



UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA DE
COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**

SUZANA DUARTE SANTOS MALLARD

**A experiência de terapeutas na escuta de pessoas forçadas a migrar.
Contribuições para a psicossociologia de Comunidades.**

**Rio de Janeiro
2020**

CIP - Catalogação na Publicação

DD812e Duarte Santos Mallard, Suzana
A experiência de terapeutas na escuta de pessoas forçadas a migrar. Contribuições para a psicossociologia de Comunidades. / Suzana Duarte Santos Mallard. -- Rio de Janeiro, 2020.
329 f.

Orientador: Mohammed ElHajji.
Coorientadora: Elizabeth Wieling .
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2020.

1. Migração. 2. Saúde Mental . 3. Trauma. 4. Comunidades e Redes. 5. Psicossociologia Crítica. I. ElHajji, Mohammed, orient. II. Wieling , Elizabeth , coorient. III. Título.

SUZANA DUARTE SANTOS MALLARD

**A experiência de terapeutas na escuta de pessoas forçadas a migrar.
Contribuições para a psicossociologia de Comunidades.**

Tese de doutorado apresentada em cumprimento parcial às exigências do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (PÓSEICOS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Linha de pesquisa II Psicossociologia crítica, comunidades e redes – para a obtenção do grau de doutor.

Orientador: Prof. Fr. Mohammed ElHajji

Co-orientadora: Profa. Dra. Elizbeth Wieling

Rio de Janeiro
2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

A experiência de terapeutas na escuta de pessoas forçadas a migrar.
Contribuições para a psicossociologia de Comunidades.

Suzana Duarte Santos Mallard

Tese submetida ao Corpo Docente do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora.

Aprovada por:



Prof. Dr. Mohammed ElHajji

Orientador

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Observações: Como presidente da banca, afirmo que todos os membros
da banca participaram da defesa remota e assino por todos.

Profa. Dra. Elizabeth Wieling

Co-orientadora

University of Georgia

Prof. Dra. Iolanda Maria Alves Évora

Universidade de Lisboa

Instituto Superior de Economia e Gestão

Prof. Dr. Alejandro Goldberg

Facultad de Filosofia y Letras Universidad de Buenos Aires

Profa. Dra Mariléia Franco Marinho Inoue

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Samira Lima da Costa

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2020

Para cada um que contribuiu para esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a generosidade dos meus entrevistados sem a qual este trabalho não seria possível.

A meu marido e filhos que me incentivaram a não desistir. Romain, Maia e Matis vocês são meu tesouro.

A minha mãe pelo amor e pelos ensinamentos e da qual herdei esse olhar para o mundo.

A cada um de meus irmãos pelo amor e carinho Samira, Zuleica, Malco, Tony.

Aos meus amigos que acreditaram.

Ao meu pai pela confiança e carinho.

Ao meu orientador Mohammed que apostou em mim e me deu autonomia para traçar meu percurso.

A Liz pela amizade e parceria que foram determinantes na minha perseverança.

A amiga Natasha pelas horas a fio de conversa.

A amiga Norma cuja leitura e diálogo foram preciosos para alcançar esse objetivo.

Àqueles que suportaram minha presença, mas também minha ausência, pois para percorrer esse caminho precisei fazer escolhas difíceis e investir tempo e energia.

