-se, então, uma aporia no cerne da proposição do filósofo, na medida em que a rendição exigida pela hospitalidade necessariamente ultrapassa as próprias condições que permitem o oferecimento da mesma: “o ético como hospitalidade incondicional parece incessantemente requisitar sua própria limitação para que possa vir a ser efetivado” (SANTOS e MORAES 2017, p. 29). Um país, por exemplo, só pode permitir a entrada de migrantes sob a condição de não permitir a entrada de todas as pessoas, visto que a permissão sem critérios dissolveria as fronteiras políticas e sociológicas do país, minando o próprio conceito de migrante e não migrante.

Aplicando o conceito ao contexto interpessoal, Gibson e Molz (2016) observam que o domínio do anfitrião sobre sua morada é a condição viabilizadora do acolhimento ao hóspede, contudo, acolher incondicionalmente demandaria a renúncia do senhorio. Em outras palavras, se precisa ser mestre em sua própria casa aquele que oferece hospitalidade, esta condição lhe

⁷⁴ “(...) hospitality lies in the unrestricted welcome of the stranger who arrives on one’s doorstep unanticipated and unannounced; it is not the issuance of an invitation, but the response to a visitation”.

⁷⁵ “(...) the impossible pairing of the necessary ethical requirement of absolute openness to the Other, and the equally necessary exclusionary sovereignty, which simultaneously gives the former its reality and yet negates its aspirations”.

reafirma a soberania, limitando a si mesma. Derrida (200b, p. 14, tradução nossa) explica o engendramento dessa quase autolimitação:

“Assumindo a imagem da porta, para que haja hospitalidade, deve haver uma porta. Mas, se há uma porta, não há mais hospitalidade. Não existe casa hospitaleira. Não há casa sem portas nem janelas. Mas, assim que houver portas e janelas, isso significa que alguém tem a chave e, conseqüentemente, controla as condições de hospitalidade. Deve haver um umbral. Mas, se houver um umbral, não haverá mais hospitalidade.”⁷⁶

Posta em prática, a hospitalidade enquanto relação ética atua sob a égide da porta e do umbral. O sujeito migrante não é recebido anonimamente; sua recepção ao cruzar a fronteira está condicionada à concessão de variadas e pessoais informações e à prova de sua veracidade. Acordos de caráter político-econômico, como a União Europeia e o Mercosul, protocolam a livre circulação entre certos países, enquanto outros determinam graus de permissibilidade para entrar no país, como a posse de passaporte e a obrigatoriedade de visto, e também para lá estar – estabelecendo limites máximos de estadia e proibições para exercer atividades profissionais, por exemplo. Já no início da entrevista, P. afirmou, sem hesitações: “I consider here my home”⁷⁷. A questão, como diz Derrida, é que não há casa sem portas.

O acolhimento ao qual remete a hospitalidade, traduzido na inclusão e no amparo psicológico, social e cultural do migrante nas sociedades receptoras e, a propósito desta pesquisa, enquanto paciente nas instituições de saúde, obedece a limitações. Os processos de discernimento envolvidos atuam na regularização do funcionamento institucional e organizam o cuidar do paciente, por meio de protocolos burocráticos e políticas públicas, na expressão de uma hospitalidade que não ultrapassa os limites da possibilidade.

Todavia, a impossibilidade pragmática da hospitalidade messiânica não furta a serventia desta, pois que é na aspiração à incondicionalidade que são motivados atos de hospitalidade condicional (SHEPERD, 2014). Com efeito, é precisamente essa inviabilidade, Derrida conclui mais adiante (BORRADORI, 2003, p. 129, tradução nossa), que a torna frutífera:

Uma hospitalidade incondicional é, com certeza, praticamente impossível de se viver; não se pode, em qualquer caso, e por definição, organizá-la. O que acontecer, acontece, quem vier, vem (*ce qui arrive arrive*), e isso, no fim das contas, é o único acontecimento digno desse nome. (...) Mas sem ao menos pensarmos nessa hospitalidade pura e incondicional, na hospitalidade em si, não teríamos qualquer conceito de hospitalidade em geral e nem mesmo poderíamos determinar quaisquer regras para a hospitalidade condicional (com seus rituais, seu estatuto jurídico, suas normas, suas convenções nacionais ou internacionais).⁷⁸

⁷⁶ “To take up the figure of the door, for there to be hospitality, there must be a door. But if there is a door, there is no longer hospitality. There is no hospitable house. There is no house without doors and windows. But as soon as there are a door and windows, it means that someone has the key to them and consequently controls the conditions of hospitality. There must be a threshold. But if there is a threshold, there is no longer hospitality”.

⁷⁷ “Eu considero aqui a minha casa” (tradução nossa).

⁷⁸ “An unconditional hospitality is, to be sure, practically impossible to live; one cannot in any case, and by definition, organize it. Whatever happens, happens, whoever comes, comes (*ce qui arrive arrive*), and that, in the

Expandindo ao limite filosófico a noção de hospitalidade, Derrida nos conduz a reflexões: em que consistirá a provisão de hospitalidade ao sujeito cuja saúde enlanguesce? Ao que vive noutra pátria, ao que desconhece a língua? Em que consistirá, então, a hospitalidade ao sujeito que é, e está, de todas essas formas?

3.3 “ELES TENTA DUM JEITO PRA ME FAZER ENTENDER”: DISPONIBILIDADE, ABERTURA E RECIPROCIDADE EM GABRIEL MARCEL

No pensamento de Gabriel Marcel, a possibilidade de compartilhar uma relação com o outro inviabiliza a existência de uma outridade absoluta. Em outros termos, se posso ter uma relação com alguém, este alguém é um Outro necessariamente relativo, com quem compartilho semelhanças e divirjo em alteridades, como expressado por Treanor (2006, p. 207, tradução nossa): “A outridade não é absoluta, é relativa; é o cruzamento de (absoluta) alteridade e semelhança. Alguns outros são mais outros e menos semelhantes que outros outros, mas nenhum outro é absolutamente outro”⁷⁹. A partir dessa posição, Marcel define duas formas gerais de se relacionar com o outro, que adotaremos metodologicamente aqui: indisponibilidade e disponibilidade.

Mediante o conceito de indisponibilidade, Marcel (1951, p. 73, tradução nossa) descreve relações reificantes, caracterizadas por “um retraimento, um fechamento de si mesmo em relação à comunicação (e à comunhão) e uma negação da presença”⁸⁰. O autor propõe que, radicada em um tipo de alienação – como uma visão puramente técnica e funcional de si e do mundo –, essa *indisponibilité* é propiciada pelo individualismo deletério, pelo regime de competitividade e pela imperiosidade daquilo que é objetivo. Quando indisponível, o eu trata o Outro enquanto objeto, sobre o qual “podemos dizer que está aí, em outras palavras, que está dado, presente diante de nossos olhos, que faz parte de uma coleção de coisas que podem, por sua essência, ser contadas, ou ainda, que é uma unidade estatística”⁸¹ (p. 25, tradução nossa).

end, is the only event worthy of this name. (...) But without at least the thought of this pure and unconditional hospitality, of hospitality itself, we would have no concept of hospitality in general and would not even be able to determine any rules for conditional hospitality (with its rituals, its legal status, its norms, its national or international conventions).”

⁷⁹ “Otherness is not absolute, it is relative; it is the crossing of (absolute) alterity and similitude. Some others are more other and less similar than other others, but no other is absolutely other.”

⁸⁰ “(...) a withdrawal, a closing off of oneself from communication (and communion), and a denial of presence”.

⁸¹ “(...) we can say it is there, in other words that it is given, present before our eyes, that it is part of a collection of things which can, of their essence, be counted, or again, that it is a statistical unit”.

Distintamente, a disponibilidade se refere à disposição em abrir-se ao Outro e com ele compartilhar algo de si. Esta abertura condiciona-se à minha capacidade de ultrapassar a mim mesmo – o que Derrida e Lévinas chamariam minha ipseidade –, no que se inclui as expectativas que nutro em relação ao outro, como explica Marcel (1949, p. 107, tradução nossa):

O outro, na medida em que é outro, para mim existe na medida em que estou aberto a ele, na medida em que ele é um Tu. Mas estou aberto a ele somente na medida em que eu cesse de formar um círculo comigo mesmo, dentro do qual, de alguma forma, coloco o outro ou, ainda, a ideia dele; pois dentro deste círculo o outro se torna a ideia do outro, e a ideia do outro não é mais o outro enquanto outro, mas o outro enquanto relacionado a mim; e nesta condição ele está arrancado e esfacelado, ou ao menos está em processo de esfacelamento.⁸²

Residiria somente na disponibilidade a promessa de desencravar o sujeito desta existência cerrada em si mesma, em direção à dignidade, como explicita Grassi (2016, p. 154, tradução nossa): “Somente a disponibilidade desativa a mecanização ou funcionalização tanto do outro como de mim, para ganhar a presença pessoal de ambos, uma presença na qual se encontra a verdadeira dignidade e valor de si”⁸³. A disponibilidade inscreve-se no plano da presença, sem a qual não haveria participação, comunicação nem comunhão inter-humanas. Este estar-com registra a clivagem entre sujeito e objeto, pois que, Marcel (1949) afirma categoricamente, apenas a pessoa pode ser presente e, contrariamente a um objeto, que é passível de enumeração e de estatística, se furtar à assimilação e à apreensão.

A teoria pode ser ilustrada com uma experiência familiar a muitos, a sensação de que uma pessoa querida que se encontra geograficamente distante está mais presente do que a sentada ao lado. Com esta última, há uma presença material – vocês podem se ver, se ouvir e se tocar –, mas não a presença vinculante emanada pela primeira. Episódios como esse revelam um dos aspectos basilares da intersubjetividade de acordo com a filosofia marceliana: a necessária presença da comunhão, própria da presença manifesta na relação entre sujeitos.

Marcel distingue esses modos de relação valendo-se de categorias interpessoais simbolizadas pelos pronomes Tu (*Tu/Toi*) e Ele (*Il/Lui*). Para o autor, tratar o Outro na segunda pessoa estabelece uma relação não objetiva, na qual prevalecem o respeito e o reconhecimento de sua alteridade (MURCHLAND, 1959). A isto, é demandado o abandono de “nossas expectativas e pressupostos a respeito da pessoa que temos diante de nós e com quem

⁸² “The other, in so far as he is other, only exists for me in so far as I am open to him, in so far as he is a Thou. But I am only open to him in so far as I cease to form a circle with myself, inside which I somehow place the other, or rather his idea; for inside this circle the other becomes the idea of the other, and the idea of the other is no longer the other qua other, but the other qua related to me; and in this condition he is uprooted and taken to bits, or at least in process of being taken to bits.”

⁸³ “Sólo la disponibilidad desactiva la mecanización o funcionalización tanto del otro como de mí mismo, para ganar la presencia personal de ambos, presencia en la que se encuentra la verdadera dignidad y valor de sí.”

comungamos, portanto, são a humildade e a disponibilidade que aparecerão como atitudes fundamentais para a comunhão”⁸⁴ (GRASSI, 2006, p. 158, tradução nossa). Em contraponto à presença representada pelo Tu, tratar o Outro como Ele implica em reduzi-lo a um objeto animado (MARCEL, 1949).

Embora a pesquisa se ampare na tradição francesa, cabe aqui apontar a parecença entre as ideias de Marcel e aquelas do filósofo e pedagogo austríaco-israelita Martin Buber, que descreve duas formas de relação: Eu-Isso e Eu-Você, no original, *Ich-Es* e *Ich-Du* (GODFREY, 1987; SWEETMAN, 2008). No estabelecimento destas categorias, o pensamento buberiano diferencia a relação “monolingual” prática com o objeto de uma “relação dialogal que atinge o Outro como Tu, como parceiro e amigo” (LEVINAS, 1980, p. 55). A comunalidade entre os autores, comentada inclusive por Lévinas (1993, p. 22, itálico no original, tradução nossa), também se estende ao requerimento da reciprocidade para uma relação intersubjetiva: “O *Eu* diz ‘tu’ a um Tu na medida em que o *Tu* é um Eu capaz de responder com um ‘tu’”⁸⁵.

Para Marcel, a pessoa indisponível coisifica o outro, reduzindo-o a um objeto animado, completamente apartado do eu. Encontra-o enquanto generalidade, mera coleção de características impessoais. Comentando a obra, Ricoeur (1976, p. 66, tradução nossa) pontua que “a objetividade do objeto é apenas um repertório de respostas”⁸⁶. Na mesma linha, Treanor (2006, p. 74, tradução nossa) afirma que

se eu trato a outra pessoa como puramente externa a mim – como um Ele, um Sr. X genérico –, eu o encontro “em fragmentos”, por assim dizer. Encontro vários aspectos da outra pessoa, elementos que podem ser usados para preencher um questionário ou formulário (nome, ocupação, idade etc.)⁸⁷.

A saúde institucional parece um campo profícuo para refletirmos sobre esses conceitos, particularmente no que concerne à assistência calcada no modelo biomédico de cuidado, que recusa os aspectos subjetivos do paciente e o reduz à patologia biológica. A analogia do questionário remete vividamente à identificação do paciente como um caso genérico, uma senha de espera, um prontuário, uma doença. Portanto, divisamos na prática biomédica a negação das relações intersubjetivas e sua substituição por relações entre o sujeito e um objeto fungível⁸⁸ –

⁸⁴ “(...) nuestras expectativas y presunciones respecto a la persona que tenemos delante y con quien comulgamos, por lo cual es la humildad y la disponibilidad las que aparecerán como actitudes fundamentales para la comunión”.

⁸⁵ “The *I* says ‘thou’ to a *Thou* inasmuch as the *Thou* is an *I* capable of replying with a ‘thou’”.

⁸⁶ “(...) l’objectivité de l’objet n’est qu’un répertoire de réponses”.

⁸⁷ “(...) if I treat the other person as purely external to me—as a Him, a generic Mr. X—I encounter him ‘in fragments’ as it were. I encounter various aspects of the other person, elements that might be used to fill out a questionnaire or form (name, occupation, age, etc.)”.

⁸⁸ Ressalva-se que a prática médica requer dos profissionais de saúde que, em certa medida, vejam nos pacientes seres intercambiáveis. Do contrário, seria inviável comparar pacientes com os mesmos sintomas ou diagnósticos, por exemplo. É esse exercício criativo que viabiliza a derivação de padrões e a contínua construção do arcabouço

e, porquanto a estruturação de relações intersubjetivas é essencial para a comunicação, entrevemos nela quebras comunicacionais.

Operacionalizando as concepções de Marcel no contexto da pesquisa, sugerimos que a clivagem comunicacional se aprofunda, ou se complexifica, quando o paciente é também migrante – duplamente Outro – e alófono, posto que essas condições propiciam o engendramento de uma relação objetificante, indisponível. Nesse sentido, M. atribui as instâncias em que a médica coíbe o fluxo comunicacional à indisponibilidade relacional da profissional. Ainda, sugere que utilizar outros recursos, como ferramentas on-line de tradução, é insuficiente na ausência de disponibilidade, neste “não querer saber”: “Sim, eu poderia fazer isso [usar tradutores eletrônicos]. Se ela queria me ouvir, mas ela não queria saber nada”.

A indisponibilidade aparece, então, como um óbice à comunicação, impedindo que as dificuldades advindas da não fluência, como falta de vocabulário, sejam contornadas: “Eu tentei [me comunicar em português], mas eu não tava conseguindo bem, porque eu não tinha muitas palavras em português. Eu não tinha vocabulário. Eu tentei explicar pra ela, mas ela não queria... ela não queria saber”.

