

CORPOS EM TRÂNSITO: Socialização, Imigração e Disposições Corporais

Joana Bahia
Miriam Santos
(orgs.)

Letra&Vida Editora

Conselho Editorial:

Antônio Suliani (Presidente), Antônio Dalpicol, Ildo Carbonera,
João Carlos Tedesco, José Hildebrando Dacanal, Luis Alberto De Boni,
Míriam Gress, Paulo Ricardo Suliani, Vania Beatriz Merlotti Herédia.

Letra&Vida
editora
suliani

Porto Alegre
2015

© dos Autores, 2015

Capa:
Viviane Priscival Botelho

Fotos:
Acervo pessoal das organizadoras

Revisão:
Natalle de Deus e Moura

Editoração:
Suliani Editografia Ltda.
editor@suliani.com.br – (51) 3384.8579

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C822 *Corpos em trânsito: socialização, imigração e disposições corporais.* /
Organizado por: Joana Bahia e Miriam Santos. – Porto Alegre:
Letra&Vida, 2015.
160 p.; 16 x 23 cm

ISBN: 978-85-8448-026-5

1. Imigração. 2. Saúde. 3. Sociologia. 4. Antropologia. 5. Brasil. I.
Título. II. Santos, Miriam. III. Bahia, Joana.

CDU 325.14(81:45): 61

Bibliotecária responsável: Kátia Rosi Possobon CRB10/1782

Letra & Vida
editora
suliani

Rua Veríssimo Rosa, 311 – 90610-280
Porto Alegre, RS – Fone: (51) 3384.8579
www.letraevida.com.br – suliani@letraevida.com.br

Sumário

Apresentação	
A Socialização do Corpo.....	7
<i>Joana Bahia</i>	
<i>Miriam Santos</i>	
1 Saúde, memória e identidade no âmbito da colonização estrangeira no Brasil	13
<i>Giralda Seyferth</i>	
2 A socialização para o trabalho no contexto da imigração portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro	46
<i>Miriam de Oliveira Santos</i>	
3 Fórmulas para a sociedade “se benzer e se classificar”: as doenças e a morte na imigração alemã.....	57
<i>Joana Bahia</i>	
4 Médico, italiano e migrante no Brasil: Dr. Turi em Santa Maria – RS	85
<i>Maria Catarina Chitolina Zanini</i>	
5 Corpos indóceis. Sexualidade, planejamento familiar e etnopolíticas da cidadania em imigrantes africanos.....	105
<i>Chiara Pussetti</i>	
6 Os confins no corpo: experiência, subjetividade e incorporação nos itinerários dos jovens migrantes marroquinos na Europa	128
<i>Francesco Vacchiano</i>	
Sobre os autores	157

MAINARDI, Geraldo. Médicos italianos no Rio Grande do Sul. In: DE BONI, Luis A. (Org.). *A Presença italiana no Brasil*. Porto Alegre: EST; Torino: Fondazione Giovanni Agnelli, 1996. v. 3, p. 380-401.

NOTA de Agradecimento. *A Razão*, Santa Maria, 12 jul., 1923.

NOTA de Agradecimento. *A Razão*, Santa Maria, 02 fev., 1937.

NOVO Agente Consular da Itália. *A Razão*, Santa Maria, 16 dez., 1941.

PEREIRA-NETO, André de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 600-615, out./dez. 1995.

_____. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos práticos, Brasil (1922). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (2): 399-409, abr./jun. 2000.

PILLAR, Igéa Lúcia De Patta. Da Calabria ao Brasil. *A história de um médico italiano*. Porto Alegre: Gráfica UFRGS, 2004.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista na Medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-317, 1986.

SALLES, Mária do Rosário Rolfsen. *Médicos italianos em São Paulo (1890-1930)*. São Paulo: Editora Sumaré; Fapesp, 1997.

SILVA, M. R. B. da. O ensino médico em debate: São Paulo – 1890 a 1930. *Histórias, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9 (suplemento), p. 139-159, 2002.

SOMENTE um dos países do eixo mantinha representação consular em Santa Maria. *A Razão*, Santa Maria, 25 jan. 1942.

VILARINO, Leoniza Mac Ginity. *Nossas ruas...nossa história*. Santa Maria: Palotti, 2004.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928*. Santa Maria: EDUFMS; Bauru: EDUSC, 1999.

_____. Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no sul do Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares (Org.). *História, medicina e sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2003. p. 95-128.

ZANINI, Maria Catarina Chitolina. *Italianidade no Brasil Meridional: a construção da identidade étnica na região de Santa Maria-RS*. São Paulo, 2002. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social). Departamento de Antropologia, USP.

_____. O Estado Novo e os descendentes de imigrantes italianos: entre feridas, fatos e interpretações. In: DALMOLIN, Catia (Org.). *Mordaca Verde e Amarela*. Santa Maria: Palotti, 2005. p. 113-128.

Corpos indóceis. Sexualidade, planejamento familiar e etnopolíticas da cidadania em imigrantes africanos

Chiara Pussetti

1. As ingerências do setor social e a dicotomia assistência/segurança

Analisando os discursos dos profissionais do social assim como dos seus utentes, segundo uma metodologia que definimos de “etnografia de interface”, o propósito deste capítulo é o de discutir as ingerências com que os imigrantes se deparam quando o sector social intervém nas suas vidas – normatizando a sua conduta, corporeidade e moral – realçando a dubiedade e contradição presentes na lógica de proteção e correção destas políticas. Partindo de uma crescente linha de investigação preocupada com as formas de governo no liberalismo avançado, mas fazendo uma contribuição significativa com pesquisa etnográfica que tem estado ausente neste campo, propomos analisar os múltiplos níveis em que as ideias, projetos e técnicas tentaram influenciar e transformar o comportamento dos imigrantes de forma a alinhá-lo com as ideias de ordem social e bem-estar da sociedade de acolhimento, tentando gerar cidadãos competentes, capaz de se governar a si mesmos. Esta abordagem caracterizou todos os trabalhos desenvolvidos no âmbito dos projetos “Imigrantes e serviços de apoio social: tecnologias de cidadania em Portugal”¹ e “Políticas públicas, vulnerabilidades e risco: tecnologias de cidadania e inclusão social nas sociedades contemporâneas”², por mim coordenados. Objetivo principal destes projetos era, em vez de partir do pressuposto de que a vulnerabilidade e o risco são condições naturalmente ligadas à experiência migratória, analisar o sector de apoio social aos imigrantes no Portugal contemporâneo, fazendo uma muito necessária ava-

¹ Projeto PTDC/CS-ANT/101179/2008 financiado pela FCT.

² FCT-CAPES Proc. 4.4.1.00.

liação crítica – através da análise etnográfica – de como estas políticas se efetivam e afetam a vida das populações migrantes. Os projetos investigam como estas intervenções pretendem construir formas normativas de cidadania e subjetividade, fundadas habitualmente em assunções morais culturalmente específicas de cariz etnocêntrico. Neste sentido, analisamos criticamente as políticas de apoio social enquanto instrumentos para gerir as populações migrantes, produzindo e agravando formas de dominação etnoracial.

Neste capítulo em particular, apresentando parte do trabalho realizado juntamente com Vitor Barros sobre as recentes mudanças nos programas de combate à pobreza e exclusão social no caso Português, tentei mostrar como os estereótipos ligados à variáveis quais gênero, nacionalidade, classe social e cor da pele, condicionam o tipo de intervenção social efetuada e os seus resultados. Através da análise da construção de específicos “problemas” dos imigrantes e de supostas “soluções” propostas pelos técnicos de intervenção social, para o atingimento de um “resultado ideal”, este capítulo explora como estas práticas educativas são não racistas, mas sim, inerentemente racializadas, constituindo um tipo de etnopolíticas dirigidas a populações imigrantes, focando entre estas em particular os africanos, por ser concebidos como mais necessitados e desfavorecidos não apenas de recursos económicos mas também de recursos de cidadania. Na base das análises conduzidas no arco destes primeiros dois anos de investigação, podemos afirmar que os programas de intervenção junto das populações imigrantes tentam gerir uma tensão que se expressa em uma dicotomia vulnerabilidade/risco, que por sua vez se expressa em outra dicotomia assistência/segurança. Por um lado, existe a representação que frequentemente relaciona a imigração com o desvio, insegurança social, incapacidade social e criminalidade, constituindo um risco para a sociedade – que se tem manifestado em um complexo dispositivo Banóptico (BIGO, 2008) de vigilância e controle dos imigrantes (segurança de fronteiras, rusgas aos locais de trabalho, restrições à mobilidade). Por outro lado, eles são também concebidos como estando em dificuldades, vítimas de uma deslocalização traumatizada, necessitados e desprotegidos, inscritos em uma concepção mais alargada de populações marginais, vulneráveis, desfavorecidas, às quais se tem dedicado particular atenção nos últimos tempos através de uma crescente rede de apoio social. Mesmo quando tal não é claramente formulado, devido às suas assunções de base, os sectores de apoio social têm visado cada vez mais específicas populações migrantes, em particular os africanos, entrando nos bairros sociais através de projetos de proximidade às comunidades. Programas que têm tido a particularidade, nos últimos tempos, de ir além de aliviar as condições de pobreza destas populações: eles desenvolvem atividades que intervêm profundamente na organização do seu quotidiano, orientando comportamentos, corpos, moralidades e estilos de vida na direção de um modelo ideal de subjetividade e de cidadania.