RESUMO

MALLARD, Suzana Duarte Santos. **A experiência de terapeutas na escuta de pessoas forçadas a migrar.** Contribuições para a psicossociologia de Comunidades. Rio de Janeiro, 2020. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Este trabalho traz reflexões do campo da psicologia clínica para o da psicossociologia. A clínica pode ser considerada como ponto de tensão e de possibilidades do fenômeno social e dos traumas psicológicos das migrações forçadas. Nela convergem narrativas individuais dos efeitos coletivos que expõe questões éticas, sociais e políticas. As percepções dos terapeutas que atendem estas populações sobre os efeitos do fenômeno da migração em geral, e do refúgio, em específico são contribuições de um fazer que não se substitui mas que assume a ausência de políticas de estado e de governo. Desse modo tomamos esse território terapêutico enquanto articulador e multiplicador da mobilidade humana. Nele são seus arranjos que tornam possível as intervenções. Os relatos dos terapeutas foram elaborados de acordo com o método fenomenológico-hermenêutico que permite revelar detalhes sobre como eles elaboram suas interpretações e atribuem sentidos à sua prática. Trata-se de um encontro que produz efeitos na dupla terapeuta-refugiado, como também organiza algo que opera no coletivo. Ele produz conhecimento, que alimenta reflexões no campo da psicologia e define possibilidades e iniciativas que tem efeitos nas diversas redes comunitárias. Para descrever como eles entendem a experiência e como esta os transforma fiz uso da teoria da Aprendizagem Transformativa. Ela se concentra principalmente no processo de mudança individual e está incorporada na ideia do pensamento crítico que as relações sociais provocam. Ainda com base no Construcionismo social: reforçamos a perspectiva de que a experiência dos terapeutas sobre sua prática clínica é socialmente construída. Neste trabalho analisamos as experiências de profissionais que atuam no Brasil e nos Estados Unidos. Produzimos reflexões que fazem referência a um momento histórico em que assistimos a deslocamentos forçados maciços e no qual a saúde mental precisa ser prioridade. Nele o cenário de acolhimento que cada país é capaz de oferecer é diferente e produz um tipo de experiência específica. O que é vivido por este migrante se reflete no relato clínico e convoca o terapeuta em um lugar para além da terapêutica. Nesta relação a língua está posta e representa uma dinâmica com a qual *'il faut faire avec'*. Os terapeutas implicados neste campo têm seu interesse fundado numa certa experiência a de estar ou ter estado estrangeiro. Esta permite delimitar um território que contempla sujeitos que compartilham algo entre si, o lugar de uma experiência existencial que lhe permite reconhecer uma outra alteridade. Haveria necessidade de um certo preparo para todos aqueles que intervêm nele e que didaticamente pode ser organizado em binômios que organizam a intervenção e propiciam este deslocamento psíquico e simbólico. Na reconstituição dessas experiências clínicas se desenha o interlocutor que é recebido nesse espaço. O que dele aparece é a produção do discurso do terapeuta no qual se revela também a construção deste outro.

Palavras-chave: Migração, Refúgio, Trauma, Saúde Mental, Clínica, Políticas públicas migratórias, Linha II: Psicossociologia Crítica, Comunidades e Redes

ABSTRACT

MALLARD, Suzana Duarte Santos. **The experience of therapists in listening to people forced to migrate.** Contributions to the psychosociology of Communities. Rio de Janeiro, 2020. Thesis (Doctorate in Community Psychosociology and Social Ecology) – Psychology Institute, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This work brings reflections from the field of clinical psychology to that of psychosociology. The clinic can be considered as a point of tension and possibilities for the social phenomenon and the psychological traumas of forced migrations. It converges individual narratives of the collective effects that exposes ethical, social and political issues. The perceptions of therapists who serve these populations about the effects of the phenomenon of migration in general, and of the refuge, in particular are contributions of action that is not substituted but that assumes the absence of state and government policies. In this way, we take this therapeutic territory as an articulator and multiplier of human mobility. It is his arrangements that make interventions possible. The therapists' reports were elaborated according to the phenomenological-hermeneutic method that allows to reveal details about how they elaborate their interpretations and assign meanings to their practice. It is a meeting that produces effects on the dual therapist-refugee, as well as organizing something that operates in the collective. It produces knowledge, which feeds reflections in the field of psychology and defines possibilities and initiatives that have effects on the various community networks. To describe how they understand the experience and how it transforms them, I used the theory of Transformative Learning. It focuses mainly on the process of individual change and is incorporated into the idea of critical thinking that social relations bring about. Still based on social constructionism: we reinforce the perspective that the experience of therapists on their clinical practice is socially constructed. In this work, we analyze the experiences of professionals working in Brazil and the United States. We produce reflections that make reference to a historic moment in which we witness massive, forced displacements and in which mental health needs to be a priority. In it, the welcoming scenario that each country is able to offer is different and produces a specific type of experience. What is experienced by this migrant is reflected in the clinical report and summons the therapist in a place beyond therapy. In this relationship the language is set and represents a dynamic with which 'il faut faire avec'. Therapists involved in this field have an interest based on a certain experience of being or having been abroad. This allows to delimit a territory that includes subjects who share something with each other, the place of an existential experience that allows it to recognize another alterity. There would be a need for a certain preparation for all those who intervene in it and which didactically can be organized in binomials that organize the intervention and provide this psychic and symbolic displacement. In the reconstitution of these clinical experiences, the interlocutor that is received in this space is designed. What emerges from it is the production of the therapist's discourse in which the construction of this other is also revealed.