Ao caracterizar através de marcas de descaso o comportamento de um dos médicos pelos quais passara, P. traça uma imagem de indisponibilidade:

If you talk, he [the doctor] would just bend down and write. He doesn't look at me in the face. He hasn't got the patience. So when I'm going to see him... I don't like going to see him, because he treats me badly. I don't like going to see him but they wouldn't change my doctor for me. (...) And I don't like talking to him, because he wouldn't listen. He does what he likes. And when I asked him to explain to me the outcome of my results, he wouldn't explain it to me. He gave the papers, and I wouldn't understand anything in the paper [risos]. They're all medical terms. So I don't like him.⁸⁹

P. descreve um médico que se nega a estabelecer contato visual, optando por concentrar-se em outras tarefas, e ignora as dúvidas da paciente, apartando-se dela e evidenciando desengajamento, indiferença – indisponibilidade. Esse desengajamento denota uma saturação do eu consigo, uma preocupação voltada a si próprio que o impede a ocupar-se do Outro (MARCEL, 1951; GRASSI, 2016). Similarmente, D. foi atendido por uma médica que

de conhecimento médico e aplicação em pacientes. Por isso, esclarecemos que, ao tratarmos de fungibilidade, redução, objetificação ou construções afins, nos referimos a circunstâncias em que o paciente é unicamente ou primariamente tratado como um objeto, na esteira de Schwartz (2019).

⁸⁹ “Se você fala, ele [o médico] só abaixava a cabeça e escrevia. Ele não olha na minha cara. Não tem paciência. Então quando vou me consultar com ele... Não gosto de me consultar com ele, porque ele me trata mal. Não gosto de me consultar com ele, mas eles não trocaram meu médico para mim. (...) E eu não gosto de falar com ele, porque ele não escuta. Ele faz o que quer. E quando eu pedi para ele explicar meus resultados, ele não explicou. Ele deu os papéis, e eu não entendi nada que estava escrito [risos]. São todos termos médicos. Então não gosto dele” (tradução nossa).

tampouco fez contato visual, preterindo a presença do entrevistado a favor de uma conversa privada no celular.

A capacidade de resposta é restrita ao Tu, inclusive de réplicas silenciosas, como pontua Marcel (1927, p. 138 apud RICOEUR, 1976, p. 65-66, tradução nossa): “Não me dirijo em segunda pessoa senão a quem considero suscetível de responder-me, de qualquer forma – mesmo que essa resposta seja um ‘silêncio inteligente’. Onde não há resposta possível, não há espaço senão para ‘ele’.”⁹⁰ É esta uma das principais diferenças entre sujeito e objeto, como sintetiza Ricoeur (1976, p. 66, tradução nossa) ao escrever sobre Marcel: “o outro é quem responde; o objeto não responde”⁹¹.

O ser assim perspectivado não é um todo autônomo, uma vez que comparticipa junto a outras pessoas de uma relação de interdependência (MARCEL, 1949), requerendo certo nível de permeabilidade de um sujeito ao outro. Essa porosidade permite que os sujeitos transcendam a separação que os disjuntava antes do encontro e estabeleçam uma relação de comunicação e comunhão, sem, contudo, fusioná-los em uma unidade (TREANOR, 2006).

Decorrentemente, há uma ambiguidade em que se confundem as dimensões interna e externa: “O encontro com o outro não pode ser descrito adequadamente como puramente externo (pois então o outro seria algo que eu poderia ter ou possuir) ou puramente interno (pois então o outro não seria outro, mas seria o mesmo)”⁹² (TREANOR, 2006, p. 71, tradução nossa). Não há, afirma Marcel (1951, p. 25, tradução nossa), “linha de demarcação tão definida quanto aquela comumente aceita pelo senso comum que pode ser estabelecida entre um e outro”⁹³. Para Marcel (1949), o Outro não é excessivamente externo nem inerente, de forma que sou capaz de, em alguma medida, interpretá-lo, conquanto não exaustivamente. Relacionar-me com o Outro desta maneira nos introduz a uma região em que eu e o Outro não somos completamente distintos, embora não formemos uma totalidade.

Constatamos a manifestação da disponibilidade nos relatos dos sujeitos, ao expressarem a disposição de alguns dos profissionais de saúde que os atenderam em buscar meios de entendimento com o Outro, a despeito dos agravantes comunicacionais. Essa *disponibilité* é

⁹⁰ “Je ne m’adresse à la deuxième personne qu’à ce qui est regardé par moi comme susceptible de me répondre, de quelque façon que ce soit – même si cette réponse est un ‘silence intelligent’. Là où aucune réponse n’est possible, il n’y a place que pour le ‘lui’.”

⁹¹ “(...) autrui est celui qui répond; l’objet ne répond pas”.

⁹² “The encounter with the other cannot be described adequately as purely external (for then the other would be something that I could have or possess) or purely internal (for then the other would not be other, but would be same).”

⁹³ “(...) line of demarcation as definite as that ordinarily accepted by common sense that can be established between the one and the other”.

articulada em termos de vontade, atenção e paciência; de um “querer saber”, “querer entender”. O seguinte excerto de M. representa tal avaliação.

Como que às vezes se consegue comunicar com uma pessoa muda? Porque você quer. Como que às vezes consegue conversar com uma criança, que não fala nada? Porque elas quer. (...) Se ele [médico] não tá te entendendo, só os exames e a vontade de querer entender você que vai ajudar ele.

A possibilidade de se comunicar com uma pessoa muda – sem utilizar línguas de sinais – ou uma criança em fase pré-verbal são indícios, segundo argumentado por M., de que a comunicação vai além, ou de certa forma prescinde, da verbalidade para se realizar. Essa autonomia, contudo, subordina-se à existência de outro fator, “a vontade de querer entender”. Esta, por sua vez, aponta para uma disposição particular, orientada pelo arbítrio do indivíduo em se colocar para o Outro.

Nessa linha, o arbítrio determina a atenção dispensada ao Outro, elemento mencionado por M.: “Eu não tava falando muito bem, mas ele estava me entendendo, porque eles tava dando atento, queria saber”. Podemos, aqui, compreender a atenção em seu duplo sentido – a concentração focalizada no desvendar de sentidos potencialmente comunicados; e o cuidado, o zelo, a dedicação destinada ao sujeito que os comunica.

Ao estabelecimento de relações intersubjetivas não basta, contudo, que apenas um dos sujeitos esteja disposto, requerendo do Outro que “me considere, assim como eu o considero: o encontro e a comunhão são possíveis somente na medida em que rompemos o fechamento em si mesmo e atendemos à presença do outro”⁹⁴ (GRASSI, 2016, p. 159, tradução nossa). Para Marcel, a formação e a manutenção de uma relação disponível exige mutualidade, ou seja, compartilho algo de mim com o Outro, que também me outorga algo de si. Idealmente, participo de uma relação apenas se estou aberto ao outro e à abertura do outro – e vice-versa. Apenas assim sou permeável à sua presença e ele, à minha.

Por conseguinte, a *disponibilité* transcorre em duas vias: na disposição de o paciente-migrante se fazer entendido e de o médico-nacional entendê-lo, de um lado, e na disposição do médico-nacional se fazer entendido e de o paciente-migrante entendê-lo, de outro. Em nossa pesquisa, essa *disponibilité* se traduz na disponibilidade de o médico-brasileiro-falante explicar sua fala, adaptando às necessidades do paciente-migrante-alófono, como diz M.:

Ele estava falando muitas coisas que eu não tava entendendo certinho, porque... é uma especialidade do médico. Mas eu tava perguntando “o que que significa isso? Porque eu não tô entendendo”. E ele tava explicando. (...) Eu entendi tudo, porque ele tava me explicando. Tudo. E se ele falar uma palavra que tá no domínio no médico, me explica

⁹⁴ “(...) me tiene en cuenta, así como yo lo tengo en cuenta a él: el encuentro y la comunión sólo son posibles en tanto que rompemos la cerrazón de sí sobre sí y atendemos a la presencia de otro”.

de um jeito melhor que eu entendo o que ele quer me falar. (...) Mesmo quando é mais complicado eles tenta dum jeito pra me fazer entender.

Ao versar sobre “uma palavra que tá no domínio do médico”, M. se refere aos jargões, convenções terminológicas especializadas que normatizam a preferência de determinado vocabulário e expressões aos quais está afeito um grupo profissional restrito. Quando utilizados fora dele, tendem a compor uma linguagem críptica, cifrada, que frequentemente cria uma distância social entre provedor de saúde e paciente (MINTZ, 1992; CABELLO 2002). Na visão de M., o caráter hermético dos jargões profissionais, cujo sentido costuma ser confinado aos membros daquela determinada classe, pode ser de certa forma descerrado pela colaboração⁹⁵ dos interactantes.

A colaboração também se expressa na adequação da velocidade da fala de modo a facilitar a compreensão do Outro. Após solicitar que sua médica falasse mais devagar, M. conta, a profissional se adiantava ao pedido nas consultas posteriores: “E ficou uma boa contato também. Porque... quando eu ia entrar com ela, ela sabia ‘ele é estrangeiro, não fala bem’. Então também tava falando devagarinho agora.” P. também relata a adaptação dos médicos à modulação requisitada: “Yes. Most of them have speed, high speed. They think I am Brazilian, but when I tell them ‘please, I’m not. Speak slowly’ they go back.”⁹⁶

Essa abertura recíproca ecoa a ideia de colaboração como fundamento da comunicação, posta em evidente ação na adaptação do discurso para evitar mal-entendidos e na negociação da interação quando estes ocorrem, o que demanda um esforço recíproco e cooperativo dos participantes, que recorrem a estratégias conscientes. A disposição mútua é sintetizada na fala de M. sobre sua médica: “Porque ela tem uma... ela tem vontade de falar de um jeito que eu entendo. Eu também tenho vontade de entender o que ela tá me falando”. Como diz Marcel, não se trata apenas de “estar lá”; o encontro até mesmo prescinde do compartilhamento de espaço.

⁹⁵ Enfatizar o aspecto colaborativo que pode exercer a linguagem aponta para a minimização, e não para o total eclipse, de tensões, inerentes à comunicação. Ainda assim, diverge da visão combativa proposta por teorias da comunicação como a de Jean-François Lyotard, apostada no conflito e no agonístico (SONDERLING, 2014).

⁹⁶ “Sim. A maioria deles fala rápido, muito rápido. Eles acham que sou brasileira, mas quando eu digo ‘por favor, não sou brasileira. Falem devagar’, eles voltam” (tradução nossa).

4 HUMANIZAÇÃO, RESPEITO E EQUIDADE

Na compreensão de que, para além de pensar modos de recepção do estrangeiro, é premente considerar os modos de acolhê-lo, examinamos as possíveis linguagens do acolhimento como ferramenta de integração. Iniciando esta discussão, abordamos o uso contemporâneo no âmbito da saúde do vocábulo “humanização”, que propõe a ressignificação dos processos relacionais entre paciente e profissional, enfatizando a valorização da dignidade e do protagonismo dos sujeitos envolvidos, bem como o respeito à diferença entre eles e a centralidade do diálogo (RIOS, 2009; GOULART; CHIARI, 2010).

O respeito do qual fala a humanização em saúde atravessa a linguagem de maneiras múltiplas, seja na manutenção de uma atitude de consideração para com o Outro, seja na reivindicação deste Outro frente a injustiças. Assim, prosseguiremos com uma abordagem crítica à viabilidade de pleitear respeito na relação médico-paciente em situação de língua discordante, atentando para o reconhecimento do valor e da dignidade humanas.

Embora a promoção da dignidade humana ancore-se na noção de igualdade entre os indivíduos, a alteridade é tão contundente quanto inescapável à relação intersubjetiva com aqueles mais explicitamente Outros – o migrante, o alófono. Compreendemos na equidade, então, uma proposta mais atenta às demandas específicas destes Outros, potencialmente realizáveis a partir de políticas públicas direcionadas. Assim, encerraremos este capítulo com a análise de políticas adotadas a nível federal e municipal para suprir as necessidades linguísticas dos migrantes de forma a proporcionar seu acesso aos serviços públicos e a superar as barreiras que hoje enfrentam para tanto. Em particular, trataremos das possibilidades de oferta de serviços de interpretação e tradução e caminhos de transformação em política linguística.

4.1 “NOBODY RUSHED ME”: NOÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Amplamente e polissêmico, o termo “humanização” tem ocupado posição de destaque nos debates contemporâneos acerca dos processos relacionais em variados âmbitos da sociedade. Sem escapar à tendência, proposições a favor da reformulação de práticas de saúde no Brasil, bem como de modos de abordagem à recepção do sujeito migrante, vêm abordando o tema com maior contundência nas últimas décadas (GOULART; CHIARI, 2010). Considerando a humanização uma resposta crítica a aspectos tidos como desumanizadores, são por estes que principiamos a reflexão aqui conduzida.

A literatura analisada orienta-se sob ângulos múltiplos, porém justapostos, no que diz respeito a práxis que desumanizam tanto o paciente quanto o migrante. Os variados feitos sob os quais se organizam os entraves a um tratamento acolhedor são aqui dispostos em termos de limites estruturais-organizacionais e questões éticas.

Em termos estruturais, a copiosidade da demanda combinada ao reduzido contingente de profissionais e de recursos materiais provoca sobrecarga de trabalho, fator condutor à exaustão dos profissionais de saúde e à redução do tempo quantitativo e qualitativo dedicado ao atendimento (BACKES et al., 2005; RIOS, 2009). Esse constrangimento do tempo disponível à consulta, que impele à rápida liberação do paciente, faz-se ainda mais prejudicial no caso de pacientes não falantes de português, pois o diferente perfil linguístico desses sujeitos implica no tempo de consulta mais longo, dispensa que poderia comprometer a celeridade institucional a que devem se conformar os médicos. Isso é notado pelos entrevistados, como mostra M.:

Quando você tá falando tudo, fluentemente, o médico vai ouvir sem dúvida, sem perguntar. Se você tá só tentando pra explicar, o médico também tá tentando pra entender, tem uma diferença. O tempo que você vai perder quando você tá tentando e o tempo que você vai perder quando tá falando fluentemente tem uma grande diferença.

Iniciativas de produção de um cuidado solidário e acolhedor são também obstaculizadas pelos processos de objetificação estruturantes do modelo biomédico, historicamente adotado pelo sistema de saúde brasileiro. Submetido a diversas formas de coisificação, o paciente é reduzido a “uma instância de tipo generalizável de uma forma que minimiza as experiências subjetivas e a individualidade única da pessoa a um grau inadmissível”⁹⁷, segundo Schwartz (2019, p. 25, tradução nossa).

Como exposto no capítulo 3.1, a biomedicina constitui-se por um conjunto de concepções e discursos marcados pela hipervaloração do tecnicismo, do corpo biológico e da patologia (HERITAGE, 2005; DESLANDES; MITRE, 2009) e apoiados na diferenciação cartesiana entre mente e corpo, objetividade e subjetividade (GOULART; CHIARI, 2010; SOUZA, MAURÍCIO, 2018). O modelo biomédico desatende as vivências socioculturais “do adoecer e do cuidado”, fundamentando-se em processos nos quais “o corpo é tornado o lócus da intervenção e da operacionalização do saber científico dos especialistas” (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 330).

Trata-se, ademais, de um corpo fragmentado (BACKES et al. 2005). Organizando-se segundo especialidades – seja por tipo de doença, como oncologia, seja por localização, como

⁹⁷“(…) an instance of a generalizable kind in a way that downplays the person’s subjective experiences and unique individuality to an impermissible extent”.

neurologia –, a medicina contemporânea emprega um alijamento intracorporal cujos efeitos nocivos incluem a alienação em relação ao todo do sujeito (RIOS, 2009).

Schwartz (2019) aponta como, frequentemente, a experiência da doença afeta o sujeito também existencialmente, desestabilizando não apenas o funcionamento mecânico do corpo, mas o mundo do paciente. Outrora tido como certo, “sempre presente mas costumeiramente esquecido”⁹⁸ (p. 40, tradução nossa), o corpo então passa “ao primeiro plano de nossa atenção como um objeto de contemplação que é tematizado como problema”⁹⁹ (p. 85, tradução nossa). De meio para a realização de projetos, o corpo passa a representar um obstáculo. Rebutam-se as expectativas tácitas que costumamos sustentar sobre o corpo, dando lugar a sentimentos como medo, preocupação e ansiedade.