O interesse último da nossa pesquisa é, portanto, olhar para a contradição aparente entre os objetivos de proteção e correção evidentes nestes programas e políticas sociais, questionando as formas de problematização – da configuração histórica de um dado objeto de intervenção aos projetos elaborados com um determinado fim em vista – e os campos de ação, instituições, atores, saberes, instrumentos, a partir dos quais se promove a gestão, a monitorização e a orientação das características físicas, mentais, comportamentais, ou morais de determinadas populações.³ Olhando para este tipo particular de “tecnologias de cidadania” (INDA, 2006) no Portugal contemporâneo, prestamos particular atenção, por um lado, aos processos pelos quais certos modos de vida dos imigrantes têm sido considerados particularmente problemáticos, prestando especial atenção às questões do trabalho, da saúde e da pobreza e, por outro, à trajetória que liga a orientação das políticas públicas ao desenvolvimento das instituições e práticas de apoio social, à forma como os migrantes articulam estas normas com as suas próprias estratégias de vida.

Neste capítulo entendo evidenciar que além das ações de educação e monitorização de integração dos imigrantes, o principal campo de problematização governamental tem sido as condições de “vida excedente” (COHEN; SHENDON, 1996; DUFFIELD, 2007) do culturalmente Outro, tendo-se realizado impressionantes esforços aos níveis nacional e transnacional no desenvolvimento de políticas e implementação de variadíssimos programas que provocaram tensões sociais, fissuras políticas e questionamento constante sobre o papel do Estado e os estatutos de cidadania. Vida excedente não só por constituir a presença incómoda do culturalmente Outro no centro do Nós, mas pelo excesso desta população que se torna rapidamente demasiado visível nas cidades europeias. Especialmente em tempos de crise, aparecem discursos que relacionam o excesso de pessoas com a falta de recursos e os seus efeitos: a falta de trabalho, a pobreza, a delinquência, as doenças ou seja, o problema aqui não é só a quantidade de população, mas a qualidade da população: clandestinos, ilegal, ilícito, criminoso, desviante, perigoso, imoral.

Para os objetivos deste capítulo, apresentarei alguns exemplos do terreno centrados na relação entre profissionais dos serviços sociais e os seus utentes imigrantes, focando entre estes em particular as mulheres africanas, por ser este um setor da população considerado pelos técnicos como particularmente vulnerável, devido a características culturais ligadas a uma suposta “mentalidade africana”. Iremos então ver como o imaginário à volta da comunidade africana condiciona o tipo de intervenção efetuada e as modalidades de assistência ofe-

³ Este tipo de questionamento enquadra-se em uma crescente linha de investigação preocupada com as formas de governo no liberalismo avançado, suscitada por um conjunto de temas desenvolvidos por Michel Foucault nas *Lectures do Collège de France*, nomeadamente os de “governamentalidade” (1977-78) e “biopolítica” (1978-79). Para importantes leituras do campo, conceitos e implicações teóricas, cf. por exemplo Rose e Miller (2008) e Dean (1999).

recida pelos técnicos dos serviços sociais. Objeto último deste estudo não são portanto políticas públicas, instituições de solidariedade, ou pessoas em situação de pobreza, como se constituíssem diferentes níveis de análise do macro ao micro, mas sim a análise da própria constituição de um campo de problematização e intervenção sobre a conduta humana, que não pode ser concebida ou praticada fora dessa mesma configuração. Estudar a interface não é portanto estudar a graduação qualitativa da intervenção ou da experiência de uma pobreza preexistente, mas sim estudar a relação entre os diferentes elementos que estão presentes na emergência de um campo chamado pobreza – no caso, a pobreza ligada à circulação da vida migrante excedente – no qual e perante o qual tanto as instituições como a ação humana se passam a definir.

Irei portanto discutir como as intervenções do sector de apoio social, que reproduzem discursos dominantes sobre corpo, moralidade e sexualidade, influenciam as modalidades pelas quais os modelos “certos” e “adequados” de corpo, sexualidade, higiene e família são construídos e debatidos e os efeitos concretos destas decisões sobre as vidas dos imigrantes. Os técnicos intervêm na vida das populações alvo da intervenção social com o peso da autoridade científica, médica, mesmo quando estes não sejam profissionais da saúde. Torna-se portanto um ponto fulcral da minha análise questionar as relações entre o sector da assistência social, a expertise médica e o governo dos corpos e investigar o que realmente se passa naquela linha subtil de fronteira onde o saber médico passa do ato de governar o corpo segundo uma lógica médica, para governar o corpo segundo uma lógica de bem-estar social.

2. Intervenções racializadas e etnopolíticas da cidadania

Começamos o nosso trabalho de campo analisando o discurso dos técnicos de intervenção social de diferentes projetos presentes na área da Grande Lisboa. Foram recolhidas mais do que cinquenta entrevistas, organizados 5 grupos focais dos quais 3 com profissionais do setor social e 2 com utentes africanos, assistimos a diversas consultas e ateliers de educação à parentalidade responsável e ao planeamento familiar. Analisamos os objetivos dos principais projetos de intervenção comunitária ligados às CLDS (Contrato Local de Desenvolvimento Social) da Grande Lisboa e efetuamos entrevistas semiestruturadas com os responsáveis dos projetos, com peritos independentes do Plano Nacional de Ação para a Inclusão, com técnicos do Gabinete de Assuntos Religiosos e Sociais Específicos, da Direção Geral de Reinserção Social e da Associação para o Planeamento da Família.

Para começar a refletir sobre a racialização da intervenção social em Portugal, analisando a relação estreita entre estereótipos e imaginários sobre os culturalmente outros e práticas assistencialistas apresento aqui excertos de entre-

vistas efetuadas com profissionais chave destas organizações: os responsáveis (geralmente formados em psicologia) e os técnicos (enfermeiros e assistentes sociais).

Um dos traços comuns de uma grande parte da população imigrante africana é a sua vulnerabilidade física, psíquica e social: a perigosa fragilidade que os torna seres passivos e dependentes. A intervenção socioeducativa visa recolocar estas pessoas na sociedade, fortalecendo sua autonomia através da sua capacitação, que irá conduzir à sua emancipação. Promover uma responsabilização individual e social significa criar hábitos saudáveis, uma ética do trabalho, características indispensáveis para tornar estas pessoas independentes. Tentamos ajuda-los a aprender a autodisciplina. Temos que ensiná-los a gerir-se melhor, a utilizar as suas casas de forma conveniente e adequada, a cuidar de si e dos seus filhos com dignidade.

Na nossa opinião, estes indivíduos vulneráveis não sabem gerir as opções que têm à disposição, não sabem como escolher o caminho certo, e portanto vamos lhe dar uma mão, como se faz para ajudar as crianças, andar juntos de mãos dadas. Esta é a melhor definição de vulnerabilidade: são pessoas pobres, carentes de responsabilidade, educação, iniciativa, e portanto precisam de apoio, como as crianças. Temos que lhe dar uma direção, dizer claramente por aqui sim, por aí não: ainda não chegamos ao ponto em que estas pessoas estão prontas para caminhar sozinhas.

A população dita branca é raríssimo participar nalguma festa de rua, não gostam, não querem. Os africanos pelo contrário gostam da música alta, têm um tipo de comportamento mais extravagante, nem é extravagante... mais extrovertido, que eles não são extravagantes, são mais extrovertidos, mais animados, o que no final significa mais consumo de álcool, banal, de cerveja, não estamos a falar de algo mais, um bom vinho, eles nem tinham dinheiro para isso, mas é um estilo de vida que no fundo pode levar à perdição. Pela minha percepção, das pessoas com que eu lidei, que podem não ser a totalidade das pessoas do bairro, mas as pessoas com que eu lidei são mais as pessoas africanas porque eu acho que são famílias mais desestruturadas que têm vários problemas dentro da mesma casa: falta de emprego, alcoolismo, dependência de subsídios, delinquência dos mais velhinhos, porque há crianças de várias idades, depois vem um primo lá do país ou um tipo e também há esse problema de haver demasiada gente na casa, com as coisas que isso pode acarretar, dormem todos juntos, as crianças poderão estar expostas a comportamentos íntimos entre os adultos. A nossa intervenção destina-se a mudar este tipo de comportamentos. Pode ser que seja a forma de estar dos Africanos, que seja normal para eles. Infelizmente aqui têm que mudar, aqui tem que ser Portugal, não é África, lá está, se calhar é a ditadura da maioria mas tem que ser.