Keywords: Migration, Refuge, Trauma, Mental Health, Clinic, Migration public policies.
Line II: Critical Psychosociology, Communities and Networks.

SIGLAS

ACF/HHS - Administration for Children and Families / Health and Human Services
ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ADUS - Instituto Adus de Reintegração do Refugiado I
AMISOM - Missão da União Africana na Somália
APA - American Psychiatric Association
BET-TG - Terapia Eclética Breve
CARJ - Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro
CASLA - Casa Latino Americana
CASP - Cáritas Arquidiocesana de São Paulo
CBT - Terapia cognitivo-comportamental
CONARE National Committee for Refugees (Comitê Nacional para Refugiados)
CPF - Cadastro de Pessoa Física
CPT - Terapia de processamento cognitivo
CRAI - Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes
CVT – Center Victims of Torture do CVT (Centro de Vítimas de Tortura)
D.O.U. - Diário Oficial da União
DHS - United States Department of Homeland Security (Departamento de Segurança Interna dos Estados Unidos)
DPU - Defensoria Pública da União
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EFTT - Terapia da Liberação Emocional do Trauma
EMDR - Dessensibilização por Reprocessamento dos Movimentos Oculares
EP - Exposição prolongada
FARC - Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia
HHS - Health and Human Services (Serviços Humanos e da Saúde) -
HRW - Human Rights Watch
IIRAIRA - The Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act
IKMR – I know my rights (Conheço meus direitos)
IMDH - Instituto Migrações e Direitos Humanos
IRCA - Immigration Reform and Control Act (Lei de Reforma e Controle da Imigração)
MPI - Migration Policy Institute
NET - Exposição à Terapia Narrativa
NUPSIM - Núcleo de Psicologia e Migrações do Conselho Regional de Psicologia do Paraná
OIM - International Organization for Migration
OMS - Saúde Organização Mundial da Saúde
ONGs - Organizações Não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde
ORR - Office of Refugee Resettlement (Escritório de Reassentamento de Refugiados)
PRM - Population, Refugees and Migration (Populações, Refugiadas e Migrante)
PUC-SP- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
R&C - Center of Cultural Orientation (Centro de Orientação e Recursos Culturais)
RDC - República Democrática do Congo
ROC - República do Congo
RPC- Refugee Program Center (Centro de Programas para Refugiados)
RSC - Resettlement Center Support – (Centro de Apoio ao Reassentamento)
SMADS - Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SNJ - Secretaria Nacional de Justiça
SUS - Sistema Único de Saúde
TEPT - Transtorno de Estresse Pós-traumático
UFABC - Universidade Federal do ABC
UFPR - Universidade Federal do Paraná
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNB - Universidade de Brasília
UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF - United Nations Children's Fund (Fundos das Nações Unidas para Crianças)
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
UniSantos - Universidade Católica de Santos
UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
USCIS - United States Citizenship and Immigration Services (Serviços de cidadania e imigração dos Estados Unidos)
UVV - Centro Universitário Vila Velha
VOLAGS - Voluntary Agency (Agências Voluntárias)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de refugiados acolhidos no Brasil entre 2010-2020	111
Quadro 2 - Número de refugiados acolhidos nos Estados Unidos entre 2004-2017	114
Quadro 3 - Análise categórica	137
Quadro 4 - Fases do método fenomenológico-hermenêutico	158
Quadro 5 - Análise temática	165
Quadro 6 - Lista de Temas, Subtemas e sua frequência	236
Quadro 7 - Relação das categorias trabalhadas	248