Em termos éticos, Sá (2009, p. 651) sublinha “os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação dominantes na sociedade contemporânea” que modelam “um quadro extremamente adverso a práticas solidárias e de cuidado com o outro”. Corroborando, Rios (2009, p. 254) aponta que as paisagens social e institucional carecem de sensibilidade e valores humanísticos: “No campo das relações, a perda de suportes sociais e éticos, somada ao modo narcísico de ser, cria as condições para a intolerância à diferença, e o outro é visto não como parceiro ou aliado, mas como ameaça.” No encontro ético com o diferente apresentado pelo migrante, e particularmente aquele alófono, é preciso reconhecer sua alteridade e negociar formas de compreensão que a tenham em conta.

Respostas a esses modos conceituais incluem a ênfase nos direitos humanos e na bioética, ensejando iniciativas nomeadamente humanizantes na saúde pública, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde em 2000. Atualmente, o discurso oficial é constituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), que substituiu o PNAH e ampliou o alcance da humanização à inteireza da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

A HumanizaSUS, como é conhecida, foi concebida em 2004 pelo Ministério da Saúde, reconhecendo este “o despreparo dos trabalhadores de saúde para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (BRASIL, 2010a, p. 8). Estrutura-se a partir de um conjunto de princípios e diretrizes que incentivam, entre outros, a valorização dos sujeitos implicados na produção de saúde; a promoção de sua autonomia e de seu protagonismo; a consagração de

⁹⁸ “(...) always present but usually forgotten”.

⁹⁹ “(...) to the forefront of our attention as an object of contemplation that is thematized as a problem”.

vínculos solidários; e o estabelecimento de uma relação pautada pela horizontalidade entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2010a; BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006).

Nortear a política institucional pela humanização abarca “uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente e não da doença” (BACKES et al., 2005, p. 103). Para além das atribuições técnicas, esta proposta frisa a compreensão de valores, crenças, sentimentos, desejos e perspectivas do paciente, considerando a singularidade e a complexidade do humano. Tais pretensões apoiam-se na construção de uma relação ética – ou uma “ética relacional”, nos termos de Rios – baseadas no vínculo e na confiança entre agente de saúde e paciente.

A humanização do cuidado, assim, refere-se à incorporação das subjetividades e das múltiplas dimensões – psicológicas, éticas, sociopolíticas, espirituais – dos atores envolvidos, reafirmando seus direitos (SOUZA; MAURÍCIO, 2018). Esta humanização toma importância acentuada para o migrante alófono, considerando as situações de vulnerabilidade particulares à experiência migratória.

Apoiada nestas compreensões éticas, a análise das entrevistas identificou o que chamaremos aqui de “índices de humanização”, abarcando comportamentos verbais e não verbais. Tratando-se da verbalidade, emergiram discursos de incentivo e encorajamento produzidos por médicos e enfermeiras e rememorados pelos entrevistados, como é o caso de P.:

There're two doctors. Oh, they like me [risos]. They're so special to me. They're so encouraging. They advise me, they talk to me well. They come and give me examples of people that beat this sickness. “This is how you do, you'll be fine, you're still you. No problem.” And when I get home, at my lowest points, I start to get worried, and I'll remember what doctor Daniela told me. I'll remember what doctor Isabela told me. I'll remember what the doctor told me. And I would say “no, I'll make it” [risos]. And I made it. They are so nice to me.¹⁰⁰

É patente, no excerto, o apreço de P. pelas trocas estabelecidas com as médicas durante seu tratamento. Ao citarem exemplos de ex-pacientes que entraram em remissão de câncer, doença da qual ela sofria e para a qual se tratava, as profissionais produziram em suas falas sentidos de esperança e motivação. Foram a esses sentidos que a entrevistada se apegava nos momentos de maior provação, extraindo determinação e ânimo. Constata-se que, por estabelecer-se através da verbalidade discursiva, este arrimo depende de certo nível de

¹⁰⁰ “Tem duas médicas. Como elas gostam de mim [risos]! Elas me incentivam muito. Elas me aconselham, conversam bem comigo. Elas chegam e dão exemplos de pessoas que venceram essa doença. ‘Faça desse jeito, você vai ficar bem, você ainda é a mesma. Está tudo bem.’ E quando chego em casa, nos momentos mais difíceis, começo a me preocupar, aí me lembro do que a doutora Daniela disse. Lembro do que a doutora Isabela disse. Eu me lembro do que as médicas disseram. Aí eu falava ‘não, eu vou sobreviver’ [risos]. E eu sobrevivi. Elas são tão legais comigo” (tradução nossa).

competência linguística e comunicativa do paciente em português, sendo, portanto, impossibilitado em casos de alófonos.

O acolhimento, entretanto, exprime-se em diferentes linguagens, exteriorizando-se também em comportamentos não verbais, conforme relata P.:

Each time I go for my chemotherapy my arteries were wrong. They would disappear. (...) And the nurses, they would be telling me good words. “Calma, calma, take it easy”. To be calm, “don’t worry”. And one day I was there for more than two hours, they could not find my arteries, and they wanted to open me up here [no pescoço]. And I said “no, I don’t want it, I’m afraid” (...) They open here and from there they give you treatment. I said “I don’t want it”. So one nurse came and she got hot water. And laid it on my hand. (...) Hot water. In a sack. She laid it on my hand for more than five minutes. She was massaging my hand. And after five minutes she removed the hot water. And the arteries were there at the top. That was so miraculous. I was so happy because she was so patient and she was encouraging me. She said “don’t worry, don’t worry, you’ll be fine”. I say “yeah, I don’t want it”. She says “don’t worry, you’ll be fine”. Treatment that should have taken maybe three hours took about seven hours. And nobody rushed me. Nobody rushed me. It was a nice experience. I cannot forget that nurse.¹⁰¹

O rompimento de fronteiras corporais – componente de diversas práticas médicas, como coletas de sangue e transfusões –, faz com que a humanização, a compaixão e o acolhimento sejam ainda mais necessário em contextos clínicos, pois viola a integridade do corpo (SCHWARTZ, 2019).

Embora o discurso verbal, novamente encorajador, se faça presente no episódio relatado, ao massagear a mão da paciente e aplicar-lhe uma compressa de água quente, destinada a dilatar as veias sanguíneas, a enfermeira acolheu a paciente lançando mão de comportamentos não verbais. A massagem e a bolsa de água indiciam a humanização pelo toque e pela busca ativa de alternativas no alívio do sofrimento, demonstrando um engajamento no bem-estar do paciente para além das palavras.

Leder (2016) afirma que o toque exprime uma “intencionalidade significativa”, ainda que de forma parcialmente articulada, assinalando a diferença entre dois tipos de toque: objetificante e ausente. O primeiro manifesta-se em exames físicos impessoais, ao passo que o segundo, mecânico, se dá por intermédio de tecnologias auxiliares no diagnóstico e tratamento,

¹⁰¹ “Todas as vezes que fui para a quimioterapia, minhas artérias estavam erradas. Elas desapareciam. (...) E as enfermeiras me falavam palavras boas. ‘Calma, calma, fica calma’. Para ficar calma, ‘não se preocupe’. Um dia eu estava lá havia mais de duas horas, elas não conseguiam encontrar minhas artérias, e queriam me abrir aqui em cima [no pescoço]. E eu disse ‘não, não quero, fico com medo’ (...) Eles abrem em cima e te dão o tratamento a partir de lá. Eu disse ‘não quero’. Então, veio uma enfermeira trazendo água quente, e a colocou na minha mão. (...) Água quente. Em um saco. Ela colocou na minha mão por mais de cinco minutos. Ela ficava massageando minha mão. E depois de cinco minutos, ela tirou a água quente. E as artérias estavam no topo. Foi tão milagroso. Fiquei tão feliz, porque ela foi tão paciente e ficava me encorajando. Ela disse ‘não se preocupe, não se preocupe, você vai ficar bem’. Eu disse ‘é, não quero’. Ela disse ‘não se preocupe, você vai ficar bem’. O tratamento que deveria durar talvez três horas durou cerca de sete horas. E ninguém me apressou. Ninguém me apressou. Foi uma boa experiência. Não consigo me esquecer daquela enfermeira.”

como ultrassons, eletrocardiogramas, ressonâncias magnéticas e mesmo exames de sangue. Na elucidação de sua tipologia, Leder apoia-se nos conceitos de “Eu e Isso” e “Eu e Tu”¹⁰² formulados por Buber – e poderiam similarmente serem correlacionados com a noção de presença de Marcel, ambos vistos no capítulo 3.2.1 O toque desumanizante se situaria na posição “Eu–Isso”, isto é, no encontro do sujeito com um objeto.

Quando descontextualizados, esses toques configuram-se em práticas médicas desumanizantes, que rebentam a ligação entre eu e outro. A humanização do toque, assim, passa pela contextualização de seu objetivo e do reconhecimento do sujeito tocado, em um encontro entre Eu-Tu. A natureza exploratória do toque vivenciado por P. – o toque que examina, analisa, busca eficácia –, foi contraposto à postura ética de um toque humanizado, empático, que configurou uma relação Eu e Tu martiniana, ou de presença marceliana.

Na proposta de tratamento do Outro enquanto presença, como um Tu único e insubstituível, pode-se incluir entre os índices de acolhimento citados a valorização do paciente migrante de tal forma que ele não sinta em sua alteridade migratória um obstáculo ao bom tratamento de saúde. A este respeito, K. afirma não ter se sentido prejudicado por conta de sua nacionalidade: “Realmente, não tem nenhuma diferença. Os médicos estão tratando todo mundo igual, não importa se você é de qual país.”

A opinião não é compartilhada entre os entrevistados. Embora exalte a paciência dos médicos, P. sente que os pacientes brasileiros são recebidos com maiores demonstrações de afeto e atenção: “When they see Brazilian or people who speak their language, they give them more attention. They give me the treatment eventually but they’re always nicer to Brazilians.”¹⁰³ Mas a vivência, diagnóstica a entrevistada, não é motivada pela procedência do paciente, e sim pela discordância linguística: “It has to do with the language, because they feel forced to read to see me. Because they know it’s a problem. They know it’s a problem to see me. And if it’s something they have to do in 10 minutes, they’re going to do it in 12.”¹⁰⁴

Faz-se importante notar a existência de uma dimensão institucional na humanização do sistema, na ótica dos entrevistados – a gratuidade dos serviços de saúde pública, mencionados no capítulo 4.2.2. O encargo financeiro referente ao pagamento da assistência privada e/ou de planos de saúde faz da rede pública a única fonte possível de assistência para populações

¹⁰² Respectivamente, *Ich und Es* e *Ich und Du* no original.

¹⁰³ “Quando eles veem brasileiros ou gente que fala a língua deles, eles dão mais atenção. Eles acabam me dando o tratamento, mas são sempre mais simpáticos com os brasileiros” (tradução nossa).

¹⁰⁴ “Tem a ver com a língua, porque eles se sentem forçados a ler para me atender. Porque eles sabem que é um problema. Eles sabem que é um problema me atender. E, se for algo que precisam fazer em 10 minutos, eles vão fazer em 12” (tradução nossa).

vulneráveis. Formas alternativas, como planos de saúde coletivos oferecidos pelo empregador, parecem ser particularmente escassas para migrantes e não falantes de português, que populam o mercado informal. Sugere-se, assim, que a independência do tratamento em relação a despesas financeiras contribui para a percepção de acolhimento, distinguindo-se da realidade dos países natais dos entrevistados, seja por conta de dispositivos legais, seja por práticas corruptas:

É muito diferente [o sistema de saúde no Brasil e no Guiné]. Porque primeiramente o Brasil é um país democrático, com democracia. Na meu país, você fala assim, mas não é. É ditadura. Aonde você não tem muitos direitos, aonde a justiça não fala a verdade. Ninguém não faz as coisas certinho. Você também pode imaginar o resto. (...) Você fala assim que tem [saúde gratuita], mas se você não vai lá e você não paga, você não vai ter assistência. É uma propina, mas agora é uma propina legal, agora todo mundo faz isso. Se você não faz, não tem assistência. Entendeu? O governo não fez nada. (M.)

Esse caráter receptivo da universalidade, um dos princípios do SUS, aplica-se não somente à transação financeira, mas também a atributos como nacionalidade, raça e status migratório:

No Congo, se você não tem dinheiro, você não vai se tratar. Tem que ter dinheiro. Mas aqui é grátis. Todo mundo vai estar no mesmo, mesmo, mesmo condições. Não tem preconceito. Não tem preto, não tem estrangeiro. Não tem ninguém, não tem ninguém. Todo mundo está na fila, normal. Mas lá no Congo tem que ter dinheiro. Sem dinheiro não tem saúde como aqui no Brasil, o hospital público, todo mundo pode ir. Lá não tem. Tem hospital público, mas tem que pagar. (A.)

O regime de universalidade mediante o qual atua o SUS viabiliza, então, o atendimento abrangente, comunitário e gratuito de migrantes em situação de vulnerabilidade, escorando a efetivação de seu direito à saúde – diferentemente das realidades dos países natais dos entrevistados.

4.2 “VOCÊ NÃO TEM RESPEITO PELAS PESSOAS”: RECONHECIMENTO E REIVINDICAÇÃO DE DIREITOS

Enquanto componentes de uma comunidade, indivíduos atuam sob acordos implícitos que estabelecem parâmetros para comportamentos e ações consideradas aceitáveis ou não aceitáveis em uma relação. Trata-se substancialmente de um código de conduta, sob a vigência do qual nutrimos expectativas quanto ao tratamento que recebemos – por exemplo, que seja cortês e demonstre estima. A frustração das expectativas integrantes à nossa “bússola normativa”, nos termos de Herzog (2020), produziria percepções de desrespeito, sentimentos de ultraje e indignação moral e a busca por formas de restaurar aquilo que é considerado justiça. Explorando as convicções subjacentes a estas percepções, Miller (2011) credita o sentimento de

injustiça a duas possíveis leituras do evento: por um lado, o sujeito pode interpretá-lo como a privação de algo a que tem direito (“não recebi o respeito que mereço”). De outro lado, o sujeito pode compreendê-la como uma submissão a algo ao qual tem o direito de não se submeter (“recebi o tratamento que não mereço”).

Há uma imbricada relação entre respeito e dignidade, um tipo específico de valor moral de caráter absoluto e inalienável igualmente inerente a todos os indivíduos. É nessa paridade que se fundamenta o respeito. A fim de reconhecer a dignidade do outro e respeitá-lo, Darwall (2006) determina ser crucial que o agente moral tenha no outro o horizonte avaliativo de sua conduta, assumindo uma perspectiva em segunda pessoa, na qual do outro (o “tu”) emanam nossas obrigações.

Schwartz (2019) afirma que, sendo a dignidade construída sobre o princípio de que cada pessoa é única e insubstituível, afirmá-la “envolve reconhecer que a pessoa é mais do que um mero objeto e interagir com ela enquanto sujeito de experiências particulares, enquanto uma pessoa que pode, por sua vez, reagir a nós”¹⁰⁵ (p. 24, tradução nossa). Ao sancionar a dignidade do outro, reconhecemos nele um ser insubstituível, isto é, “ninguém senão aquela pessoa específica poderia estar nesta relação específica”¹⁰⁶ (p. 26, tradução nossa).

A posição envolve uma vulnerabilidade recíproca e comporta um “jeito de ser com o outro”, irrealizável nas interações com objetos. Ao enfatizar o tratamento do Outro enquanto Tu respondível e insubstituível, opostamente à relação objetificante, tal posicionamento ecoa os princípios marcelianos abordados no capítulo 4.2.1, enquanto a incumbência pelo Outro ecoa a responsabilidade infinita de Lévinas.