A premissa de partida nestes excertos, porquanto implícita, é que estas pessoas não têm a competência necessária para gerir as suas próprias vidas. Todos os técnicos entrevistados no arco destes dois anos de pesquisa afirmaram, por quanto com diferentes palavras, que os imigrantes precisam ser ensinados a viver de forma construtiva: a vida deles é desorganizada e, embora pos-

sam reconhecer o que é o seu próprio interesse, não têm a disciplina necessária para tornar o comportamento compatível com a intenção. É dever do profissional tentar educar e emancipar estas pessoas para que possam adquirir as características indispensáveis para ser bons cidadãos, autossuficientes, integrados no trabalho e competentes para participar na vida cívica. Objetivo do profissional é transformar estas pessoas carenciadas – do ponto de vista económico, mas também de recursos culturais e civis – em sujeitos capazes de regular o seu comportamento em maneiras novas e mais adequadas.

O governo das margens, por outras palavras, não é tanto um mecanismo de controle social, mas mais um espaço de criação de cidadania. A luta à marginalidade é uma espécie de trabalho de transformação moral, enquanto procura estabelecer virtudes cívicas e cultivar bons hábitos e disposições mentais, e condutas corretas. Ao adoptar essa postura pedagógica, o sector de assistência convida os técnicos para atuar como figuras de autoridade, além do que como figuras de suporte. A aproximação metafórica do imigrante com a criança, que precisa de ser educada, disciplinada e conduzida de mão dada na direção certa é presente na maior parte das entrevistas que realizamos. Como crianças, nessa visão, as pessoas vulneráveis não têm a capacidade de saber o que é do seu próprio interesse, e ainda menos de desenvolver a autodisciplina necessária para agir eficazmente na base destes conhecimentos. Como os adultos, os profissionais da assistência social estão na posição certa para compreender de facto qual é o interesse dos outros e para tomar decisões para o bem dos menores, mesmo que seja sem o consentimento deles. O desafio é transformar os cidadãos carenciados de receptores passivos de assistência em indivíduos ativos e autônomos: para este efeito, existem formas de reinserir os excluídos em circuitos de autogestão responsável, para os reconstituir ativando as suas capacidades de cidadania autônoma.

Esta a preocupação principal do Novo Programa de Emergência Social apresentado no dia 5 de Agosto de 2011 por Pedro Mota Soares, Ministro da Solidariedade e Segurança Social: combater a dependência e promover a capacitação dos indivíduos. O Ministro apresenta as suas preocupações face à atual crise que interessa a Europa e em particular o Portugal, sublinhando a importância de propor modelos de inovação social que possa dar respostas para que os mais fracos e desprotegidos não fiquem para trás. Segundo Pedro Mota Soares (2011), “temos de agir apostando na capacitação e promoção pessoal daqueles que estão em risco de exclusão”. O Programa de Emergência Social que deverá vigorar, pelo menos, até dezembro de 2014 assenta em três regras de base. A primeira diz respeito à luta contra a dependência e ao assistencialismo: “não vamos gastar em burocracia, vamos investir nas pessoas”; “não queremos que as prestações sociais se transformem numa forma de assistência permanente”; “como diz o provérbio chinês, nuns casos damos o peixe, nos outros ensinamos a pescar”. O segundo diz respeito ao descontentamento social que

opõe o valor do trabalho à fraude do sistema: “a sociedade portuguesa quer garantir a todos uma oportunidade baseada no valor do trabalho e não quer que o dinheiro dos seus impostos seja permeável à fraude e ao abuso”. O terceiro salienta o debate em torno do papel do Estado que discute a promoção de uma rede social baseada no Estado por oposição à privatização do setor de assistência social: “é um programa que não quer dizer mais estado, mas mais instituições sociais e melhor política social. Uma rede de solidariedade social conta com todos. Contamos com a proximidade e a experiência das instituições sociais no terreno”.

Estes debates não têm evidentemente nada de original nas idiosincrasias da atualidade portuguesa. As tendências da reconfiguração da rede de cuidados sociais andam intimamente ligadas a mudanças paradigmáticas extremamente relevantes nas últimas décadas, onde o Estado tem desempenhado um papel cada vez mais complexo, e onde o contexto Americano surge inevitavelmente como o vocativo mais determinante a nível internacional. O novo programa do Pedro Mota Soares ecoa a proposta do Welfare Act de Bill Clinton⁴, que ficaria conhecida por *end welfare as we know it*. O objectivo era eliminar a dependência do sistema assistencialista, capacitando as pessoas para serem autossuficientes, autônomas, responsáveis e membros produtivos da sociedade. O mito da *welfare queen*, a mãe solteira negra conduzindo um Cadillac que defraudava impunemente o sistema de benefícios sociais, usado exaustivamente por Ronald Reagan na sua famosa campanha presidencial de 1976, tornou-se não apenas parte do Folclore americano – na verdade, também do Europeu – como se tornou também emblema de questões sociais particularmente complexas. Por um lado, descreveu a constituição de uma classe de sujeitos dependentes sem dignidade nem autonomia, que não eram capazes ou não desejavam ser autossuficientes e tomar conta de si mesmos. Por outro lado, relacionou os beneficiários do sistema com sujeitos desprovidos de carácter moral e, por extensão, construiu a ideia do sistema de apoio social como uma cobertura para a apatia, preguiça e decadência moral. Desta forma criou uma nova interpretação da pobreza não tanto como um problema essencialmente de natureza classista de desigualdade socioeconómica e má distribuição de rendimentos, mas como a um problema inerentemente racializado dependente de desvio comportamental, deficiências morais e patologia cultural.

As populações migrantes, os sujeitos culturalmente outros que constituem aquela população excedente que pressiona as margens da fortaleza Europa, tornam-se a antítese do sujeito liberal. Estes sujeitos são construídos como vulneráveis, mas também como um risco: faltam-lhes as competências necessárias para exercerem a sua liberdade, mas também lhes faltam os traços morais e psicológicos centrais à performance da cidadania liberal, como a autos-

⁴ Personal Responsibility and Work Opportunity Act (PRWORA, 1996).

suficiência, a autonomia ou até o controle das paixões ou impulsos sexuais. Dizem-nos portanto que devemos agir a dois níveis: um que é estrutural, onde o objetivo é criar as instituições certas, promover a sociedade civil, remover os obstáculos políticos e econômicos ao desenvolvimento; e um que é pedagógico, onde o objetivo é educar, cultivar as competências do indivíduo, promovendo uma transformação moral e pessoal em direção a um *self* autônomo e liberal. A primeira dimensão da nossa problematização é portanto esta atenção obsessiva com as populações desfavorecidas – e em particular as populações oriundas de contextos subdesenvolvidos –, que continua até aos nossos dias, esta mentalidade que sustenta a constituição de um domínio de intervenção sobre aqueles que, supostamente, não conseguem cuidar de si próprios. A segunda dimensão da nossa problematização é a particularidade de que este intervencionismo pós-segunda guerra mundial sobre a pobreza é, desde a sua origem, inerentemente racializado, radicado na passagem de uma preocupação colonial com *tipos biológicos em um lugar* para uma preocupação contemporânea com *tipos culturais a circular*, simbólica e politicamente projetados nos imigrantes, a corporificação da diferença cultural em movimento (DUFFIELD, 2007). A política do assistencialismo é, portanto, iminentemente uma etnopolítica de cidadania. Mais uma vez, tal não significa que a racionalidade de intervenção sobre a pobreza seja racista, mas sim racializada; tal como não é de natureza neocolonial mas, literalmente, pós-colonial. O que podemos ver que foi perpetuado, igualmente, é a divisão de grupos humanos de acordo com a falta de traços ou disposições biopsicológicas, culturais ou morais, que necessitam ser tratados com educação e orientação, justificando uma forma de tutela liberal (COWEN; SHENDON, 1996; MEHTA, 1999) sobre essas populações.

3. Corpos indóceis: Homo Ancestralis, Jezabel e Welfare Queen

Apesar de existirem diferentes técnicas de intervenção social que partilham o objetivo de conduzir os marginais na direção de uma cidadania responsável, decidimos aqui abordar somente um dos âmbitos da nossa pesquisa, o da saúde, apresentando alguns dados preliminares que podem exemplificar como esta forma de cuidar dos imigrantes orientando a sua conduta se inscreve de forma profunda na vida das pessoas. O campo de intervenção médica, na verdade, tem um papel central na despolitização do governo da vida e da morte, da saúde e da doença, na tentativa de levar as pessoas a ter hábitos saudáveis, a reduzir riscos, a ter certas concepções normalizadas do seu corpo, na pedagogia, enfim, daquilo que medicamente é considerado um corpo saudável. Consideremos que as pessoas que solicitam subsídios sociais do estado são aconselhadas (muitas vezes obrigadas como condição para receber o subsídio) a frequentar ateliers destinados a implementar as suas capacidades e a orientar o seu próprio projeto de vida. Analisamos, portanto, alguns cursos destinados à implementação de

uma parentalidade positiva, através de ações específicas de aconselhamento, educação e treino parental, destinadas a promover responsabilidade, a melhorar as competências com os filhos e a prevenir a reincidência de gravidez.