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa Conceitual sobre a Teoria Psicológica das Migrações	96
Figura 2 - Circuito de Medo/Trauma	126
Figura 3 - <i>Eventos significativos da vida: "life line"</i>	131

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 OBJETIVO GERAL	26
1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	35
1.3 APRESENTAÇÃO GERAL DA TESE	36
2 RE-CONTANDO HISTÓRIAS DA MIGRAÇÃO	43
2.1 ELA	45
2.2 ELE	47
2.3 ALGUMAS REFLEXÕES	49
3 CONTEXTO DA PESQUISA: POLÍTICAS PÚBLICAS, REFÚGIO E SAÚDE MENTAL	51
3.1 PROBLEMATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS ÀS MIGRAÇÕES	53
4 OS ESTUDOS MIGRATÓRIOS	72
4.1 A GENEALOGIA DOS ESTUDOS MIGRATÓRIOS	77
4.2 TEORIA DAS MIGRAÇÕES E PSICOLOGIA	94
5 AS MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS	103
5.1 MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS NO BRASIL	103
5.2 INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO	111
5.3 AS MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS NOS ESTADOS UNIDOS	114
6 REFÚGIO E SAÚDE MENTAL	120
6.1 O CONCEITO DE TRAUMA E TEPT	123
6.2 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DIANTE DO TRAUMA	128
7 METODOLOGIA	133
7.1 MÉTODO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	156
8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	161
8.1 1A) VÍNCULO COM A QUESTÃO DA MIGRAÇÃO	167
8.1.1 Temas em números	168
8.1.2 Reflexão	169
8.1.3 Ter sido estrangeiro: reconhecer o lugar do outro	169
8.1.4 Valor do contexto social: ter vivido em um contexto em que as migrações atuais alteraram de alguma forma a dinâmica social e política	170
8.1.5 Valor da cultura: ter vivido em um ambiente cultural, familiar ou no qual as migrações e o refúgio transpassam o cotidiano	171
8.1.6 Demanda da instituição: ter atendido solicitação institucional que aproximou e despertou interesse pelo tema	173

8.1.7	Proximidade com o tema do trauma: ter competências desejadas nesse campo	175
8.1.8	Relação com a língua: proximidade ou dificuldade com o idioma	175
8.1.9	Envolvimento: interesse que nasceu do contato com a literatura na área	176
8.1.10	Dinâmica terapêutica	177
8.2	2A) PRESENÇA DE CRENÇAS E NORMAS DOS PROFISSIONAIS	178
8.2.1	Temas em números	178
8.2.2	Reflexão	178
8.2.3	Necessidade de diagnosticar o trauma: acreditar na necessidade de antemão de um diagnóstico do trauma	179
8.2.4	Obrigação do uso da língua local: exigência de comunicação numa língua imposta	180
8.2.5	Não existência de especificidade nesse grupo: acreditar que não existe peculiaridade mesmo se requer escuta específica	181
8.2.6	O valor do grupo de terapeutas: um formato que pode oferecer uma escuta específica	182
8.3	2B) SOBRE A FORMAÇÃO PARA ATENDER ESSE GRUPO	183
8.3.1	Temas em números	184
8.3.2	Reflexão	184
8.3.3	Não especificidade de formação: não reconhecimento da necessidade de formação específica	185
8.3.4	Além de uma formação específica: reconhecimento da importância de um preparo	185
8.3.5	Busca de formação por iniciativa própria: reconhecimento da necessidade de realização de formação específica	186
8.4	3 – EXPERIÊNCIA DO TERAPEUTA E SEUS IMPASSES – <i>INSIGHTS</i> GERAIS SOBRE A PRÁTICA NESSE CAMPO	188
8.4.1	Temas em números	189
8.4.2	Reflexão	190
8.4.3	Acolhimento como aposta para um laço: oferta de um possível ponto estável	190
8.4.4	Angústia do alcance das intervenções: problematizar e gerenciar limites	192
8.4.5	Estabelecimento de limites às demandas: um exercício necessário	194
8.4.6	Teste de possibilidades: implicações no setting, na escuta e na intervenção	195
8.4.7	Oferta de uma escuta enquanto convite à fala: criação de uma demanda	196