Para teóricos como Beach et al. (2007), a relação médico-paciente implica uma obrigação específica ao respeito. Definindo a noção de respeito como um “reconhecimento do valor incondicional de pacientes enquanto pessoas”, os autores enfatizam-lhe o caráter universal e não consequencialista, isto é, ao médico é incumbido o dever de respeitar o paciente independentemente das características pessoais deste, bem como das consequências deflagradas pela presença ou ausência de respeito. Chama-se atenção às esferas cognitiva e comportamental do respeito, respectivamente, acreditar que pacientes têm valor e agir de acordo com essa crença. Apesar disso, migrantes como D. vivenciam ostensivo desrespeito ao paciente:

Quando eu entrei na sala da consulta, a mulher [médica] tava com o celular. Ela ficou quase dez minutos no celular conversando, conversando... Até meu amigo conversou

¹⁰⁵ “(...) involves recognizing they are more than mere objects and interacting with them as subjects of particular experiences, as persons who can, in turn, react to us”.

¹⁰⁶ “(...) no one but that particular person could be in this particular relation”.

com ela “ô, moça, pode atender a gente?”. Ela nem respondeu, ela olhou só a gente assim, ó [de soslaio] e continuou conversando no telefone.

Embora essa lesão possa ocorrer tanto com autóctones quanto com estrangeiros, os últimos encontram-se mais vulneráveis ao não reconhecimento, em vista das condições específicas da migração. Ao defrontar-se com a experiência de injustiça, o sujeito falante conta com as habilidades linguísticas necessárias para comunicar seu desagrado e reclamar seu devido reconhecimento. Aos alófonos, por outro lado, não é oferecida a mesma oportunidade.

Evidenciam-se os processos pelos quais, além de obter acesso informacional, a língua atua no âmbito afetivo e moral ao proporcionar ao sujeito a oportunidade de reivindicar direitos e exercer poder social. Nawyn et al. (2012, p. 269, tradução nossa) afirmam que “o poder da língua consiste não apenas na capacidade de se comunicar, mas também na capacidade de se defender através da interação verbal. Dar voz à situação de alguém é um ato de poder”¹⁰⁷. Similarmente, Honigsberg (2014) destaca que a privação da troca verbal implica nas dificuldades, ou mesmo impossibilidades, de comunicar e responder efetivamente a situações de abuso. Migrantes sem competência linguístico-comunicativa na língua institucional dispõem de escassas oportunidades para expressar suas necessidades e para se posicionar de forma a exigir melhor tratamento.

Na condução de nossa pesquisa, sentir-se desrespeitado¹⁰⁸ ou injustiçado, junto à incapacidade de expressar esse aspecto político-afetivo e não conseguir exigir um tratamento melhor, foi um tópico comum entre os sujeitos, por vezes resultando em mal-entendidos que poderiam ter sido resolvidos através de comunicação, como mostra o depoimento de P.:

I went to AMA Sé and I stayed there. The line was so much that they give you papers... green, yellow, red. I don't know the one they gave me. But every other person was going before me. I say “oh my god, what's going on?”. I went and asked the receptionist, and she said “calma, calma”. I said “calma what? I was here first and every other person is gone. I'm still here”. So that day I was not happy. Because I felt my right was trampled on. Was smashed on. And I was not given the attention I needed. It's so painful when you come first, before this, and this is going to see the doctor before you. It's so painful. It happened that day. I don't know why it happened. I don't like going there again. Maybe it's their culture there, I don't know.¹⁰⁹

¹⁰⁷ “(...) the power of language consists not only of the ability to communicate but also the ability to advocate for oneself through verbal interaction. Giving voice to one's situation is an act of power”.

¹⁰⁸ Embora a percepção de um comportamento como (des)respeitoso dependa da cultura, não foram identificadas distinções no parâmetro utilizado pelos entrevistados em relação às convenções da cultura brasileira a este respeito.

¹⁰⁹ “Eu fui na AMA Sé e fiquei lá. A fila era tão grande que eles estavam dando papéis... verde, amarelo, vermelho. Não sei qual me deram. Mas todo mundo estava sendo atendido na minha frente. Eu disse ‘meu deus, o que está acontecendo?’. Perguntei para a recepcionista, e ela disse ‘calma, calma’. Eu disse ‘calma o quê? Eu cheguei primeiro e todo mundo já foi embora. E eu continuo aqui’. Não fiquei feliz aquele dia. Porque senti que meus direitos foram desrespeitados. Menosprezados. E não recebi a atenção que precisava. Dói tanto quando você chega antes da outra pessoa e ela é atendida antes de você. Dói tanto. Aconteceu aquele dia. Não sei por que aconteceu. Não gosto de ir lá de novo. Talvez seja a cultura lá, não sei” (tradução nossa).

P. se refere ao Protocolo de Manchester, sistema de triagem que orienta a prioridade do atendimento com base na classificação de risco. Nota-se que o método toma parte nas diretrizes oficiais emitidas pelo Ministério da Saúde, figurando no HumanizaSUS (2010a, p. 54), o qual entende que priorizar “o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática)” do atendimento é um ato de respeito à saúde e à aflição do paciente. Que o protocolo tenha sido interpretado por P. como um desrespeito aos seus direitos, então, faz-se particularmente interessante – mas não surpreendente, visto que a entrevistada não tinha conhecimento da razão motivadora de sua espera.

Situação similar ocorreu com D., que esperava há horas ser atendido no hospital quando “uma pessoa furou a fila. Eu cheguei primeiro. Quando ele chegou, ele foi lá, conversou com a moça, disse que... não sei, que tinha algum problema. Ele foi atendido”. É possível que o atendimento prioritário em questão tenha se devido não a comportamento injusto e antiético, mas ao protocolo de classificação de risco. Cabe notar que brasileiros e/ou falantes de português certamente se frustram também por esperar enquanto pacientes que chegaram depois são atendidos. Contudo, saber *por que* seu atendimento era postergado poderia ter desmantelado, ou amenizado, a impressão de que seu direito estava sendo desrespeitado sem qualquer explicação.

O perfil de resposta deflagrada por experiências percebidas como desrespeitosas subordina-se à quantidade e ao tipo de capitais acumulados pelo sujeito. Neste contexto, o capital linguístico desponta como fator imperativo na negociação dos direitos do paciente migrante. Assim, a impossibilidade de comunicação verbal quando o paciente não é falante de português constrange-lhe o discurso e inviabiliza o exercício de seu poder, como demonstra P. ao comentar um episódio em que se sentiu aviltada quando o médico não lhe respondia: “I felt bad but I had no one to complain to and I cannot affect a change”¹¹⁰.

O desrespeito, por vezes, está diretamente relacionado à alteridade de contexto migratório, como mostra o relato de D.:

A moça me perguntou se eu falava português, eu disse pra ela “não”. Então, não tinha como eu me comunicar, pra eu dizer pra ela o que eu tenho, o que eu tô sentindo. Ela me diz, de verdade: “Aqui é o Brasil, tem que falar português”. Eu me senti muito discriminado naquele dia, eu quase chorei, mas não tem como. Porque estou fora do meu país, tem que aguentar tudo.

De sua parte, K. também relata um episódio em que se sentiu desrespeitado por questões linguísticas: “Eu levei o meu pai e o médico não deu nenhuma atenção a ele e queria muito o

¹¹⁰ “Eu me senti mal, mas não tinha ninguém para reclamar e não consigo provocar uma mudança” (tradução nossa).

transferir pra outra unidade porque o meu pai simplesmente não conseguia relatar pro médico o que estava sentindo”.

A ausência de recursos comunicativos pode ter consequências traumáticas. Sem falar português, pouco após chegar no Brasil, A. foi confundido com um indivíduo originário do Togo, à época um dos países-foco do vírus ebola, e isolado em uma sala de hospital. Embora seja longo, reproduziremos em sua inteireza o trecho em que o entrevistado narra o episódio – ocorrido em sua primeira interação com o sistema de saúde – por sua capacidade produtiva e ilustrativa:

A primeira vez foi muito difícil pra mim. Cheguei aqui em setembro, era muito frio. E lá na África tava uma epidemia de ebola, lá no Togo. África do Oeste. E eu sou da África Central. Quando cheguei aqui, morava na Casa do Migrante. Peguei meu passaporte e fui lá na AMA Sé. A moça da recepção me perguntou “da onde você é?” Eu não consegui falar, porque fui com menos de um mês aqui no Brasil. Falei “não sabe”. Falou “país, país, país”. Falei “Congo”. Mas ela não entende bem. Ela escutou “Togo”. E lá no Togo era essa epidemia. E imediatamente ela fez um sinal pras pessoas que aquela pessoa tem ebola. E imediatamente vi as pessoa vim com luva. Ele me pegou e me colocou numa sala sozinho. Deixa eu te falar... Tava muito, muito triste. O motivo que foi lá, estava gripado. Mas ele pensou que eu sou do Togo e tenho ebola. E fico numa sala, todo mundo fica bem longe de mim, me observando. Ele falou “você fala francês?” Eu falei “sim”. Ele chamou uma pessoa do Congo, ele trabalhava lá. Ele fala francês. Quando ele me viu, ele me deu a mão. “Bonjour”, “bonjour”. “Bom dia”, “bom dia”. “C’est quel ton problème?” “O que tá acontecendo? Eu vim aqui...” Ele falou “ele pensa que você tem ebola”. Falei “oxi, que é isso!” Ele falou pra eles “não, ele não é do Togo, ele é do Congo”. Eles me falou “desculpa, desculpa, foi aquela menina que...” Falei “não, eu sou novo aqui, eu não falo português”. E imediatamente eles “vamo, vamo, vem cá” [com tom apaziguador]. Eu falei “eu nunca mais vou passar [aqui]. Você não tem respeito pelas pessoas”. E nunca mais fui lá. Desde aquele dia nunca mais fui na AMA Sé.

M. também conta ter sido desrespeitado por sua médica, a quem não pôde responder por não falar português à época, e como se sentiu: “Muito... muito mal. Falei pra minha professora também, mas eu não sabia como encontrar ela [a médica], como era o nome dela, nada. Porque até agora eu me lembro dela. Não vai nunca esquecer dela.” Os aspectos afetivos associados à ausência de capital linguístico são patentes em seu relato, que assinala a permanência do sentido negativo da experiência, resistente a vivências positivas subsequentes com outros profissionais da medicina.

Além de repercussões emocionais, esse desrespeito percebido e não contestado verbalmente também provoca consequências físicas. O desaponto pode acarretar no abandono da assistência médica no país de chegada, como ocorrido com A., que optou pela importação informal de medicamentos do Congo: “Nunca mais consegui ir [ao hospital em questão]. Não têm consideração as pessoas”.

Um dos componentes da bússola normativa mencionada no início do capítulo é o direito à voz, o postulado de que indivíduos têm o direito de se manifestar verbalmente e ter suas

manifestações acolhidas, noutras palavras, merecem falar e ser ouvidos. A audibilidade, a possibilidade de ser ouvido, tem sentido duplo – o processo físico da percepção auditiva, e a metáfora social da percepção simbólica, mais problemática diante da pertença a certas categorias socioeconômicas. A incapacidade de expressar indignação diante de um tratamento humilhante e contestá-lo representaria, assim, a potencial inaudibilidade do paciente migrante e alófono.

Miller distingue dois objetivos que norteiam a resposta do ofendido ao ofensor: restaurar a autoestima do primeiro, posto que o ato desrespeitoso ameaça a identidade do desrespeitado, e educar o segundo, mostrando-lhe a inaceitabilidade do comportamento. Em um exercício imaginativo, M. relata o que teria feito caso falasse português à época: “Eu vou falar muitas coisas pra ela. Porque eu queria falar muitas coisas, mas eu não tava conseguindo. (...) Eu falaria pra ela que ela não merece ficar médica. Ela não merece. É tudo o que eu vou falar pra ela.”

Na medida em que a verbalização de reações afetivas ao desrespeito é informada pela competência comunicativa, a ausência de suporte linguístico demonstra ser um obstáculo social para a expressão do sofrimento. A falta do capital linguístico necessário que possibilitaria a expressão de seus sentimentos decorrentes da percepção de desrespeito impede que o sofrimento seja verbalizado e considerado, aprofundando assimetrias de poder.

As dissimetrias particulares à posição de migrante e alófono se confirmam quando, notadamente, os entrevistados expressam divergência no posicionamento assumido no Brasil e em seu país natal devido ao diferencial de poder-capital. Refletindo a diferença de reação provocada na Serra Leoa e no Brasil pela atitude de sua médica – continuar uma conversa privada no celular no horário de consulta, sem nem responder ao paciente –, D. diz que:

[na Serra Leoa] eu ia me defender. Eu não falava português, por isso que eu não consegui falar nada, por isso que eu fiquei calado. Mas eu não posso me defender, porque eu não falava o português. Mas se era no meu país, ia ser diferente, porque lá eu conheço o meu direito, eu falo a língua, eu sei como as coisas funcionam. Mas aqui, não. Naquele momento, não, nem sabia nada do país [Brasil].

Sobre o distinto comportamento que exhibe nos países de origem e de acolhida, respectivamente, Nigéria e Brasil, P. afirma:

Well, they say “East, West, not on South, home is the best” [risos]. At home I march solidly on the ground, but here I march softly. (...) But these kind of things, I cannot take it in my country, you know. So that’s why I said that. Home is the best. (...) Sometimes there are things I cannot take back in my country, but when they happen on here, I have to swallow it, I have to take it. Not happily, but grudgingly. I have to take it.¹¹¹

¹¹¹ “Bom, costuma-se dizer ‘Não no sul, no leste, oeste: a casa é o melhor lugar que tiveste’ [risos]. Em casa, piso forte, mas aqui piso de leve. (...) Mas esse tipo de coisa eu não aceito no meu país, sabe. Então é por isso que disse aquilo. O lar é o melhor lugar. (...) Às vezes, tem coisas que eu não aceitaria no meu país, mas quando elas acontecem aqui tenho que engolir, tenho que aguentar. Não de boa vontade, mas a contragosto. Tenho que aguentar” (tradução nossa).

Caso o mesmo acontecesse na Nigéria, P. afirma que reagiria diferente: “I would shout at him [risos]. I would use big words at him.”¹¹² É patente o contraste entre a linguagem da qual se investe P. enquanto imigrante e nacional. No primeiro cenário, a palavra fica atravessada na garganta, aguenta-se em silêncio o desaforo, porque *é preciso*; no segundo, as palavras são proferidas – não qualquer uma, mas as compridas, as difíceis, isto é, de uso menos corrente, indicativas de maior nível de instrução formal. Esta particularidade demonstra a relação de força simbólica da qual trata Bourdieu (1983, p. 160-1) ao afirmar que “a língua não é somente um instrumento de comunicação ou mesmo de conhecimento, mas um instrumento de poder”. Não dispor dos meios necessários para verbalizar indignação, dos recursos que proporcionam um firme caminhar sobre a terra, obstaculiza o uso da língua como instrumento de poder, intensificando a dissimetria na relação médico-paciente.

4.3 “BUT THERE IS NO ONE”: INCLUSÃO E CAMINHOS PARA UMA POLÍTICA LINGUÍSTICA

A literatura, conforme visto, comunga a essencialidade de uma “escuta qualificada” para a prática da humanização na saúde. Mas não dependeria essa escuta, primeiramente, da capacidade de compreender a língua na qual fala o outro? E, no mesmo quinhão, de falar em uma língua que seja passível de compreensão na situação determinada? Afinal, o não domínio do idioma oficial representa barreiras simbólicas, “mas também uma barreira muito ‘real’, que pode estorvar o uso individual dos recursos públicos disponíveis”¹¹³, como afirmam Smits e Gündüz-Hoşgör (2003, p. 831, tradução nossa). Dentre estes recursos públicos, destacam-se, para o propósito deste trabalho, os serviços de saúde.