Há muitas famílias desestruturadas e muita falta de competências parentais, juntamente com um grande problema higiene pessoal, habitacional e moral. Especialmente nas famílias africanas, vocês nem imaginam: os vizinhos brancos são muito sensíveis ao barulho, à confusão, às condutas... a Professora entendeu, né? Condutas imorais, indecentes. Dou o exemplo de uma festa organizada por africanos em que os vizinhos portugueses chamaram a polícia por causa do que os africanos faziam. Mudar mentalidades é difícil e é preciso obrigá-los a vir às nossas aulas, senão não fazem.

Temos os imigrantes africanos com uma questão cultural muito grande, que é temos famílias monoparentais, mães sozinhas com 3, 4, 5 filhos. O que acontece é que raramente temos o pai e a mãe juntos. São pessoas que, normalmente, por convicção, não abortam, têm os filhos, são boas mães, de uma forma geral, mas deveriam ter menos filhos. Tentamos explicar-lhes as coisas, porque coitadas não percebem muito bem a questão da prevenção, e o acompanhamento à saúde passa um bocadinho por aí. Para o homem africano usar preservativo, quando eu introduzo isso a falar com elas, a explicar que é importante, que é por causa das doenças, elas aquilo que me dizem é que eles não aceitam, não querem, não usam. Também acredito que os africanos, a nível de sexualidade, têm as coisas um bocadinho mais à flor da pele. Uma colega minha dizia que eles se tocam com o braço numa paragem de autocarro e dois minutos depois já estão agarados, é um bocadinho assim, aquela parte corporal, as sensações estão todas ali à flor da pele e depois isso propicia. Agora, os homens africanos quanto mais filhos tiverem, aquilo é uma questão de virilidade, se puderem fazer 4 aqui, 4 ali, 4 lá, e depois continuam a ganhar os 500€ nas obras, quer dizer, aquilo também não dá para todos. Mas em África é a comunidade que cria, eles vão tendo os filhos e a própria comunidade os cria. Aqui em Portugal continuam a reproduzir esse comportamento, criando os filhos com os nossos subsídios. Os Africanos não sabem ter aquela ideia racional de dizer: “nem pensar. Já me custa criar estes, não vou ter mais.” Como não conseguem perceber a prevenção, é melhor usar então métodos mais drásticos.

Estamos a falar de famílias muito numerosas, cortejos de seis ou sete crianças chefiados por uma mãe grávida e ainda bem novinha. Há meninas aqui aparecem na maternidade pontualmente todos os 9 meses para dar à luz mais um filho. Verdade seja dita, os africanos são muito prolíficos, não se importam muito de cansar as mulheres deles com todas estas gravidezes, é algo mesmo de instinto, sabe, não é por mal, é que são muito centrados na questão sexual, sem pensar em mais nada. E depois trazem consigo uma mentalidade tipicamente africana que se revela em conceitos como por exemplo o de que o “valor” de um homem se mede pelo número de filhos que tem. Mas não podemos esquecer que programas como o “rendimento mínimo garantido” são acessíveis também aos imigrantes e

que estes programas efetivamente premiam a natalidade irresponsável. É nosso dever tentar aconselhar e encaminhar as mulheres para fazer a laqueação tubária. Com o nosso apoio e o trabalho feito por nós, muitas mulheres aceitaram fazer a laqueação das trompas, e ainda bem, porque se não já iam no decimo segundo ou decimo terceiro filho!

Os africanos têm uma taxa muito alta em termos de gravidezes, e nota-se na natalidade destes bairros, acho que é um aspecto cultural. Inúmeras gravidezes com no meio um intervalo de tempo curto e em idades muito jovens, sem condições, sem preparação e noção das consequências, como a maior frequência de nascimentos prematuros de baixo peso ou de crianças com problemas. É necessário intervir de alguma forma para limitar as gravidezes recidivantes e poder garantir que os filhos que existem possam crescer melhor. É como nas arvores, sabe. Demasiados frutos, significa frutos pequenos sem qualidade. Por causa disso é tão importante realizar a poda.

Todos os técnicos entrevistados acerca de planeamento familiar, aconselhamento para contraceção e saúde sexual e reprodutiva, destacam a população africana como particularmente problemática, devido a fatores culturais e a características próprias de uma presumida "personalidade africana". Curiosamente o imaginário ligado aos supostos comportamentos e à mentalidade dos africanos reflete o eco do passado e de certa psiquiatria colonial destinada a validar cientificamente a hipótese da inferioridade biológica e espiritual dos povos submetidos. Médicos e psiquiatras coloniais argumentavam sobre a alegada simplicidade da mente negra, expressão de estruturas cerebrais menos evoluídas. Nos relatórios psiquiátricos da época encontramos a convicção de que o "negro" é pouco autoconsciente, imaturo, tem falta de integração pessoal e sentido de responsabilidade, tem uma afetividade infantil, é dominado por instintos animais, despreocupado com o futuro e ancorado à imediação do presente (McCULLOCH, 1995; COLLIGNON, 1997; BENEDUCE, 1999, 2002; FASSIN, 2000).

Em outros trabalhos já analisei como a herança da medicina colonial condiciona hoje muitos dos estereótipos sobre os imigrantes africanos, em âmbito clínico (PUSSETTI, 2006, 2009). Repropondo as hipóteses avançadas nos relatórios médicos coloniais relativos à "sexualidade negra", em outro capítulo (PUSSETTI, 2011) apresentei o atual debate sobre a vida sexual dos africanos. Há alguns anos atrás a assim chamada "polemica Caldwell" viu alguns antropólogos (HEALD, 1995; AHLBERG, 1994) contestar com acrimonia as teses de um demógrafo, John C. Caldwell justamente, relativas a uma hipotética "sexualidade africana" exagerada, selvagem e sem regras (CALDWELL, 1989). Segundo este autor, nenhum valor moral, emocional ou religioso é atribuído em África ao ato sexual, e portanto não podemos esperar de encontrar traça de amor romântico, de responsabilidade para com os filhos ou com as mulheres no

continente africano. Para reforçar a sua argumentação (CALDWELL, 1987) propõe a definição de *Homo Ancestralis* como espécie distinta do *Homo Sapiens* para distinguir os africanos dos euramericanos. As declarações do Papa Benedetto XVI na sua viagem de 2009 no Camerão e as reações contrastantes que derivaram, repropuseram o debate Caldwell como particularmente atual, mostrando como a questão continue a ter um forte peso ideológico e político. Esta distinção espelha a divisão de Darwin do 1871 entre as categorias de homem prudente-superior (*prudent-better*) versus homem imprudente-inferior (*reckless-inferior*), sendo este identificado com o maior número. O discurso dos profissionais replica a imagem estereotipada de uma sexualidade impudica e libertina, de uma fertilidade animal.

Os rapazes nesta estereotipização são representados como animais primitivos, dominados por instintos, despreocupados, ligados à satisfação imediata de impulsos biológicos básicos e *obsessionados* pela procura do prazer (WEST, 1993, p. 127), violentos, "brutos hipersexuais" (LEONARD, 2004: 296), bloqueados nos degraus mais baixos da escada evolutiva, como a definição de *Homo Ancestralis* de John Caldwell sugere. Como David Leonard sugere, o corpo negro masculino acaba por representar o desviante, o criminal e o ameaçador [...] um símbolo de decadência, de desordem e de perigo" (LEONARD, 2004, p. 298). O corpo masculino do negro é visto como epítome esta promessa de violência selvagem, de força física ilimitada e erotismo desenfreado (HOOKS, 1992, p. 34). Mas a ausência total de responsabilidade, moral e racionalidade requerem controle e confinamento, para proteger o resto da população dos riscos inerentes a este corpo negro ameaçador e predador. Como Herman Gray e Sander Gilman sublinham, o Outro negro ocupa um espaço ambivalente no imaginário dos brancos entre medos e desejos, fantasias reprimidas e sexualidade perturbada (GRAY, 1995: 165; GILMAN, 1985, p. 23): algo que fascina mas que ao mesmo tempo justifica a necessidade de vigiar, controlar e punir (ANDREWS, 1996, p. 111; COLE, 2000; FOUCAULT, 1995; Grossberg, 1988).