Como mencionado no capítulo 1.1, os dispositivos jurídicos brasileiros determinam que o direito social da saúde seja garantido a despeito de nacionalidade ou situação documental (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013). Desde 1988, ano instituidor da Constituição Federal, a saúde tem sido regida pelas diretrizes da universalidade, igualdade e integralidade, definida como obrigação do Estado e organizada no Sistema Universal de Saúde (SUS) (BAHIA, 2005; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013). Se o SUS foi construído sobre o eixo da igualdade, sua afirmação é hoje trazida sob a nomenclatura da equidade, referente às

¹¹² “Eu gritaria com ele [risos]. Usaria palavras compridas para falar com ele” (tradução nossa).

¹¹³ “(...) but also a very ‘actual’ barrier, which may hamper the individual’s use of the available public resources”.

“condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos” (BRASIL 2010a).

Projetadas a partir da concepção de que os cidadãos compartilham da mesma dignidade e, por isso, devem ser tratados de maneira igual pelo Estado, as políticas igualitárias propunham uma suposta neutralidade à diferença na população que minaria poderes locais e desarticulava preferências pessoais (CODÓ, 2008). Grupos sociais e indivíduos não estão, contudo, em condições de igualdade políticas nem socioeconômicas, e a negação da alteridade fomentada por ambientes institucionais acaba por produzir injustiças sociais. No caso em tela, acessar de forma eficaz serviços de saúde pública requer, minimamente, literacia a respeito do sistema e domínio da língua portuguesa; ausentes estes recursos em sujeitos migrantes, conclui-se que não desfrutam das mesmas oportunidades enquanto agentes sociais que um brasileiro falante de português, partindo, portanto, de posições desiguais.

Sob este prisma, a política de equidade entende que, para atingir a igualdade enquanto fim, o reconhecimento das diferenças deve ser aplicado como meio. Mas como o reconhecimento da alteridade – neste contexto, as necessidades de um público linguística e culturalmente heterogêneo – pode se manifestar em práxis institucionais?

No ano de 2013, a Prefeitura de São Paulo criou a Coordenação de Políticas para Migrantes na Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), tratando da questão migratória na esfera dos direitos humanos. Em 2016, promulgou a Lei Municipal nº 16.478, que institui a Política Municipal para a População Imigrante (PMPI). Dentre as prioridades estabelecidas, a Lei se propõe a “garantir o acesso universal da população imigrante à saúde”, conforme inciso II do Art. 7 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a). Ademais, o Art. 4 do referido documento afirma: “Será assegurado o atendimento qualificado à população imigrante no âmbito dos serviços públicos municipais”.

Este acesso, como visto, está firmemente ligado à competência linguística. Após mapear os entraves normativos e institucionais enfrentados pela população migrante no Brasil, como mencionado no capítulo 1.1, o IPEA elaborou um relatório final contendo recomendações. Dentre elas, destacamos, para o fim desta pesquisa, “que o atendimento e o acesso a informações seja possível em outros idiomas, bem como que haja pessoal especializado no domínio de outras línguas para a realização do atendimento” (BRASIL, 2015, p. 160).

Visando promover o acolhimento e a inclusão da população migrante, o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMS-SP) sancionou, em 2015, uma proposta de política de saúde para imigrantes e refugiados. Posteriormente à aprovação, fundou-se o Grupo de Trabalho

Saúde do Imigrante e Refugiado; seu subgrupo de Comunicação tencionava “construir material informativo, educativo e institucional em diferentes idiomas a respeito de diferentes temas de saúde definidos como prioritários para essa população e discutir as traduções” (GAETA et al., 2017, p. 42).

Recebendo o apoio da Coordenadoria Especial de Comunicação (Cescom), da Secretária Municipal de Saúde (SMS), foram elaborados em sete idiomas folhetos informacionais, educacionais e institucionais sobre tuberculose, gripe H1N1, imunização, cuidados de pré-natal e acesso ao SUS na cidade de São Paulo (GAETA et al., 2017; OIM, 2019). Embora a rede de tradução tenha sido ampliada, Gaeta et al. (2017, p. 50) afirmam a necessidade de um debate a nível municipal:

(...) ainda a questão da tradução tanto de materiais escritos quanto em consultas é um desafio na saúde, pois envolve a ética, a privacidade e o entendimento das diferenças culturais. Consideramos que esse debate deveria ser no âmbito da Prefeitura já que a tradução é um problema que atinge outras secretarias.

Amiúde, a importância de transformar a redação em práxis é desfocada em prol de esforços concentrados no ensino gratuito de Português como Língua Adicional (PLA)¹¹⁴, que objetiva “ajudar alunos migrantes e refugiados a utilizarem o português com agentividade para enfrentar os desafios com que se deparam no seu dia a dia no Brasil” (ANUNCIAÇÃO, 2018, p. 36).

Enquanto reconhecemos a essencialidade do domínio próprio do português para a integração autônoma de migrantes, argumentamos, como fizeram antes Coury e Rovero (2017), Oliveira e Silva (2017), Camargo (2018) e Anunciação (2018), que o ensino de PLA não se sustenta como resposta única às demandas linguísticas em questão. Primeiramente, o aprendizado de uma nova língua é, em si, um processo complexo e longo, que pode ser dificultado por baixos níveis de letramento. Segundamente, a eficácia das aulas depende da transposição de limitações socioeconômicas – o deslocamento para o, e do, local das aulas implica custos financeiros ao aluno, que deve também dispor de tempo e energia para frequentá-las, mesmo enfrentando jornadas de trabalho desgastantes. Contudo, a necessidade de agir com urgência, como na busca por assistência médica, impede que o migrante “se permita” esperar até que aprenda a língua.

¹¹⁴ Preterimos o uso da designação específica Português como Língua de Acolhimento (PLAc) sob um viés crítico, acompanhando a argumentação de que o termo potencialmente ofusca a heterogeneidade linguística considerada no processo de acolhimento, apontando para mecanismos assimilacionistas de exclusão de alófonos (ANUNCIAÇÃO, 2018; CAMARGO, 2018) e em vista da necessidade, explorada nesta pesquisa, de acolher o migrante a despeito de sua competência em português. Neste sentido, concordamos com Bizon e Camargo (2018) ao sugerirem que falemos não em “língua de acolhimento”, mas em “acolhimento em línguas”.

Nota-se, na década de 2010, algumas adequações à realidade migratória na cidade de São Paulo (SAMPAIO, BARALDI 2019; OIM, 2019). Constatando crescimento nos casos de tuberculose particularmente entre bolivianos, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e o Centro de Apoio e Pastoral do Imigrante (Cami) instituíram algumas medidas nos serviços de saúde de regiões com maior afluxo de migrantes. As providências incluíam a contratação de agentes comunitários migrantes no contexto da atenção básica de saúde e a criação do cargo de mediador cultural, almejando assistir a comunicação com as equipes de saúde.

Quanto ao aspecto linguístico, destacam-se ações produzidas pela parceria entre a SMS de São Paulo (SMS-SP), a Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa) e organizações não governamentais, tais como a elaboração de material em espanhol sobre prevenção à tuberculose e à Sida – doenças cujos índices apresentaram crescimento entre a população boliviana; o oferecimento de cursos de língua espanhola e sobre a cultura boliviana para funcionários das Unidades Básicas de Saúde (UBSs); e a contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nelas.

Embora representem valorosos esforços visando o acolhimento linguístico e cultural dos migrantes, as iniciativas parecem insuficientes, por fazerem um recorte bastante limitado de línguas, regiões e temas incluídos nas abordagens e por, novamente, dependerem da aprendizagem de línguas. Entendemos que uma política linguística mais inclusiva e com maior potencial de capilarização é necessária para que o acolhimento não seja condicionado à competência do migrante em português ou do profissional de saúde encarregado na língua do migrante, e para que não se resuma a ações isoladas, em vez disso permeando os processos de produção de saúde.

Neste contexto, visualizamos em uma política linguística oficial que inclua o oferecimento de intérpretes e tradutores profissionais no setor público – atualmente ausente tanto em âmbito estatal quanto no município de São Paulo – recurso essencial para que migrantes efetivem direitos básicos (OLIVEIRA; SILVA, 2017). Penn e Watermeyer (2018) ressaltam que políticas desta natureza demonstram sensibilidade às necessidades linguísticas de migrantes alófonos e são uma iniciativa necessária para garantir a equidade nos serviços de saúde. Yuste-Frías (2016) indica que, sendo tarefa do Estado atender às demandas fundamentais dos indivíduos, é dele o encargo de promoção e gestão das atividades de tradução e interpretação profissionais correspondentes.

Se o delineamento de políticas linguísticas reflete atitudes sustentadas quanto às línguas e aos seus falantes (SPOLSKY, 2004), pode-se vislumbrar uma relação causal entre a ausência

de uma política linguística em contexto público e a não priorização do acolhimento ao migrante. Assim sugere Yuste-Frías (2016, p. 107, tradução nossa) ao afirmar que “o lugar que ocupa em um país o profissional de Tradução e Interpretação em Meio Social (doravante TIMS) depende do tipo de acolhimento público oferecido ao migrante alófono nos serviços públicos”¹¹⁵. Em concordância, Oliveira e Silva (2017, p. 131) apontam que “a falta de ação do Estado revela, nesse sentido, uma orientação ideológica que ou nega a presença das línguas dos imigrantes ou vê essa diversidade como um problema a ser superado por meio do ensino da língua portuguesa”.

Em matéria legislativa, o Art. 5 da Lei Municipal nº 16.478 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a) inclui o uso de tradução ao estabelecer como diretriz “divulgar informações sobre os serviços públicos municipais direcionadas à população imigrante, com distribuição de materiais acessíveis”. Com efeito, a CPMig/SMDHC produziu e disponibilizou, em versão impressa e digital, a cartilha “Somos Todas/os Migrantes” (SMDHC, 2017). Orientada para migrantes e servidores públicos, a publicação contém informações didáticas sobre direitos e serviços públicos disponíveis na cidade de São Paulo, dentre os quais os da saúde. A publicação do guia em sete línguas – árabe, crioulo, inglês, francês, mandarim, português e espanhol – evidencia a possibilidade de construir políticas linguísticas inclusivas, “que reconheçam a diversidade linguística não como um problema, mas como um recurso utilizado para garantir o acesso aos serviços públicos” (OLIVEIRA; SILVA, 2017). Os exemplos supracitados de materiais traduzidos sobre tuberculose e Sida para a população boliviana também mostram o esforço previsto na lei.

Contudo, constatando a insuficiência destes esforços e a importância de materiais disponíveis em línguas comunitárias (PILLER; TAKAHASHI, 2011), recomendamos a) ampliar o escopo de doenças e condições de saúde a serem tratadas em folhetos educativos; b) traduzir o conteúdo para múltiplas línguas; c) produzir folhetos multilíngues, de forma a abarcar mais de uma comunidade linguística no mesmo material. Ademais, é com urgência que ressaltamos a necessidade de se traduzir consentimentos informados, para asseverar o direito à informação e à autonomia de migrantes alófonos. Esta necessidade é atestada por P.: “It would be a pleasure to have written in English... even if it’s a summary of the long text, if it’s a summary, just a few lines. It would be very helpful.”¹¹⁶

¹¹⁵ “(...) el lugar que ocupa en un país el profesional de la Traducción e Interpretación en Medio Social (en adelante TIMS) depende del tipo de acogida pública que se ofrece al migrante alófono en los servicios públicos”.

¹¹⁶ “Seria um prazer ter o texto escrito em inglês... mesmo se fosse um texto longo resumido, se fosse um resumo, só algumas linhas. Ajudaria muito” (tradução nossa).

Sobre a interpretação, os entrevistados reconheceram na interpretação formal uma prática que os teria ajudado – e que pode ajudar futuros migrantes, assim como aqueles que ainda não falam português. Segundo afirma, P. buscou um intérprete no hospital, sem sucesso: “It’d have helped a lot. But there is no one. There is always no one. And when I go to hospital, I find out that I stay longer because I have to wait for the doctor that speaks English to be free. So he can talk to me.”¹¹⁷ “Nunca tem ninguém” – pujante e singela, a observação denota circunstâncias que se contrapõem ao ideário de humanização, de uma ética pautada no acolhimento, no direito à comunicação, na valorização de vínculos, na reconhecença do que o outro – ou Outro – tem a dizer.

A interpretação médica formal – um tipo da dita “interpretação comunitária”, que também engloba o trabalho jurídico e de educação – trabalha visando a garantia de acurácia, imparcialidade e confidencialidade. A. ressalta a segurança e a especificidade potencialmente garantidas pelo profissional:

A intérprete faz diferença porque tudo fica mais direto, primeiramente. E secundamente, tem as outras coisas que a gente fala lá no médico e o médico também pode não entender direito. E a prescrição médica, os remédio... Porque você não sabe falar direito. Por exemplo, eu tô com sinusite. Mas eu não sei falar sinusite. Vou chegar, tô com gripe. Ele vai me dar remédio de gripe, e não pra sinusite.

Não apenas as tarefas instrumentais são satisfeitas, mas também as tarefas socioemocionais, como construção de parcerias e segurança. M. acredita que teria sido tratado de forma mais respeitosa se ele estivesse com uma intérprete brasileira: “Porque quando ela vai ver que estou com brasileira, que sabe tudo do Brasil, do mesmo jeito que ela, ela vai fazer... ela vai mudar muitas coisas, porque ela sabe senão ela vai denunciar ela. E pode prejudicar o trabalho dela. Um processo mesmo.”

Constata-se a dimensão afetiva, ainda, na garantia de privacidade proporcionada pelo intérprete formal e normativa no exercício da profissão. Ainda que o profissional desrespeite tais princípios, a contingência não respinga necessariamente na vida pessoal do paciente, envolvendo, sob essa perspectiva, um risco mais distanciado, segundo P.: “If the person is a professional interpreter, he doesn’t follow you home, you don’t meet him any other place. (...) And if [he] want to take it home, you don’t care. You’ve gotten the treatment.”¹¹⁸ O apartamento

¹¹⁷ “Teria ajudado muito. Mas não tem ninguém. Nunca tem ninguém. E, quando vou para o hospital, percebo que demoro mais, porque preciso esperar que o médico que fala inglês fique livre. Para que ele possa falar comigo” (tradução nossa).

¹¹⁸ “Se for um intérprete profissional, ele não volta para casa com você, você não encontra ele em nenhum outro lugar. (...) E se [ele] quiser levar de volta para casa, você não se importa. Você recebeu o tratamento” (tradução nossa).

que o encontro com o médico ou com o intérprete profissional tem em relação ao círculo íntimo do paciente oportuniza, nos termos da entrevistada, a liberdade do paciente:

I'd feel very free. (...) if he is a professional interpreter, I can speak freely (...) To feel free is to open up, to say exactly who I am. You know? When you feel free, when you see a professional interpreter, he doesn't know you. You can speak freely. "Oh, I have this, I have that." But if it's your friend, no. You may not open up that way. Unless it's your... your husband, or your wife, or your child. But outside the family, I would not feel free.¹¹⁹

Além da privacidade, intérpretes consideram, em sua atuação, aspectos tão diversos quanto importantes, tais como o posicionamento físico do intérprete em relação ao médico e ao paciente, estilos de pergunta, aspectos estilísticos, domínio de coloquialismos e expressões idiomáticas, capacidade de comunicação em registros diferentes e conhecimento vocabular e terminológico extenso (ANGELELLI, 2004; HALE 2007). O trabalho engloba, também, importantes considerações sobre alteridade.

E, uma vez reconhecida a alteridade, percebe-se que a prática da universalidade depende da lógica da equidade. Embora a dignidade sustentada pelo direito à saúde – assim como outros direitos humanos – resulte da igualdade de valor atribuída a cada pessoa, em razão de sua humanidade fundamental, o exercício deste direito é intermediado pela língua(gem), sendo, portanto, necessário dar condições para que alófonos se comuniquem com profissionais de saúde – e esta concessão de condições é feita mediante a equidade.

¹¹⁹ “Eu me sentiria muito livre (...) se ele for um intérprete profissional, eu posso falar com liberdade (...) Se sentir livre é se abrir, é dizer exatamente quem sou. Sabe? Quando você se sente livre, quando passa por um intérprete profissional, ele não te conhece. Você pode falar com liberdade. ‘Estou com isso, estou com aquilo’. Mas se for seu amigo, não. Você talvez não possa se abrir desse jeito. A menos que seja... seu marido ou esposa ou filho. Mas fora da família, não me sentiria livre” (tradução nossa).

5. CONCLUSÃO

A concordância de língua contribui para a criação de condições que viabilizam aos pacientes comunicarem um rol variado e complexo de informações. No campo de produção discursiva, participam deste rol, de um lado, a descrição de dados de base da história clínica – tais como remédios de uso contínuo, histórico de intervenções cirúrgicas, doenças preexistentes, alergias medicamentosas e de outras naturezas, hábitos fisiológicos e de estilo de vida – e, de outro, expectativas, medos, atitudes e preocupações; em suma, o estado biopsicossocial do paciente (KOERNER et al., 2013). Da mesma forma, impacta tanto o aspecto pragmático do atendimento, como informações relativas a diagnóstico, decisões terapêuticas e recomendações médicas, quanto o aspecto afetivo.

Proporcionar as circunstâncias para uma comunicação efetiva na saúde é particularmente importante, considerando a condição de vulnerabilidade do paciente e a importância da saúde para o bem-estar e a dignidade humana. Com frequência, a experiência da doença é acompanhada por mudanças nos sustentáculos corpóreos de nossa certeza, agência e autonomia. Essa falta de controle pode ser amplificada pela assimetria de poder característica da RMP, em que o médico é investido da autoridade e legitimação científica. Nos casos em tela, articular-se-iam à essa circunstância as condições de migrante e de alófono.

À luz da teoria de capitais de Pierre Bourdieu, mostramos que o acesso a recursos considerados valorosos em determinado campo social afeta a experiência dos sujeitos ao exercer seus direitos, e que as percepções dos migrantes frente a estas experiências são mediadas por processos de aquisição e acúmulo de capitais, como repertório cultural legitimado, representações de cunho moral e afetivo, competência na língua oficial do país de acolhida e redes de sociabilidade constituídas.

Perfilhando o acolhimento como um dos elementos estruturantes da discussão sobre migração para além do processo de entrada e residência, investigamos temas como intersubjetividade, hospitalidade, humanização e equidade. Foram exploradas as noções de Emmanuel Lévinas e Jacques Derrida, proponentes de horizontes de abertura ao Outro em que se constroem relações éticas fundamentalmente desiguais, seja via responsabilidade infinita, seja via hospitalidade absoluta. Através de Gabriel Marcel encontramos uma postura ética de permeabilização da alteridade ao situar interactantes presentemente disponíveis uns aos outros.

As discursividades da humanização e da defesa dos direitos humanos trazem um ideário que deve ser materializado nas práticas específicas e socialmente construídas. É, afinal, “na experiência concreta a partir de sujeitos concretos” (BENEVIDES; PASSOS, 2005) que os direitos devem tomar corpo. Esta mudança supõe defrontar-se com o “*modus operandi* fragmentado, fragmentador, marcado pela lógica do especialismo” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 391) das práticas de saúde ancoradas no modelo biomédico, envolvendo um deslocamento da “doença do sujeito” para o “sujeito da doença” (GOULART; CHIARI, 2010).

Constatamos que o direito à saúde engloba, também, a capacidade de expressar indignações morais, reivindicar respeito e se manifestar diante do que se percebe como situações desrespeitosas vivenciadas na interação com os profissionais do aparelho de saúde pública. Sob este prisma, o encontro clínico é vivenciado como um tópos afetivo em que a linguagem pode mitigar circunstâncias de incerteza, ansiedades e indignações.

Acompanhando Oliveira e Silva (2017) e Camargo (2018), salientamos a premência de políticas linguísticas oficiais que incluam o oferecimento de serviços profissionais de tradução e interpretação nos aparelhos de saúde pública. A instauração de tais práticas linguísticas confronta o princípio de igualdade, que com desinteresse considera a diferença, apesar disso inescapável na relação intersubjetiva – pois que não estaria a negação da alteridade, a dita neutralidade à diferença, aprofundando fossos de dissemelhança no tratamento dos sujeitos que a dão forma?

Cumprir o propósito de tratamento igualitário necessariamente supõe condições de igualdade, distintas, contudo, da forma como a sociedade se organiza concretamente. Se a desigualdade de recursos, e, portanto, de poder, com que sujeitos migrantes e alófonos se encontram compromete os processos comunicacionais condutores a práticas humanizadas, respeitadas e eficazes de saúde, abre-se espaço para a consideração de políticas de acesso operantes a partir da equidade, sensível ao Outro.

Apesar das garantias, no plano legislativo, do exercício da saúde a despeito de aspectos como nacionalidade e língua, constatou-se na percepção e nas vivências dos migrantes entrevistados a ausência de uma infraestrutura bem-desenvolvida para a integração migratória a partir da linguagem. Faz-se mister, então, uma revisão das práticas comunicativas em casos de discordância linguística em cenários médicos, comprometida com processos efetivos de viabilização do curso ativo do paciente migrante e alófono.

Estudos futuros

Pesquisas futuras no campo interseccional entre linguagem e migração poderiam desenvolver trabalhos focalizando os aspectos afetivos decorrentes da dificuldade de se comunicar em outra língua, particularmente em duas frentes: diante da percepção de desrespeito; e como a discordância linguística afeta percepções de confiança.

No âmbito da saúde, divisar potenciais propostas de políticas públicas orientadas ao acolhimento pela linguagem da população migrante em aparelhos públicos, com base em mapeamentos linguísticos de demandas e recursos a nível municipal, faz-se necessário.

Outra importante questão seria investigar possíveis fontes de incompreensão ou mal-entendidos nas interações entre profissional de saúde e paciente, sistematizando conhecimentos para além de experiências anedóticas. A partir da constatação de que o tópico de jargões carece de maior produção científica no contexto brasileiro, avaliações quanto à compreensão que os pacientes têm de termos especializados ou léxicos naturalizados usados por médicos nas consultas podem ser de grande valia.¹²⁰

¹²⁰ Modelos metodológicos podem ser adaptados de estudos como o de Thomas et al. (2014), que identificou a compreensão, por parte dos pacientes, de jargões utilizados por médicos cardiologistas, tendo desenvolvido e validado a ferramenta Cardiac Jargons Comprehension Schedule (CAJCOMPS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É nesta língua que tantos preambulam, por variados tempos, a experiência do deslinguar.

Porque a vida se mostra em episódios, fui interpelada num mercado no centro de São Paulo, em 2013, pela aflição de um homem em busca do corredor em que se dispõem os aparelhos de barbear. Um rosto alumiado, nascido nigeriano, me encontrou quando lhe falei em inglês. Eu o encontrei de volta, e tão logo ambos encontramos o barbeador. Na conversa entrecorrida, contou-me sobre a dureza do silêncio involuntário, que buscava, dia a dia, rebentar-se não somente para descobrir onde estão as coisas, mas também, e em grande medida, para intercambiar com as pessoas.

Não raro o prosaico transcende seu contexto e o valor utilitário que lhe é superficialmente outorgado, deixando entrever substância aplicável a diversas dimensões da vida humana e a grandes temas das Humanidades. Não se trata, afinal, de aparelhos de barbear. Trata-se dos ensejos da linguagem, da necessidade de comunicação, do exercício de poder social, da efetivação de direitos, do sujeito migrante, da relação intersubjetiva que se estabelece entre Eu e os tantos Outros todos.

Se “o calar-se é já uma modalidade da palavra possível”, tal qual profere Jacques Derrida, há os que não se calam, pois que não lhes era exequível palavrear. Foi neles que pensei quando passei a colaborar no Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC); na Equipe de Base Warmis – Convergência das Culturas, uma organização de propósito humanista que se dedica às mulheres migrantes; e no Adus – Instituto de Reintegração do Refugiado. Foi também eles – e o distanciamento das “elucubrações teóricas à margem da vida real”, como adverte Kanavillil Rajagopalan (2006, p. 158) – que considerei no pretérito início e no presente fim desta pesquisa.

É imprescindível se comunicar, sobretudo na saúde, sobretudo agora. Um tempo em que o COVID-19 dita mortes e interdita vidas; haure certezas e suspende o ontológico estado de segurança que alicerça o viver. Essa intransponibilidade do porvir, já conhecida dos migrantes, agora ostensivamente conspícua, traz desafios novos e urgentes. O lema “fique em casa” tomou as bocas e os teclados de considerável parcela da população mundial. Mas onde fica em casa o estrangeiro, esta “cifra de um incomensurável *não pertencer*, de um impossível *sentir-se em casa*, de um incorrigível *estar em algum outro lugar*”, nas palavras de Mauro Maldonato (p. 30, itálico no original). Em que sítio geográfico, temporal, social ou

afetivo moram estes sujeitos fronteiriços, estes homens e estas mulheres a mais? Residiriam sempre em estado de interstício?

Ciente de que escrevo a partir de uma posição privilegiada, entre titubeios e claudicâncias ausentei-me do falar naquilo que chamam os chineses, em literal, por "língua comum", 普通话, *pǔ tōng huà*. Vivi em inglês, valhacouto global, e vez por outra visitava o português como se chegasse de uma longa viagem. No antelóquio deste trabalho, afirmei ter sido 外国人, estrangeira, *wài guó rén* – literalmente, “pessoa de fora”. Ou 老外, gringa, *lǎo wài*, termo também utilizado para descrever o leigo, o amator. Neste epílogo, ademais me declaro 外宾, *wài bīn*, uma “convidada do estrangeiro” – ou “visitante internacional”, numa confluência que presumivelmente receberia desaprovação derridiana.

Hoje, componho estas linhas no centro da cidade de São Paulo, onde me sinto em casa. E sentindo-me em casa sinto imensas saudades de 朝阳门, *Chāoyáng mén*, onde vivia em Pequim (ou 北京 ou *Běijīng*). Aqui, pão na chapa e uma média. Lá, 豆沙饼, *dòushā bǐng*, e chá, com água fervente saindo direto do galão. Em uma pesquisa rápida na internet, descubro que tours-descolados-de-comida-de-rua-autêntica incluem uma parada para degustar *dòushā bǐng*, essa espécie de panqueca frita recheada com pasta de feijão doce que açucarava minhas manhãs a caminho do ponto de ônibus. O texto publicitário recomenda: “explore um bairro de *hutongs* tradicional enquanto se delicia com o café da manhã como um local”. Este bairro era meu bairro, este café da manhã era meu café da manhã.

Língua(gem) e migração, experiências limiáres por excelência. E vivendo como vivemos todos um *continuum* da previsibilidade à contingência, do *potens corpori* ao *morbus*, do sanificar ao padecer, faz-se também limiar a saúde. Atino com a alegoria de Susan Sontag (1988, p. 3, tradução nossa): “Todo nascido tem dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos enfermos.”¹²¹ Se somos todos bilíngues em saúde e doença, as extremas circunstâncias presentes nos põem reticentes, dessabendo que língua falar – mas sabendo que, em caso de viagens indesejadas, deseja-se poder entender e ser entendido.

¹²¹ “Everyone who is born holds dual citizenship, in the kingdom of the well and in the kingdom of the sick.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADOLF, Marian; STEHR, Nico. *Knowledge: Is Knowledge Power?* Nova York: Routledge, 2016.

AKOKA, Karen. Réfugiés ou migrants? Les enjeux politiques d'une distinction juridique. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n. 25, p.15-30, 2018.

ALBRECHT, Yvonne. Emotions in Motion. How feelings are considered in the scope of migration sociological studies. In: CANTÓ MILÀ, Natàlia (coord.). *Emotions from a relational perspective*. *Digithum*, n. 18. p. 25-33, 2016.

ANGELELLI, Claudia V. *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

ANTÓN, Marta et al. Contrastive methodological approaches to study health information sources by Spanish and English-speaking patients. In: ANTÓN, Marta; GOERING, Elizabeth M. *Understanding Patients' Voices: A multi-method approach to health discourse*. Amsterdã/Filadélfia: John Benjamins Publishing Company, 2015.

ANTÓN, Marta; GOERING, Elizabeth M. Data collection methodology. In:_____. *Understanding Patients' Voices: A multi-method approach to health discourse*. Amsterdã/Filadélfia: John Benjamins Publishing Company, 2015.

ANUNCIACÃO, Renata Franck Mendonça. A língua que acolhe pode silenciar? Reflexões sobre o conceito de "Português como Língua de Acolhimento". *Revista X*, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 57-56, 2018.

ARMSTRONG, David. *A new history of identity: a sociology of medical knowledge*. Houndmills: Palgrav, 2002.

ASAKITIKPI, Alex E. Healthcare Coverage and Affordability in Nigeria: An Alternative Model to Equitable Healthcare Delivery. In: TAVARES, Aida Isabel (ed.). *Universal Health Coverage*. Londres: IntechOpen, 2019.

BAALBAKI, Angela; RODRIGUES, Isabel Cristina. Meio legal de comunicação versus língua oficial: um debate sobre leis. *Língua e Instrumentos Linguísticos*, v. 27/28, 2011.

BACKES, Dirce S. et al. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. *Acta Sci. Health Sci*, Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-107, 2005.

BACKES, Dirce S.; LUNARDI, Valéria L.; LUNARDI, Wilson D. Filho. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-am Enfermagem*, vol. 14, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2006.

BAENINGER, Rosana. São Paulo e suas migrações no final do século 20. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, vol. 19, n.3, p. 84-96, julho/set. 2005.

BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.) *Saúde democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARBER, Bernard. *The Logic and Limits of Trust*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1983.

BAXTER, Leslie; BABBIE, Earl. *The Basics of Communication Research*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004.

BEACH, Mary Catherine et al. What Does 'Respect' Mean? Exploring the Moral Obligation of Health Professionals to Respect Patients. *Society of General Internal Medicine*, vol. 22, p. 692-695, 2007.

BEAUCHAMP, Tom L.; FADEN, Ruth. *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. Nova York: Oxford University Press, 2013.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.

BERNARDO, Fernanda. Como uma língua por inventar, a hospitalidade poética de Derrida. *Phainomenon*, Lisboa n. 9, p. 9-67, 2004.

BERRY, Dianne. *Health Communication: Theory and Practice*. Nova York: Open University Access, 2007.

BIJLSMA-FRANKEMA, Katinka; WOOLTHUIS, Rosalinde Klein. Trust under pressure: Trust and trust building in uncertain circumstances. In: _____. *Trust Under Pressure: Empirical Investigations of Trust and Trust Building in Uncertain Circumstances*. Cheltenham: Edward Elgar, 2005.

BIZON, Ana Cecília Cossi; CAMARGO, Helena R. E. Acolhimento e ensino da língua portuguesa à população oriunda de migração de crise no município de São Paulo: Por uma política do atravessamento entre verticalidades e horizontalidades. In: BAENINGER, Rosana et al. (orgs.). *Migrações Sul-Sul*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2018.

BLOECHL, Jeffrey. Words of Welcome: Hospitality in the Philosophy of Emmanuel Levinas. In: KEARNEY, Richard; SEMONOVITCH, Kascha (eds.). *Phenomenologies of the Stranger – Between Hostility and Hospitality*. Nova York: Fordham University Press, 2011.

BLOMMAERT, Jan. Sociolinguistic scales. *Intercultural Pragmatics*, vol. 4, p. 1-19, 2007.

BORRADORI, Giovanna. *Philosophy in a Time of Terror: Dialogues with Jürgen Habermas and Jacques Derrida*. Chicago: Chicago University Press, 2003.

BOULTON, Mary et al. Social class and the general practice consultation. *Sociology of Health & Illness* vol. 8, p. 325-350, 1986.