As meninas, por outro lado, são pintadas como demasiado sexualmente provocantes, propositivas e disponíveis, ordinárias, interessadas a retornos econômicos muito mais do que a envolvimento românticos, aproximando assim a sombra da prostituição à imagem da mulher africana. Em uma posição desconfortável entre o estereótipo da Jezebel, prostituta lasciva e sem moral, e da *Welfare Queen*, calculadora, oportunista, abusadora e fraudadora do sistema, a mulher africana coloca-se hoje em um espaço de representação no qual amor, dinheiro, sexualidade, imaginários coloniais e políticas pós-coloniais se interligam criando configurações originais extremamente interessantes do ponto de vista da antropologia das emoções (COLE; THOMAS, 2009). O discurso à base da prevenção da sexualidade adolescente e da contraceção re-

vela, neste sentido, uma natureza extremamente racializada. Estudos recentes evidenciam como as intervenções sociais de educação sexual e prevenção das gravidezes adolescentes são fortemente racializadas, criando uma contraposição entre a imagem da menina negra, imoral, inculta, pobre e muito disponível e a sexualidade das mulheres brancas, burguesas, de classe média, educadas, puras, morais, passivas e responsáveis (COLLINS, 2004; FIELDS, 2005; ROSE 2005; FEAGIN, 2001; KENDALL, 2008). A jovem africana é considerada ao mesmo tempo experta do ponto de vista da prática sexual, precocemente provocativa e disponível, e totalmente inexperiente pelo que diz respeito à educação e à prevenção.

E então, tu sabes que na comunidade africana nota-se que há muitos tabus, existe um tabu enorme em falar...em os pais transmitirem aos filhos, ou falarem com os filhos sobre sexo, sobre prevenção, sobre planeamento familiar e esse tipo de coisas. E nós apanhamos meninas jovens que sabiam muito bem fazer as coisas mas não estavam nada esclarecidas sobre a sexualidade e sobre o comportamento sexual. Não sei se já notaste, mas temos muitas mães adolescentes. Algumas até seriam boas mães mas não são minimamente preparadas, precisam de cursos e educação à maternidade responsável. Outras, não estão minimamente preocupadas com os filhos, primeiro tem que satisfazer as suas necessidades básicas de vida e depois então é que consegue programar o resto da suas necessidades e portanto nós temos que adequar sempre à pessoa que temos à frente e saber se é suficiente ensinar ou se é preciso enfrentar de forma mais radical o problema. Não queremos que vivam a vida aos custos da generosidade dos portugueses que pagam as taxas, ne?

A intervenção social deve, portanto, ao mesmo tempo ser um ato de redenção, correção, proteção, apoio, educação e responsabilização. Pelas palavras de uma enfermeira e de uma assistente social do aconselhamento para o planeamento familiar:

Já temos algumas meninas a recorrerem mesmo à contraceção, querem fazer métodos contraceptivos, pronto, são esquecidas e portanto é melhor colocar já um implante ou um dispositivo, portanto, para elas não ter que recorrer à interrupção voluntária da gravidez com 14 anos. Eu vou ser honesta, antes de partir para um método, para o implante por exemplo, haveria que explicar bem às mulheres quais as vantagens e desvantagens e elas deveriam gerir um bocadinho essa informação, ou seja, não pode ser "ai já? Então vai colocar já!". Mas a na maior parte das vezes deve ser mesmo assim, pronto.

Nós temos o problema que há mulheres que engordam, há outras que emagrecem, as africanas não gostam muito de emagrecer mas também não gostam de engordar muito e portanto já tivemos as duas: as que emagreceram muito e quiseram retirar, já tivemos as que ficam muito gordinhas e querem retirar... Portanto, pelo menos tem que ser explicado à pessoa que é um método que é caro, que é para 3 anos portanto não pode ser só porque eu hoje coloquei um implante e agora não estou

bem que chego aqui e quero retirar o implante. E depois depende, se já tiveram muitos filhos, aconselhamos logo a laqueação, assim evitamos de por ao mundo mais crianças naquelas condições.

O papel do técnico de saúde ou do profissional do serviço social – intermediários entre o estado e os futuros cidadãos – na orientação dos imigrantes na direção de um modelo de parentalidade ocidental, é crucial. Legitimados pela autoridade e a objetividade do conhecimento científico, peritos em prevenção e saúde, em todas as entrevistas os profissionais sustentam saber o que é certo para os utentes, muito melhor do que os eles mesmos. Este tipo de relação é evidente quando se analisam os dados resultantes das entrevistas realizadas durante o trabalho de campo.

Lúcia, mulher cabo-verdiana de 28 anos com 3 filhos:

O médico sugeriu que eu laqueasse as trompas porque não tenho capacidade de sustentar mais filhos. A assistente social perguntou-me: tens a certeza? Só tens 28 anos podes querer ter mais filhos e a laqueação é irreversível. Sim, eu sei mas o médico diz que não tenho condições para criar mais filhos.

Karen, guineense, 26 anos, 3 filhos:

Quando fui à consulta, a médica disse que a melhor coisa a fazer era a laqueação de trompas. Falaram que era a solução certa para cuidar melhor dos filhós que já tinha e não apanhar mais gravidezes. Eu sabia que a minha prima e outras amigas já tinham feito, então como já tinha os meus filhos, eu decidi fazer.

Marlene, cabo-verdiana, 34 anos:

Depois do meu quinto filho as enfermeiras insistiam muito para que eu fizesse a laqueação para não ter mais filhos, mas eu não queria, e sempre recusei. No último filho insistiram para fazer a cesariana. Não sei porque, como os outros saíram tão facilmente... sei que depois desta operação já passaram 5 anos e não consigo mais engravidar. Sabe me dizer se há um exame que eu possa fazer para ter certeza que não aproveitaram aí para me fechar as trombas?

Eveline, guineense, 27 anos:

Eu já fiz a laqueação, sim me aconselharam para não ter outros filhos, que já tinha quatro e realmente parece que funciona. Não sei bem por quantos anos, deve ser pelo menos cinco.

Técnica de saúde:

Há muitas meninas irresponsáveis: não fazem um planeamento familiar e, quando ficam grávidas, a única coisa a que recorrem é ao aborto. Ou há outras, que têm filhos um atrás do outro. [...] Em casos extremos há médicos que até sugerem a laqueação das trompas, mas a precaução que nós costumamos tomar é a colocação do implante anticoncepcional subcutâneo, no braço das meninas que vêm para qualquer tipo de questão de saúde. É uma forma de prevenção fácil

e eficaz, considerando que há muitas meninas que não sabem se disciplinar em relação ao planejamento familiar. Na mesma linha, uma assistente social de uma ação de sensibilização à prevenção das gravidezes: Estas mulheres que vivem em situações de vulnerabilidade social são sobrecarregadas pelas suas múltiplas tarefas profissionais e domésticas, e acabam por dispor de pouco tempo para dedicar aos filhos, abandonando-os psicologicamente e desenvolvendo com eles formas de interação muito pobres. Para estas razões a medida aconselhada é a inserção do implante hormonal subcutâneo, que representa uma forma mais segura de contraceção enquanto não implica a disciplina e a atenção da pílula ou o acordo dos parceiros no uso do preservativo. Quando já têm filhos, especialmente nas mulheres africanas, aconselhamos a laqueação das trombas por ser um método simples, uma pequena cirurgia resolutive do problema.

Diferentes estudos permitiram saber que o uso da laqueação das trompas como método contraceptivos tem ligações com a naturalidade da mulher, sendo que as mulheres africanas ou brasileiras usam muito mais do que as portuguesas. Estes estudos sublinham como muitas vezes, por problemas ligados à falta de qualquer tipo de medicação cultural e linguísticas e a mal-entendidos e incompreensões no curso da interação médico-paciente, muitas meninas não compreendem que a esterilização feminina é uma operação irreversível e que depois disto não é possível voltar a ter filhos. Algumas das entrevistadas nem tinham entendido bem que esta intervenção é invasiva e comporta cirurgia. Um estudo comissionado pelo ACIDI (DIAS et al., 2009) para a implementação de novas políticas de intervenção na saúde reprodutiva das mulheres imigrantes indica que estas mulheres tendem a ter numerosas gravidezes por não utilizar qualquer método contraceptivo e não ter conhecimento adequado sobre os vários métodos de contraceção. Neste estudo é dito que em muitos casos para contornar os limites devidos a falta de educação, elevado desconhecimento dos métodos contraceptivos, a constrangimentos sociais, assim como a crenças e valores culturais sobre a fertilidade e a sexualidade geradores de conflitos pessoais, de forma geral foi sugerido o incentivo de métodos alternativos: no estudo reportam-se casos de aconselhamento de laqueação de trompas.

As nossas entrevistas realçam que a iniciativa mais divulgada foi a disponibilização gratuita do implante contraceptivo subcutâneo (*Implanon*) para todas as mulheres em idade fértil, sendo um método que evita a gravidez durante um período de até três anos que não tem a complexidade do manejo da pílula (“*que com estas mulheres, ora é esquecida e ora tomada incorretamente*”) ou a dificuldade de negociação do uso de preservativo com os parceiros. Os implantes hormonais são apresentados pelos profissionais da saúde como um dos mais práticos e eficazes métodos de prevenção à gravidez. Uma das técnicas de saúde de um projeto de intervenção prática e sensibilização sobre a temática da saúde e imigração, afirma que o *Implanon*, sendo uma *nova tecnologia*, seria um medicamento de alto custo no mercado e portanto de acesso

restrito, principalmente para grupos com baixos rendimentos. Distribuir gratuitamente o implante significa ultrapassar as “*barreiras sociais*” e as “*limitações culturais*” e garantir uma forma infalível de controlo dos nascimentos. Na lógica de delimitação do público-alvo desta intervenção – continua a informante – as mulheres que mais precisam são as consideradas de risco:

As com maior possibilidades de reincidência de gravidez por conta de fatores sociais, culturais e psicológicos; as que já tem filhos e vivem de subsídios; as mulheres mais promíscuas, que não se percebe bem de quem têm filhos; as que têm famílias desestruturadas e que não cuidam com a devida atenção dos filhos que já têm.