BOURDIEU, Pierre. Le capital social. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 31, p. 2-3, jan.1980.

_____. A economia das trocas linguísticas. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. Trad. Paula Montero e Alícia Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983.

_____. The forms of capital. In: Richardson, John. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport: Greenwood, 1986.

_____. *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

_____. Structures, Habitus and Practices. In: GIDDENS, Anthony et al. (eds.) *The Polity Reader in Social Theory*. Cambridge: Polity Press, 1994.

_____. Os três estados do capital cultural. Trad. Magali de Castro. In: _____ *Escritos de Educação / Maria Alice e Afrânio Catani (Org.)*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. *Questões de sociologia*. Trad. Miguel Serras Pereira. Lisboa: Fim de Século Edições, 2003.

_____. *Coisas ditas*. Trad. Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim. São Paulo: Brasiliense, 2004.

_____. *A Distinção: crítica social do julgamento*. Trad. Daniela Kern; Guilherme F. Teixeira. São Paulo: Edusp, 2007.

BRADBY, Hannah. *Medical Sociology: An Introduction*. Londres: Sage, 2009.

BRANCO, Marisa Lucena; TORRONTÉGUY, Marco Aurélio. O SUS na fronteira e o direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. *Cad. IberAmer. Direito. Sanit.*, Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013.

BRASHERS, Dale; GOLDSMITH, Daena; HSIEH, Elaine. Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. *Health Communication Research*, vol. 28, n. 2, p. 258-271, 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 6 jan. 2020.

_____. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de abril de 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm. Acesso em: 6 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed., 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos. *Migrantes, apátridas e refugiados: Subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil*. Brasília: IPEA, 2015. Série Pensando o Direito; vol.57. Disponível em: <http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PoD_57_Liliana_web3.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. Senado Federal. Lei 13.445, de 24 de maio de 2017. *Institui a Lei de Migração*. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>>. Acesso em: 04 jun 2019.

BROWN, Patrick. Using Medicines in the Face of Uncertainty: Developing a Habermasian Understanding of Medicines' Lifeworlds. In: CHAMBERLAIN, John M. *An Introduction to Medicine, Risk, Discourse and Power*. Nova York: Routledge, 2016.

BULLOCK, Emma C. Valid Consent. In: MÜLLER, Andreas; SCHABER, Peter. *The Routledge Handbook of Ethics of Consent*. Nova York: Routledge, 2018.

BUSSIÈRE, Pierre Natnaël. Michel Agier: “Les migrants sont animés par un ardent courage de vivre”. *Nouveau Magazine Littéraire*, 2018. Disponível em: <<https://www.nouveau-magazine-litteraire.com/idees/michel-agier-migrants-animes-par-ardent-courage-vivre>> Acesso em: 05 maio 2020.

CABELLO, Ana Rosa Gomes. Linguagens especiais: Realidade linguística operante. *Uniletras*, v. 24, n. 1, dez. 2002.

CAMARGO, Helena Regina Esteves de. Portas entreabertas do Brasil: Narrativas de migrantes de crise sobre políticas públicas de acolhimento. *Revista X*, Curitiba v. 13, p. 57-86, 2018.

CANDEA, Matei; da COL, Giovanni. The return to hospitality. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, jun. 2012.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.

CARBALLO, Manuel; MBOUP, Mourtala. *International Migration and Health*. International Centre for Migration and Health: Global Commission for International Migration, 2005.

CEGALA, Donald J. An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health Communication*, v. 26, p. 427-436, 2011.

CHOULIARAKI, Lilie; FAIRCLOUGH, Norman. *Discourse in Late Modernity*. Edimburgo: Edinburgh University Press, 1999.

COCKERHAM, William et al. Social stratification and self-management of health. *Journal of Health and Social Behavior* vol. 27, p. 1-14, 1986.

_____. *Medical Sociology*. 13. ed. Nova Iorque: Routledge, 2016.

CODÓ, Eva. *Immigration and bureaucratic control: language practices in public administration*. Berlim: Walter de Gruyter, 2008.

COHN, Amélia. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nisia Trindade et al. (orgs.) *Saúde democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CONCEIÇÃO, Claudia. Linguística aplicada indisciplinar – Entrevista com o Prof. Dr. Luis Paulo da Moita Lopes (UFRJ). *Grau Zero – Revista de Crítica Cultural*, Alagoínhas, v. 1, n. 1, p. 333-340, jan./jun. 2013.

CORDELLA, Marisa. *The Dynamic Consultation: A discourse analytical study of doctor-patient communication*. Filadélfia: John Benjamins Publishing, 2004.

COURY, Paula; ROVERY, Julia. O idioma como facilitador do processo de integração de refugiados e imigrantes: A experiência do Instituto Migrações e Direitos Humanos (IMDH). *Cadernos de Debates Refúgio, Migrações e Cidadania*, Brasília, v. 12, n. 12 p. 101-116, 2017.

CRAIG, Kenneth D. The Facial Expression of Pain: Better Than a Thousand Words? *APS Journal*, n. 3, p. 153-162, 1992.

DARWALL, Stephen. *The Second-Person Standpoint: Morality, Respect, and Accountability*. Cambridge: Harvard University Press, 2006.

DAVIES, Huw. Falling public trust in health services: Implications for accountability. *J Health Serv Res Policy*, vol. 4, n. 4, p. 193-194, out. 1999.

DELLA PASQUA, Leonardo; DAL MOLIN, Fábio. Algumas considerações sobre as consequências sociais e psicológicas do processo migratório. *REMHU – Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* Ano XVII, n. 32, 2009.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, supl. 1, p. 641-9, 2009.

DERRIDA, Jacques. *The Gift of Death*. Trad. David Wills. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.

_____. *Monolingualism of the Other: or, The Prosthesis of Origin*. Stanford: Stanford University Press, 1996.

_____. *Of Hospitality: Anne Dufourmantelle Invites Jacques Derrida to Respond*. Stanford: Stanford University Press, 2000a.

_____. Hospitality. *Angelaki – Journal of Theoretical Humanities*, vol. 5, n. 3, p. 3-18, 2000b.

_____. Hospitality. In: ANIDJAR, Gil (eds.) *Acts of Religion*. Nova York: Routledge, 2002.

_____. *Adeus a Emmanuel Lévinas*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

DONOVAN, Erin; MILLER, Laura; GOLDSMITH, Daena. “Tell Me About a Time When...”: Studying Health Communication Through In-Depth Interviews. In: WHALEY, Bryan. *Research Methods in Health Communication: Principles and Application*. Londres: Routledge, 2014.

EKMAN, Paul, FRIESEN, Wallace. The repertoire of non-verbal behaviour: categories, origins, usage and coding, *Semiotica*, vol. 1, p. 49-98, 1969.

FINDLEY, Sally; MATOS, Sergio. *Bridging the Gap: How Community Health Workers Promote the Health of Immigrants*. Nova York: Oxford University Press, 2015.

FRANK, Arthur W. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.

FREIDSON, Eliot. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Nova York: Atherton Press, 1970.

FREUND, Peter; MCGUIRE, Meredith. *Health, illness, and the social body*. 3. ed. Nova Jérsei: Prentice Hall, 1999.

GABRIEL, Yiannis. The Voice of Experience And The Voice of The Expert – Can They Speak To Each Other? In: HURWITZ, Brian; GREENHALGH, Trisha; SKULTANS, Vieda (eds.). *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford: Blackwell, 2004.

GAETA, Rosana Magalhães et al. A implantação da política municipal de saúde para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo/SP. In: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016)*. Brasília: OPAS, 2017.

GARRETT, P.W. et al. "The Happy Migrant Effect": Perceptions of Negative Experiences of Healthcare by Patients With Little or No English: A Qualitative Study Across Seven Language Groups. *BMJ Quality & Safety*, vol. 17, p. 101-103, abr. 2008.

GARRIDO, Maria; CODÓ, Eva. Deskillling and delanguaging African migrants in Barcelona: Pathways of labour market incorporation and the value of 'global' English. *Globalisation, Societies and Education*, vol. 15, p. 29-49, 2017.

GIBSON, Sarah; MOLZ, Jennie. Mobilizing and Mooring Hospitality. In: _____. *Mobilizing Hospitality: the ethics of social relations in a mobile world*. Nova York: Routledge, 2016.

GILLESPIE, Alex; CORNISH, Flora. Intersubjectivity: Towards a Dialogical Analysis. *Journal for the Theory of Social Behaviour* vol. 40, n. 1, fev. 2010.

GODFREY, Joseph J. *A philosophy of human hope*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers, 1987.

GOUGE, Catherine. "No Single Path": Desire Lines and Divergent Pathographies in Health and Medicine. In: MELONCON, Lisa K.; SCOTT, J. Blake. (eds.). *Methodologies for the rhetoric of health & medicine*. Nova York: Routledge, 2017.

GOUDGE, Jane, GILSON, Lucy. How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. *Social Science and Medicine*, vol. 61, n. 7, p. 1439-1451, 2005.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus Lindelow; COUTTOLENC, Bernard. *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma avaliação do Sistema Único de Saúde*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2013.

GRENFELL, Michael James (ed.) Bourdieu, Language and Linguistics. In: _____. *Bourdieu, Language and Linguistics*. Londres: Continuum, 2011.

GETACHEW, Genet Haile. "Deskillling and Disempowerment" of skilled Eritrean and Ethiopian migrant women in the Netherlands. *Women, Gender, Development (WGD)*, dez. 2012. Disponível em: <hdl.handle.net/2105/13052>. Acesso em: 15 nov. 2019.

GRASSI, Martín. La dimensión intersubjetiva de la existencia en la filosofía de Gabriel Marcel. *Pensamiento*, vol. 72, n. 270, p. 147-159, 2016.

GUTHRIE, Bruce. Trust and Asymmetry in General Practitioner–Patient Relationships. In: BROWNLIE, Julie; GREENE, Alexandra; HOWSON, Alexandra. (eds.) *Researching Trust and Health*. Nova York: Routledge, 2008.

GUZZINI, Stefano. Power: Bourdieu's field analysis of relational capital, misrecognition and domination. In: ADLER-NISSIN, Rebecca (ed.). *Bourdieu in International Relations – Rethinking Key Concepts in IR*. Nova York: Routledge, 2013.

GWYN, Richard. *Communicating Health and Illness*. Londres: Sage Publications, 2002.

HALE, Sandra Beatriz. *Community Interpreting*. Nova York: Palgrave MacMillan, 2007.

HALL, Mark A. et al. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly*, vol. 79, n. 4, p. 613-639, 2001.

HERITAGE, John. Revisiting authority in physician-patient interaction. In: DUCHAN, Judith F.; KOVARSKY, Dana. *Diagnosis as cultural practice*. Berlim: Mouton de Gruyter, 2005.

HERZOG, Benno. *Invisibilization of Suffering: The Moral Grammar of Disrespect*. Londres: Palgrave Mcmillan, 2020.

HONIGSBERG, Peter Jan. Linguistic Isolation: A New Human Rights Violation Constituting Torture, and Cruel, Inhuman And Degrading Treatment. *Nw. J. Int'l Hum. Rts.*, vol 12, n. 1, 2014.

HONNETH, Axel. *Disrespect: The Normative Foundations of Critical Theory*. Cambridge: Polity, 2007.

HUNTINGTON, Samuel. *O choque de civilizações e a recomposição da ordem mundial*. São Paulo: Objetiva, 1997.

IOM – INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *Glossary of Migration*. Série IML, n. 34. Genebra: International Organization for Migration, 2019.

JOHNSON, James A.; STOSKOPF, Carleen Harriet. *Comparative Health Systems: Global Perspectives*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2017.

JOFFE, Steven; TRUOG, Robert D. Consent to Medical Care: The Importance of Fiduciary Context. In: MILLER, Franklin G.; WERTHEIMER, Alan. (eds.) *The Ethics of Consent: Theory and Practice*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

KLEIN, Julie. T. *Interdisciplinarity: History, Theory and Practice*. Detroit: Wayne State University Press, 1990.

LEDER, Drew. *The distressed body: rethinking illness, imprisonment, and healing*. Londres: University of Chicago Press, 2016

LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidade e infinito*. Trad. José Pinto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1980.

_____. *Ética e infinito*. Trad. João Gama. Lisboa: Edições 70, 1982.

_____. *Outside the Subject*. Trad. Michael B. Smith. Stanford: Stanford University Press, 1993.

_____. *Humanism of the Other*. Champaign: University of Illinois Press, 2006.

LIPWORTH, Wendy et al. The Place of Patient-Centred Care in Medical Professional Culture: A Qualitative Study. In: KEATING, Mary A.; McDERMOTT, Aoife; MONTGOMERY, Kathleen. *Patient-Centred Health Care: Achieving Coordination, Communication and Innovation*. Nova York: Palgrave McMilliam, 2013

MACHADO, Gustavo; BARROS, Allyne; BORGES, Lucienne. A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um centro de referência de atendimento a imigrantes em Santa Catarina. *REMHU – Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, Brasília, v. 27, n. 55, p. 79-96, abr. 2019.

MAKITA, Jean-Claude Makomo. La politique linguistique de la R.D Congo à l'épreuve du terrain: de l'effort de promotion des langues nationales au surgissement de l'entrelangue. *Synergies Afrique des Grands Lacs*, n. 2, 2013.

MARCEL, Gabriel. *Journal métaphysique*. Paris: Gallimard, 1927.

_____. *Being and Having*. Trad. Katherine Farrer. Westminster: Dacre Press, 1949.

_____. *Homo Viator: Introduction to a Metaphysic of Hope*. Trad. Emma Graufurd. Chicago: Henry Regnery Company, 1951.

MARINUCCI, Roberto. “Não são apenas números”: Olhares psicossociais sobre migrantes e refugiados. *REMHU – Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, Brasília, v. 27, n. 55, p. 7-12, abr. 2019.

MAY, Stephen. Language Policy. In: GRENFELL, Michael James. (ed.) *Bourdieu, Language and Linguistics*. Londres: Continuum, 2011.

MALDONATO, Mauro. *Raízes errantes*. 2. ed. São Paulo: Edições Sesc, 2014.

MILLER, Dale T. Disrespect and the experience of injustice. *Annu Rev Psychol*, vol. 52, p. 527-553, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de. Souza. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINTZ, David. What's in a Word: The Distancing Function of Language in Medicine. *The Journal of Medical Humanities*, vol. 13, n. 4, 1992.

MIRANDA, José Valdinei Albuquerque de. Levinas e a reconstrução da subjetividade ética – Aproximações com o campo da educação. *Revista Brasileira de Educação*, v. 19 n. 57, abr./jun. 2014.

MISHLER, Elliot G. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex 1984.

MÖLLERING, Guido. The Nature of Trust: From Georg Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension. *Sociology*, vol. 35, p. 403-420, 2001.

_____. The Trust Control Duality: An Integrative Perspective on Positive Expectations of Others. *International Sociology*, vol. 20, n. 3, p. 283-305, 2005.

MONTGOMERY, Kathleen. Developments in Conceptions of Patient-Centred Care: Implementation Challenges in the Context of High-Risk Therapy. In: KEATING, Mary A.; McDERMOTT, Aoife; MONTGOMERY, Kathleen. *Patient-Centred Health Care: Achieving Coordination, Communication and Innovation*. Nova York: Palgrave McMilliam, 2013.

MORAIS, Susana. *Comunicação e Estranheza: Contingências da Intersubjetividade*. Covilhã: Labcom, 2009.

MORÉ, Carmen. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Atas CIAIQ 2015 Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. vol. 3, 2015.

MURCHLAND, Bernard. The Philosophy of Gabriel Marcel. In: *The Review of Politics*, vol. 21, n. 2, p. 339-356, abr. 1959.

NAWYN, Stephanie et al. Linguistic Isolation, Social Capital, and Immigrant Belonging. *Journal of Contemporary Ethnography* vol. 41, n. 3, p. 255-282, 2012.