Como já falava Howard Becker em 1963, é interessante lembrar a importância do olhar do outro para a definição das categorias (vulneráveis/em risco) e dos comportamentos considerados como desviantes. Neste sentido o processo pelo qual estas mulheres são classificadas como grupo de risco implica uma categorização construída socialmente a partir de valores morais hegemónicos e dos interesses das pessoas que estão no poder de imputar este rótulo. A mesma categoria de risco é aqui interessante, porque não indica necessariamente um desvio da regra, mas sim um possível desvio. Neste sentido o *Implanon* é um fármaco preventivo, na verdade, o mais eficaz e efetivo, para reduzir riscos e prevenir danos (gravidez em uma idade ou condição familiar inadequada) ou desvio (fraude e *welfare queen*). Pelas palavras de outra técnica – psicóloga – responsável de atividades de formação:

O problema é que são famílias monoparentais. As crianças vivem só com a mãe, famílias com o pai são pouquíssimas. A diferença é como é visto o conceito de família monoparental: para a comunidade afrodescendente não é visto como um problema e continuam assim, entre gravidezes subsequentes e subsídios, abonos e do RSI. Só que somos nos portugueses que pagamos as taxas para eles poder criar todos estes filhos... Eu pago a escola da minha filha... os filhos deles não pagam nem a alimentação, nem os livros, nada. E assim esta gente não trabalha, têm quatro ou cinco filhos e até podem comprar a televisão a plasma, que eu não tenho em casa.

Contra a questão da dependência de subsídios, ou a dúvidas de manipulação das mães que – segundo a opinião das assistentes sociais entrevistadas – preferem fazer mais filhos para ter abonos, o emprego do *Implanon* é apresentado como a solução mais eficaz e atual ao nível de prevenção. A imagem de modernidade veiculada pelos folhetos refere-se tanto ao formato prático – “não precisa mais lembrar à hora de tomar” – quanto à eficácia contraceptiva – “nenhum caso de gravidez foi registrado” – e também à maior liberdade que a tecnologia proporciona para suas usuárias. Os implantes contraceptivos tornam-se signos da modernidade e da melhor eficácia para resolução do problema da contraceção. O *Implanon*, nesse sentido, opera simbolicamente

uma conexão entre o seu público-alvo privilegiados – nas palavras uma das técnicas entrevistadas: “as mulheres imigrantes que não têm disciplina no uso da pílula” e as mais modernas tecnologias contraceptivas, produzidas e consumidas em um âmbito global”. Segundo muitas das técnicas entrevistadas: “o implante é uma arma eficaz para combater a gravidez adolescente, assim como para limitar o excesso de crianças nas famílias que depois não tem condições para as cuidar como deveriam”. O *Implanon* opera simbolicamente uma conexão entre o seu público alvo privilegiado – nas palavras uma das técnicas entrevistadas: “as mulheres imigrantes que não têm disciplina no uso da pílula” e as mais modernas tecnologias contraceptivas, produzidas e consumidas em um âmbito global. O *Implanon* é proposto a todas as mulheres deste tipo de população que recorrem aos serviços dos centros de saúde ou da APF como a melhor solução para elas. Como todo o serviço é oferecido de graça, para otimizar e amortizar os custos do implante (valor comercial de 150 euros nas farmácias, mais 200 euros para a inserção subcutânea e 200 euros para a eventual remoção cirúrgica), as mulheres implantadas assinam um termo de consentimento no qual declaram não remover o implante antes de 3 anos após a sua inserção. A remoção antes deste prazo comporta o ressarcimento dos custos do implante e da sua colocação e extração, o que obviamente condiciona a possibilidade de escolha das mulheres mais desfavorecidas.

Exemplo de ficha preenchida para a inserção do implante:

O implante que escolheu _____ (marca do implante) é efetivo durante três anos, e não deverá ser retirado até ____ / ____ / ____ (DD/MM/AA).
Nome legível do médico/médica: _____
Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Como a maior parte das mulheres imigrantes são bastante resistentes à ideia do planeamento familiar, este tipo de intervenção, baseada no controle da natalidade, torna-se aparentemente uma boa estratégia para evitar os múltiplos riscos subsequentes. Entre estes, a Alta Comissária da Saúde, Maria do Céu Machado, relata com preocupação o problema da prematuridade e do baixo peso à nascença das crianças de mulheres de origem africana, por razões sociais e até por razões genéticas. Este problema contribui aparentemente a transmitir uma imagem negativa do país a nível internacional⁵. O incentivo ao emprego do implante subcutâneo também serve para prevenir práticas correntes nas comunidades imigrantes para a interrupção da gravidez como forma de controle da natalidade, sustenta uma enfermeira de um projeto de saúde materno-infantil que atua em áreas periféricas da cidade. Sempre nas palavras de Maria do Céu Machado:

⁵ Fonte: Público, 30.07.2010

o emprego ilícito de remédios abortivos, facilmente adquiridos no mercado negro, sendo fácil de comprar, especialmente nos meios africanos e brasileiros, é uma das causas do nascimento de bebês prematuros e com problemas de saúde. Especialmente considerando que nas mulheres destes grupos imigrantes são frequentes as gravidezes não vigiadas, ao ponto que muitas mulheres ignoram quando ficaram grávidas.⁶

Uma das principais conclusões do estudo *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes* (Machado 2007) é que nas comunidades imigrantes existe maior mortalidade fetal e neonatal, mais doenças durante a gravidez, nomeadamente infecciosas. A vulnerabilidade dos imigrantes decorre, em primeiro lugar, das características da família: desemprego, tipo de emprego, escolaridade, famílias monoparentais ou alargadas, debilidade psicossocial e económica, falta de higiene habitacional e pessoal e maior consumo de álcool (MACHADO, 2007b). O conceito de higiene, com as suas conotações de civilização, educação, responsabilidade e moralidade torna-se nestas intervenções de saúde pública uma forma de avaliar a idoneidade dos imigrantes à cidadania. A doença, assim como a gravidez adolescente, são consideradas como resultados da falta de responsabilidade e consequência negativa de condutas desordenadas e imprudentes.

4. Para o bem dos Outros

O princípio de base desta pesquisa, para tentar oferecer um contributo mais útil tanto para o debate público como para o debate teórico, foi de não tomar partido, criando as condições para compreender ambos os lados do argumento, dos técnicos de intervenção social como dos utentes. A tentativa foi de evidenciar as lógicas subjacentes aos discursos proferidos pelos interlocutores entrevistados. Para desenvolver a nossa análise dos programas de intervenção social destinados aos imigrantes na área da Grande Lisboa decidimos examinar as recentes mudanças nas políticas de solidariedade e inclusão social no caso Português, usando como ferramenta teórica o conceito de governamentalidade. Tentamos portanto recolher fontes documentais diretas, nomeadamente a documentação institucional emitida pelos intervenientes no processo político em causa, assim como entrevistas com informantes privilegiados, utentes e funcionários destes mesmos serviços. O sector de assistência social é estruturado pelo desejo de impulsionar o bem-estar coletivo através da promoção de uma conduta moral e de hábitos saudáveis e de responsabilidade social, intervindo na vida das populações definidas “vulneráveis”.

A vulnerabilidade na nossa abordagem foi portanto interpretada não tanto como uma realidade externa, mas melhor como o resultado de uma específica

⁶ Fonte: Público, 2004.09.10

“racionalidade governamental”, através da qual grupos ou indivíduos podem ser identificados como vulneráveis e, assim, observados, assistidos e disciplinados. Neste sentido, a lógica da vulnerabilidade é uma lógica governamental: é uma forma de pensar a realidade e de imaginar o futuro, que justifica determinadas formas de intervenção – a assistência social, por exemplo – no presente. Como as entrevistas recolhidas demonstram, a racionalidade inerente ao sector da assistência social considera o mundo como dicotomizado em fortes e fracos, bem sucedidos e marginais, competentes e incapazes, e propõe-se de causar um aumento substancial no poder destes últimos. Um aspecto importante desta racionalidade é a divisão da população em grupos que contribuem (os *homos sapiens, prudent-better*) e grupos que retardam (os *homos ancestralis, reckless-inferior*) o bem-estar geral e a vida da população. A classificação de determinados indivíduos ou grupos como em situação de risco ou perigosas permite prevenir, conter ou eliminar os perigos que elas representam. Além disso, este tipo de classificação é estreitamente ligada à produção e à naturalização de uma divisão raciais, de gênero e de classe entre o prudente e o imprudente, o autônomo e o dependente, o cidadão e o excluído, o ético e o não ético. Na maior parte dos documentos analisados, por exemplo, cada vez que o termo “vulnerabilidade” é empregue, é acompanhado pela frase “tais como crianças, mulheres, imigrantes ou deficientes mentais” que são “pessoas desfavorecidas do ponto de vista econômico, social ou educacional”. A expressão “tal como” sugere um tipo de proximidade ou identificação entre as categorias listadas. Este conjunto de categorias sobrepostas já foi identificado e criticado por vários antropólogos, que analisaram o discurso euro-americano sobre quem são as pessoas culturalmente definidas pelo Ocidente como fracas – ou seja, as mulheres, as crianças, os doentes mentais, os negros, os pobres e os “tribais” em contraposição aos “modernos”. Neste contexto, alguns dos grupos poderiam ser considerados vulneráveis porque não têm a capacidade de decidir por si mesmos (por exemplo, as crianças e as pessoas com deficiência mental), ou porque são intrinsecamente frágeis e fracos e portanto necessitam de proteção e controle.