SANTOS, Adriano Negris; MORAES, Marcelo José Derzi. O pensamento do ético em Jacques Derrida: uma questão de hospitalidade. *Cadernos de Ética e Filosofia Política*, v. 30, p. 20-35, 2017.

NEULIEP, James William. *Intercultural Communication: A Contextual Approach*. 7. ed. Los Angeles: Sage Publications, 2018.

NORTH YORK COMMUNITY HOUSE. *The Language Barrier and its Effects on Adult Newcomers*. 2018. Disponível em: <<https://www.nych.ca/blog-posts/language-barriers-and-their-effects-on-newcomers>> Acesso em: 10 abr. 2020.

OLIVEIRA, Gilvan Müller; SILVA, Julia Izabelle da. Quando barreiras linguísticas geram violação de direitos humanos: que políticas linguísticas o Estado brasileiro tem adotado para garantir o acesso dos imigrantes a serviços públicos básicos? *Gragoatá*, Niterói, v. 22, n. 42, p. 131-153, jan./abr. 2017

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Publicação on-line em 1998. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 5 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). *Indicadores da Governança Migratória Local: A cidade de São Paulo*. 2019. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/default/files/Publications/mgi-layout-sao%20paulo%20copy_PT_for%20print_updated.pdf>. Acesso em 02 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment*. Jan. 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/>> Acesso em 18 out. 2019.

O'TOOLE, Thomas. Guinéa. *Encyclopædia Britannica*. Abr. 2020. Disponível em: <https://www.britannica.com/place/Guinea>. Acesso: 17 maio 2020.

PARISE, Paolo. A complexidade da inclusão. *Caderno Globo 16: Deslocamentos e refúgios*. São Paulo: Casa 36, 2019.

PARSONS, Talcott. *The Social System*. Nova York: Macmillan, 1964.

PECK, B. Mitchell; CONNER, Sonya. Talking with me or talking at me? The impact of status characteristics on doctor-patient interaction. *Sociological Perspectives*, vol. 54, n. 4, p. 547-567, 2011.

PENN, Claire; WATERMEYER, Jennifer. *Communicating Across Cultures and Languages in the Health Care Setting*. Londres: Palgrave MacMillan, 2018.

PESCOSOLIDO, Bernice. Theories and the Rise and Fall of the Medical Profession. In: COCKERHAM, William C. (ed.). *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer, 2013.

PIERRET, Janine. Constructing Discourses about Health and Their Social Determinants. In: RADLEY, Alan. *Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*. Londres: Routledge, 1993.

PILLER, Ingrid; TAKAHASHI, Kimie. Language, Migration and Human Rights. In: WODAK, Ruth; JOHNSTONE, Barbara; KERSWILL, Paul. *The SAGE Handbook of Sociolinguistics*. Londres: SAGE Publications, 2011.

POOLE, Hilary et al. (org.) *Direitos humanos: referências essenciais*. Trad. Fábio Larsson. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – Núcleo de Estudos da Violência, 2007.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Lei Municipal 16.478, de 8 de julho de 2016. *Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes*. 2016a. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LEI%2016478.pdf. Acesso em: 28 jul. 2019.

_____. Decreto nº 57.533, de 15 de dezembro de 2016. *Regulamenta a Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016*. 2016b. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-57533-de15-de-dezembro-de-2016>. Acesso em: 28 jul. 2019.

PRKACHIN, Kenneth M. Assessing pain by facial expression: Facial expression as nexus. *Pain Res Manage*, vol 14, n. 1, jan./fev. 2009.

RAJAGOPALAN, Kanavillil. Repensar o papel da Linguística Aplicada. In: MOITA LOPES, Luiz Paulo da (Org.). *Por uma Linguística Aplicada Indisciplinar*. São Paulo: Parábola Editorial, 2006.

RAMOS, Natália. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, vol. 17, n. 1, p. 1-11, jan./jun. 2009.

RICOEUR, Paul. Entre Gabriel Marcel et Jean Wahl. LÉVINAS, Emmanuel; TILLIETTE, Xavier; RICOEUR, Paul. *Jean Wahl et Gabriel Marcel*. Paris: Beauchesne, 1976.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: A essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Bras de Educ Médica*. vol. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.

ROBB, Nadia; GREENHALGH, Trisha. ‘You Have to Cover Up the Words of the Doctor’: The Mediation of Trust in Interpreted Consultations in Primary Care. *Journal of Health Organisation Management* vol. 20, n. 5, p. 434-455, 2006.

ROTER, Debra; HALL, Judith. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Massachusetts: Auburn House/Greenwood Publishing Group, 1992.

SÁ, Marilene de Castilho. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 651-64, 2009.

SAMPAIO, Cyntia; BARALDI, Camila. *Políticas migratórias em nível local: Análise sobre a institucionalização da política municipal para a população imigrante de São Paulo*. Santiago: Nações Unidas, 2019.

SAYAD, Abdelmalek. *Imigração ou os Paradoxos da Alteridade*. São Paulo, Edusp, 1998.

SCAMBLER, Sasha. Bourdieu and the Impact of Health and Illness in the Lifeworld. In: SCAMBLER, Graham. (ed.). *Contemporary Theorists for Medical Sociology*. Nova York: Routledge, 2012.

SCHWARTZ, Meredith Celene. *Moral Respect, Objectification, and Health Care*. Cham: Palgrave, 2019.

SCRATON, Phil. Speaking Truth to Power: Experiencing Critical Research. In: SMYTH, Marie; WILLIAMSON, Emma (eds.) *Researchers and Their 'Subjects': Ethics, Power, Knowledge and Consent*. Bristol: Policy Press, 2004.

Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC). *Somos Todas/os Migrantes: Acesso a Direitos para Migrantes e Servidoras/es Públicos*. 2017. Disponível em: Acesso em: 02 mar. 2018.

SHEPERD, Andrew. *The Gift of the Other: Levinas, Derrida and a Theology of Hospitality*. Londres: James Clarke & Co, 2014.

SKELTON, John R.; HOBBS, F. D. Richard. Concordancing: Exploring the Uses of Language-Based Research in Medical Education. *The Lancet*, vol. 353, p. 108-111, 1999.

SMITH, William H. Neither Close nor Strange: Levinas, Hospitality, and Genocide. In: KEARNEY, Richard; SEMONOVITCH, Kascha (eds.). *Phenomenologies of the Stranger – Between Hostility and Hospitality*. Nova York: Fordham University Press, 2011.

SMITS, Jeroen; GÜNDÜZ-HOŞGÖR, A. Linguistic capital: Language as a socio-economic resource among Kurdish and Arabic women in Turkey. *Ethnic and Racial Studies*, vol. 26, n. 5, p. 829-853, 2003.

SONG, Lijun. Social Capital and Health. In: COCKERHAM, William (ed.). *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer, 2013.

SONTAG, Susan. *Illness as Metaphor*. Toronto: Collins Publishers, 1988.

SONDERLING, Stefan. Communication Is War by Other Means: Towards a War-Centric Communication Theory for the 21st Century. *Communicatio: South African Journal for Communication Theory and Research*, vol. 40, n. 2, p. 155-171, 2014.

SOUZA, Diego de Oliveira; MAURÍCIO, Jane Carla. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 495-505, 2018.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 12, n. 25, p. 327-38, abr./jun. 2008.

SPOLSKY, Bernard. *Language Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

STEFFENS, Isadora; MARTINS, Jameson. "Falta um Jorge": A saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, vol. 98, p. 275-299, 2016.

STILL, Judith. Enlightenment Hostipitality: The Case of Chardin. *French Studies*, vol. 40, n. 3, p. 364-368, 2006.

_____. *Derrida and Hospitality: Theory and Practice*. Edimburgo: Edinburgh University Press, 2010.

ŠVAŠEK, Maruška. On the Move: Emotions and Human Mobility. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 36, n. 6, p. 865-880, 2010.

SZTOMPKA, Piotr. *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

SWEETMAN, Brandon. *The Vision of Gabriel Marcel: Epistemology, Human Person, the Transcendent*. Amsterdã: Rodopi, 2008.

THIEME, Susan. *Social Networks and Migration: Far West Nepalese Labour Migrants in Delhi*. Münster: LIT, 2006.

TREANOR, Brian. *Aspects of Alterity: Levinas, Marcel, and the Contemporary Debate*. Nova York: Fordham University Press, 2006.

THOMAS, Marlyn et al. Medical Jargons as Hindrance in Doctor–Patient Communication. *Psychol Stud*, vol. 59, n. 4, p. 394-400, out./dez. 2014.

TURNER, Bryan. *Medical Power and Social Knowledge*. Londres: Sage, 1987.

_____. *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. Nova York: Routledge, 2002.

VALERO-GARCÉS, Carmen. *Health, Communication and Multicultural Communities: Topics on Intercultural Communication for Healthcare Professionals*. Newcastle upon Tyne: Cambridge, 2014.

VENTURA, Miriam. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafio. In: Besserman, Helena. *Saúde e direitos humanos*. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos Humanos e Saúde. Ano 7, n. 7, 2010.

WACQUANT, Loic. Towards a Reflexive Sociology: A Workshop with Pierre Bourdieu. *Sociological Theory*, vol. 7, n. 1, 1989.

WEITZ, Rose. Watching Brian die: The rhetoric and reality of informed consent. *Health*, vol. 3, p. 209-27, 1999.

WELLS, Susan; STORMER, Nathan. Historical Work in The Discourses of Health and Medicine. In: MELONCON, Lisa; SCOTT, J. Blake (eds.). *Methodologies for the Rhetoric of Health & Medicine*. Nova York: Routledge, 2017.

ZSCHOMLER, S. ‘Language Is Your Dignity’: Migration, Linguistic Capital, and the Experience of Re/De-Valuation. *Languages*, vol. 4, n. 3, 2019.

YUSTE FRÍAS, José. Por una comunicación transcultural en los Servicios Públicos de Traducción e Interpretación. In: VÁSQUEZ, Óscar Ferreiro (Org.). *Traducir e interpretar lo público*. Granada: Comares, 2016.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Linguagem e poder no acesso à saúde: A mediação discursiva no contexto migratório de São Paulo

Pesquisadora Responsável: Andresa Martins de Andrade Medeiros

Número do CAAE: 02631518.9.0000.8142

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tem como objetivo assegurar os seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, sendo que uma deverá ficar com você e outra deverá permanecer com a pesquisadora responsável.

Por favor, leia este documento com atenção. A pesquisadora se coloca à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que surgirem, antes ou depois de você assiná-lo. Se você não quiser participar ou se quiser desistir de sua participação, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Para cancelar sua participação, o que você poderá fazer a qualquer momento, bastará avisar por escrito a pesquisadora.

Justificativas e Objetivos:

Um dos aspectos centrais da atualidade é a imigração. Com frequência, migrantes internacionais se deslocam para regiões com idiomas e culturas distintos e desconhecidos por eles. Assim, os fluxos migratórios representam um volume expressivo de interações interculturais e entre línguas. Essa situação impacta o panorama comunicativo destas regiões, dentre as quais está a cidade de São Paulo, pois apresenta a necessidade de garantir os direitos humanos dessa população em um cenário de comunicação prejudicada. O idioma é considerado um mediador no acesso a tais direitos, entre os quais o direito da saúde, do qual trataremos nesta pesquisa. Assim, nossa intenção é conhecer o seu ponto de vista sobre o modo como a diferença de idioma e a condição de estrangeiro afetam ou não seu acesso à rede pública de saúde na cidade de São Paulo. Almejamos, com isso, definir quais são as principais barreiras comunicativas para migrantes internacionais usarem o sistema público de saúde, compreender como estes migrantes buscam contorná-las e desenvolver práticas e teorias para melhorar a comunicação com esta população.

Procedimentos:

A proposta é que você se encontre (no máximo 02 encontros, de uma hora cada) com a pesquisadora responsável em hora e local de sua determinação, na cidade de São Paulo. Nestes encontros serão realizadas, individualmente, entrevistas semiabertas, que poderão ser conduzidas nos idiomas português ou inglês, de acordo com a sua preferência. Será discutida sua experiência, ou ausência dela, com o sistema público de saúde na cidade de São Paulo,

particularmente como as diferenças linguística e cultural próprias da condição de migrante internacional afetam esta experiência, sob a sua perspectiva. Estas falas serão gravadas e posteriormente transcritas, ficando a sua disposição em qualquer momento que solicitar.

Desconfortos e Riscos:

Não há riscos previsíveis nesta pesquisa; no entanto, você é considerado um participante livre para decidir participar, bem como cancelar sua participação, em qualquer momento da pesquisa, sem a necessidade de esclarecer formalmente os motivos de sua desistência. A pesquisadora se compromete a não divulgar material que incorra em degradação moral ou física do participante, nem material sem a prévia autorização do participante. A entrevista presencial pode representar desconforto, visto que ocorrerá 02 vezes, em encontros de uma hora cada.

Benefícios:

Este estudo não apresenta benefícios diretos ao participante, mas oferece benefícios possíveis à população de migrantes internacionais ao visibilizar as dificuldades comunicativas desta população no acesso ao sistema de saúde, possivelmente fomentando debate acerca de iniciativas para mitigá-las.

Armazenamento de dados:

Os dados gerados serão conservados pela pesquisadora, sendo acessados somente por ela e pela Orientadora da Pesquisa. Os dados permanecerão armazenados pelo tempo de duração da pesquisa, cujo prazo final é fevereiro de 2020. Posteriormente, os áudios e as transcrições das gravações serão destruídos.

Sigilo:

Ao assinar este termo, você terá garantido o sigilo da sua identidade. Para evitar sua identificação, o pesquisador fará o uso de pseudônimos no lugar de seu nome original e não citará seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo(a), sem seu consentimento. Os seus dados serão integralmente descartados findado o prazo de um ano após o encerramento desta pesquisa.

Ressarcimento:

A participação no estudo não acarretará em nenhum tipo de custo para você, uma vez que a pesquisadora se deslocará, e custeará tal deslocamento, no caso das entrevistas realizadas pessoalmente, e as entrevistas remotamente (via e-mail, ligação telefônica e/ou videoconferência) não acarretarão custos de nenhum tipo. Por isso, não será disponibilizado nenhum ressarcimento ao pesquisado.

Indenização:

Você terá a garantia ao direito à uma indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, sendo eles de qualquer tipo, físico, psicológico ou moral.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Andresa Martins de Andrade Medeiros pelo telefone: (11) 94601-8470 ou através do e-mail: dresa.medeiros@gmail.com. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) das 8h30 às 11h30 e das 13h às 17h na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecido (a) sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____.

Autorizo a gravação em áudio: () Sim () Não

Solicito anonimato integral: () Sim () Não

_____ Data: ___/___/___.

(Assinatura do participante)

Responsabilidade da Pesquisadora:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ___/___/___.

(Assinatura da pesquisadora)

ANEXOS

Anexo I – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- 1) O que motivou sua vinda ao Brasil?
- 2) Como foi a jornada até São Paulo e como é sua vida aqui?
- 3) O que motivou sua visita ao médico?
- 4) Você foi à instituição de saúde sozinho? Se não, quem o acompanhou? Por quê?
- 5) Para qual instituição de saúde você foi? Por que escolheu esse local?
- 6) Como você descreveria sua experiência?
- 7) Como você e o médico se comunicaram? Por que você utilizou essas estratégias?
- 8) Houve algo que você queria falar ou perguntar, mas não o fez? O quê? Por quê?
- 9) Como você se sentiu durante a consulta?
- 10) Você poderia descrever uma situação positiva em sua experiência e uma negativa?
- 11) Você considera que as diferenças de língua e condição migratória afetaram a consulta e seu acesso à saúde? Como?
- 12) Em sua opinião, algo teria sido diferente se você fosse falante de português ou brasileiro? O quê?
- 13) Como você acha que a presença de um intérprete profissional teria afetado sua experiência?