A identificação de determinadas subclassificações, tais como gênero, raça, etnia e até mesmo de classe, esculpe domínios para intervenções que são voltados especificamente para as limitações dos indivíduos que ocupam estes particulares espaços de identidade. Isto ocorre, por exemplo, através da criação de centros de apoio e planeamento familiar, centros de apoio à mulher, cursos de competências parentais, os serviços para determinados grupos étnico-culturais ou para imigrantes, e assim por diante. Tais instituições baseiam-se em noções paternalistas que negam a possibilidade de que determinados grupos sociais possam ser capazes de se mobilizar sozinhos, ou mesmo que possam ter interesses que são diametralmente opostos aos objectivos do governo. Além disso, por meio de rotulagem e classificação de grupos específicos, estes programas de governo realmente criam identidades sociais baseadas em pres-

supostos de fraqueza, vitimização e impotência. Nesse sentido, a vulnerabilidade é um tipo de pobreza, porque o termo descreve uma situação existente, de privação, a falta de defesas internas, de apoio, de educação, de qualquer tipo de recursos e possibilidades. As pessoas vulneráveis são, por definição, pobres, enquanto carentes de instrumentos materiais e culturais para cuidar de si.

Segundo esta definição, as pessoas vulneráveis não têm a capacidade para uma cidadania autônoma. A capacidade de autogestão e autodisciplina amadurece durante a vida de um indivíduo, e alguns indivíduos não se desenvolver ou adquirir esta capacidade plena, devido à idade, sexo, cultura, doença ou outras circunstâncias que restringem as suas possibilidades. O respeito para o imaturo, o passivo e o incapacitado significa oferecer-lhes proteção. Essas pessoas, portanto, exigem “garantias adicionais” e orientação ética significativos para proteger os seus direitos e bem-estar. A lógica da vulnerabilidade justifica portanto as intervenções sociais, sendo que a identificação de qualquer problema social exige algum tipo de resposta coletivo. Por conseguinte, os segmentos da população identificados como vulneráveis são alvo de um aumento de políticas sociais que visam a oferecer apoio, educação e “empowerment”. Trata-se de políticas que em nome da virtude moral da compaixão, se empenham em aliviar o sofrimento social dos excluídos, afastando todavia o olhar das causas profundas da marginalidade social e contribuindo a criar a imagem de sujeitos carentes de instrumentos próprios, segundo uma lógica definida por Nguyen (2008) “cidadania humanitária”, isto é, a constituição de sujeitos detentores de direitos e responsabilidades na base de uma específica vulnerabilidade social. Os sentimentos morais – ou as tais boas intenções que se autojustificam enquanto tal face a qualquer tentativa de crítica – encontram-se hoje na base das políticas públicas contemporâneas: nutrem os seus discursos e legitimam as suas práticas, especialmente quando estas são destinadas aos oprimidos, aos dominados, aos excluídos. O vocabulário do sofrimento, da vitimização, assim como o da compaixão e da solicitude humanitária fazem assim hoje parte da nossa vida política. A intervenção de George Bush em 2002 na qual define o esforço contra a pobreza como um trabalho de compaixão, ou o discurso de Sarkozy “para a França que sofre” em 2006 são dois bons exemplos desta postura: uma linguagem que se impõe e é capaz de criar consenso com uma força tal que permite justificar e legitimar qualquer tipo de intervenção ou decisão política. Como sublinha muito bem Didier Fassin (2010) analisar a política da compaixão significa abordar uma questão extremamente complexa, na qual existe solidariedade e desigualdade, na base de uma relação sempre profundamente assimétrica. E esta assimetria é antes política do que psicológica: parafraseando Fassin, não se trata tanto de uma crítica da compaixão pela postura de superioridade que implica, mas porque supõe uma relação de diferença social. A compaixão é dirigida de cima para baixo, os que detêm o poder (ou o saber) versus os vulneráveis, os marginais, os frágeis.

O governo humanitário das vidas precárias cria, pelos seus pressupostos morais, um consenso geral que desarma a crítica: a compaixão não tem inimigos. Uma análise deste tipo todavia significa apresentar as contradições intrínsecas nos discursos e programas políticos – não significa ver nestes teorias da conspiração ou do controle social. Significa analisar a construção orgânica dos projetos de apoio social e as justificações em que se baseiam – não significa duvidar das suas boas intenções. Significa estudar as explicações e atitudes dos profissionais do âmbito social em um contexto histórico-político de relações de poder a variados níveis – não significa denunciar qualquer tipo de incompetência ou má fé. Em jeito de conclusão, mas também de *disclaimer*, se o assunto tanto na sua configuração histórica como nos seus desenvolvimentos é particularmente fascinante, é igualmente sensível do ponto de vista político – mais ainda no nosso tempo de crise econômica. As questões do assistencialismo, da segurança social, distribuição de rendimentos ou humanitarismo são disputadas ferozmente por facções, partidos, governos de esquerda e direita por diferentes motivos e, mais uma vez, como substituição de outros tipos de debates essenciais. Alguns empenham-se em desconstruir o programa «arrogante» ou «colonialista» do desenvolvimento; outros empenham-se em defender a nobreza em condições difíceis dos assistentes sociais, profissionais médicos ou voluntários; outros ainda empenham-se em encontrar no mal funcionamento do sistema de assistência social uma justificação para fomentar a privatização do sector e cortes nos benefícios fiscais. Este tipo de pesquisa pode e deve afastar-se do debate das condições estritamente políticas do Estado do Bem-Estar. Pode e deve, ao invés, promover uma dupla ruptura: uma que, em vez de dar por garantida as classificações de vulnerabilidade e risco, se dedique a analisar as bases históricas que sustenta este *Will to Care*, este poder moral imanente do fazer o Bem; e outro que pretende inquirir as mudanças paradigmáticas profundas de como se concebe a distinção entre seres humanos e a cada vez mais difundida e penetrante forma de os governar em todas as dimensões das suas vidas.

Referências

- AHLBERG, Beth. Is there a distinct African Sexuality? A Critical Response to Caldwell et al., in *Africa*, v. 64, p. 220-42, 1994.
- ALARCÃO, DIAS; FONSECA; FAMER; BORRERO; SONYA. Race, Insurance Status, and Tubal Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, v. 109, Issue 1, p. 94-100, 2007-2010.
- ALARCÃO, V.; CARREIRA M.; GODINHO M.; PORTUGAL R.; PEREIRA J. M. *Utilização de métodos contraceptivos pelas mulheres imigrantes das comunidades de origem africana e brasileira em Portuga*, Poster apresentado no 'VI Congresso de Epidemiologia'. Porto, 23 e 24/10/2008.
- BECKER, H. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, New York, The Free Press, 1963.
- BIGO, D. Globalized (In)Security: the field and the ban-opticon in Bigo, D.; Tsoukala, A. (eds.) *Terror, Insecurity and Liberty: Illiberal Practices of Liberal Regimes after 9/11*, New York, Routledge, 2008.

- BROWN, L.M. In the bad or good of girlhood: Social class, schooling and white femininities. In *Beyond silenced voices: Class, race, and gender in United States schools*, ed. L. Weis and M. Fine, 147-62. Albany, NY: State University of New York Press, 2005.
- BUMPASS, L. L.; THOMSON, E.; GODECKER, A. L. Women, men, and contraceptive sterilization. *Fertil Steril*, v.73, p. 937-946, 2000.
- CALDWELL; CALDWELL. Fertility control as innovation: A report on in-depth interviews in Ibadan, Nigeria, in van de Walle and Ebibola, 1987, *The Cultural Roots of African Fertility Regimes. Proceedings of a Conference*. Philadelphia: Population Studies Center, p. 223-251, 1987.
- CALDWELL, J. C. *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press, 1982.
- _____. Routes to low mortality in developing countries. *Popul. Dev. Rev*, v. 12, p. 171-220, 1986.
- _____. The impact of the African AIDS epidemic. *Health Transit. Rev.* v. 7 (Suppl. 2), p. 169-88, 1997.
- _____. Rethinking the African AIDS epidemic. *Popul. Dev. Rev.* v. 26, p. 117-135, 2000.
- CALDWELL, J. et al. The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa, in *Population & Development Review*, v. 15(2), p. 185-234, 1989. (skim. read p. 194-216 & 222-227).
- CALDWELL, J.; CALDWELL, P.; QUIGGIN, P. The African Sexual System: Reply to Le Blanc et.al. In *Pop. and Develop. Review*, v. 17, n. 3, Sep. 1991, p. 506-515.
- COHEN, M.; SHENTON, R. *Doctrines of development*, London and New York: Routledge, 1996.
- COLE, D. *No equal justice: Race and class in the American criminal justice system*. New York: New Press, 2000.
- COLLINS, P.H. *Black sexual politics: African Americans, gender, and the new racism*. New York: Routledge, 2004.
- DARWIN. C. *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*, Princeton University Press; Later Printing Edition, (1871) 1981.
- DEAN, M. *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*, London: Sage, 1999.
- DIAS, S.; FAMER ROCHA, C.; HORTA, R. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras*, ACIDI, OI 32, 2009.
- DUFFIELD, M. *Development, Security and Unending War*, Cambridge, Polity Press, 2007.
- FAMER ROCHA, C., DIAS, S.; GAMA, A. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 1003-1012, 2010.
- FASSIN, D. Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France, *Cultural Anthropology*, v. 20 (3), p. 362-387, 2005.
- FASSIN, D. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Hautes Etudes. Paris: Gallimard, Seuil, 2010.
- FIELDS, J. 'Children having children': Race, innocence and sexuality education. *Social Problems*, v. 52, p. 549-79, 2005.
- FONSECA, M.L.; SILVA, S.; ESTEVES, A.; MCGARRIGLE, J. Mighealthnet. *Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Centro de Estudos Geográficos, Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT-UL), 2009.
- FOUCAULT, M. *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Vintage, 1995.
- GILMAN, S. *Differences and pathology: Stereotypes of sexuality, race and madness*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1985.

- GRAY, H. *Watching race: Television and the struggle for Blackness*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995.
- GROSSBERG, L. *We gotta get out of this place: Popular conservatism and postmodern culture*. New York: Routledge, 1999.
- HEALD, S. The Power of Sex: Reflections on the Caldwell's 'African Sexuality' Thesis, in Heald S. *Manhood and Morality: Sex, Violence and Ritual in Gisu Society*. New York: Routledge, 1999 [1995].
- HOOKS, B. *Black looks: Race and representation*. Boston: South End, 1992.
- INDA, J. *Targeting Immigrants: Government, Technology, and Ethics*, Malden, Ma and Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
- KENDALL, N. Sexuality education in an abstinence-only era: A comparative case study of two US states. *Sexuality Research and Social Policy*, v. 5, p. 23-44, 2008.
- LE BLANC, M.N.; MEINTEL, D.; PICHÉ, V. The African Sexual System: Comment on Caldwell et. al., In *Population and Development Review*, v. 17, n. 3, Sep. 1991, p. 497-505, 1991.
- LEONARD, D. J. The next M.J. or the next O.J.? Kobe Bryant, race, and the absurdity of colorblind rhetoric. *Journal of Sport & Social Issues*. v. 28, p. 284-313, 2004.
- MACHADO, M. *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*, Ed. Laboratórios Bial, 2007.
- MACHADO, M. et al. Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes, in Dias, Sónia (org.), *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n. 1, Lisboa: ACIDI, p. 103-127, 2007b.
- MEHTA, U. *Liberalism and Empire*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.
- MORRIS, E.W. 'Ladies' or 'loudies'? Perceptions and experiences of black girls in classrooms. *Youth & Society*, v. 38, p. 490-515, 2007.
- MOSHER, W. D.; MARTINEZ, G. M.; CHANDRA, A.; ABMA, J., C.; WILSON, S. J. *Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. Advance data from vital and health statistics*; No. 350. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics, 2004.
- PUSSETTI, C.; BARROS, V. *Ethnopolitics of risk and vulnerability*, Coordination of the Special Issue, International Journal of Migration, Health and Social Care, v. 8, n. 1, ISSN 1747-9894, 2012.
- PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. *Sofrimento Social: idiomas da aflição e políticas assistenciais*, Dossier Etnográfica v. 15, n. 3, ISSN 0873-6561, Lisbon, 2011.
- PUSSETTI, C. A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de *culture-bound syndrome* (Pathologizing diversity. An anthropological criticism to the concept of *culture-bound syndrome*), *Etnografica*. v. 10, n. 1, p. 5-40, CEAS, Lisbon, ISSN 0873-6561, p. 5-40, 2006. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65612006000100001&script=sci_arttext>.
- . Biopolíticas da depressão nos imigrantes Africanos, *Saúde e sociedade*. v. 18, n. 4. Oct./Dec 2009. São Paulo, ISSN 0104-1290, p. 590-608. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009010400001>.
- . January, Amor, emoción y relaciones de género en un contexto en transformación (Archipiélago de las Bijagós; Guinéa-Bissau), in Águeda Gómez Suárez (ed), *Culturas sexuales indígenas. México y otras realidades II*, Andavira Editora, Santiago de Compostela, Espanha, 2011. ISBN 9788484085928
- ROSE, N.; Miller, P. *Governing the Present*, Cambridge, Polity, 2008.

- ROSE, S. Going too far? Sex, sin and social policy. *Social Forces*, v. 84 p. 1207-32 in FEAGIN, J. R. 2001. *Racist America: Roots, current realities and future reparations*. New York: Routledge, 2005.
- SHAPIRO, T. M.; FISHER, W.; DIANA, A. Family planning and female sterilization in the United States. *Social Science and Medicine*, v. 17, p. 1847-55, 1983.
- TOLMAN, D. L. Adolescent girls' sexuality: Debunking the myth of the urban girl. In *Urban girls: Resisting stereotypes, creating identities*, ed. B. J. R. Leadbeater and N. Way. New York: New York University Press, p. 255-71, 1996.
- . *Dilemmas of desire: Teenage girls talk about sexuality*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.
- U.S. DEPARTMENT OF STATE. *Point Four: Cooperative Program for Aid in the Development of Economically Underdeveloped Areas*, Washington DC, 1949.
- WEST, C. *Race matters*. Boston: Vintage, 1993.

Pesquisadora Associada do Núcleo Interdisciplinar de Estudos Migratórios (NIEM-IPPUR/UFRJ). Desenvolve atualmente projeto sobre transnacionalização das religiões brasileiras na Europa financiado pela Faperj/RJ e Fundação Calouste Gulbenkian/Portugal. Entre outros trabalhos é autora do livro: *O tiro da bruxa. Identidade, magia e religião na imigração alemã*. Rio de Janeiro, Garamond, 2011. E-mail para contato: joana.bahia@gmail.com.

Maria Catarina Chitolina Zanini – Possui graduação em Curso de Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1987), mestrado em Antropologia pela Universidade de Brasília (1997), doutorado em Ciência Social (Antropologia Social) pela Universidade de São Paulo (2002) e Pós-doutorado pelo Museu Nacional (MN-UFRJ) (2008). Atualmente é professora associada da Universidade Federal de Santa Maria, vinculada aos Programas de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Programa de Pós-Graduação em História. Coordenadora do NECON/UFSM (Núcleo de Estudos Contemporâneos). Membro do Comitê de Iniciação Científica e de Inovação Tecnológica da UFSM. Tem experiência na área de Antropologia, trabalhando principalmente com as seguintes temáticas: migrações, teoria antropológica, campesinato e etnicidade. Pesquisadora Associada do NIEM-UFRJ (Núcleo de Estudos Migratórios). Pesquisadora PQ 2/CNPq.

Chiara Pussetti – Possui doutorado em Antropologia Cultural pela Universidade de Turim (2003), foi Investigadora Auxiliar no CRIA. Iniciou em 1993 o seu trabalho de campo etnográfico na ilha de Bubaque, no arquipélago das Bijagós, Guiné-Bissau, estudando os discursos locais sobre as emoções e a doença. Em 2003 começou um novo projeto de investigação em um hospital psiquiátrico português, com incidência sobre a experiência emocional da deslocalização, as estratégias de sofrimento e cura de imigrantes africanos.

Francesco Vacchiano – Psicólogo clínico e antropólogo cultural. Foi bolsista de pós-doutoramento da FCT e Investigador no CRIA, colaborando também com o Centro Frantz Fanon de Turim na assistência psicológica aos imigrantes. Os seus trabalhos incidem sobre a antropologia médica, a etnopsiquiatria, a migração, a violência política, refugiados e instituições de acolhimento, e sobre as várias vertentes dos processos de construção da fronteira na Europa. As suas áreas de pesquisa são a Europa do Sul, o Mediterrâneo e o Mundo Árabe com referência especial ao Magrebe.