8.4.8	A complexa relação com a língua: ela como instrumento, ela na interação, ela como afeto	197
8.4.9	Navegar dentre as condições institucionais: o migrante, o funcionário e o terapeuta	200
8.4.10	Precariedade do serviço voluntário: um cenário comum	201
8.5	3B) MANEJO CLÍNICO: GERENCIAMENTO E SUPERAÇÃO DOS IMPASSES	201
8.5.1	Temas em números	202
8.5.2	Reflexão	202
8.5.3	Necessidade de dar lugar à palavra: fazer desse seu espaço	202
8.5.4	Problematizando o referencial: oferta de uma escuta que renuncia a um saber pressuposto sobre o outro	204
8.5.5	Desafio da resistência: o exercício de reformular	206
8.5.6	Interpretação cultural: contextualizando as novas realidades	207
8.5.7	O manejo da língua – gerenciando impasses	209
8.6	3C) EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE - OBSERVAÇÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE NA CULTURA E NA CLÍNICA	210
8.6.1	Temas em números	210
8.6.2	Reflexão	211
8.6.3	Descoberta do racismo: uma nova representação de si	211
8.6.4	Dificuldade de adaptação: um estado de melancolia	212
8.6.5	Disputa com locais: a escassez de recursos	212
8.6.6	Vulnerabilidade compartilhada: o ciclo das violências	213
8.6.7	Um processo de cuidado: a percepção da proposta terapêutica	214
8.7	3D) SAÚDE MENTAL - OBSERVAÇÕES SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL - ESTRATÉGIAS, BUSCA DE AJUDA, ESTIGMAS E PADRÕES	215
8.7.1	Temas em números	215
8.7.2	Reflexão	216
8.7.3	Respeito ao tempo do trauma: os desafios da nova realidade	216
8.7.4	Apelo do sofrimento: o sintoma como estratégia	218
8.7.5	Psicoeducação necessária: uma estratégia para reconhecer o sofrimento.	219
8.7.6	Ato clínico: o potencial de uma escuta ético política	220
8.7.7	A língua não é impedimento: há sempre algo que se perde	221
8.7.8	Reconhecendo prioridades: as urgências apontadas	222
8.8	4 – EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE – A PRÁTICA CLÍNICA E SEUS DESAFIOS PARA O MIGRANTE NA PERSPECTIVA DO TERAPEUTA	224
8.8.1	Temas em números	225
8.8.2	Reflexão	225

8.8.3	Sofrimento na cultura; um lugar condicionado	225
8.8.4	O que a instituição oferece faz apelo para muitos: uma articulação com as necessidades	227
8.8.5	Busca de recriar familiaridades: estratégias no novo território	228
8.9	4B) SUPORTE E EFEITO - COMO O MIGRANTE PERCEBE O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO E ADERE A ELE (ALÍVIO, SUCESSO, ESTAGNAÇÃO, INSATISFAÇÃO NA TERAPIA)	229
8.9.1	Temas em números	229
8.9.2	Reflexão	229
8.9.3	Movimento de aceitação do processo clínico: os sinais do engajamento	230
8.9.4	Compartilhando o reconhecimento do espaço terapêutico: a efetividade da intervenção.	230
8.9.5	Compartilhando de sua cultura: uma equivalência simbólica	231
8.10	4C) COMO O MIGRANTE NAVEGA NA NOVA CULTURA – DINÂMICAS QUE APONTAM PARA A FORMA COMO OPERAM CONFLITOS E COESÕES ENTRE CULTURAS	231
8.10.1	Temas em números	232
8.10.2	Reflexão	232
8.10.3	Intolerância: do outro e com o outro	232
8.10.4	Empatia seletiva: uma experiência para poucos	233
8.10.5	Ausência na clínica: um sinal de integração?	234
8.10.6	Mediação de conflitos: a ameaça da cultura outra	235
8.11	LISTA DE TEMAS, SUBTEMAS E SUA FREQUÊNCIA	236
9	DISCUSSÃO	238
9.1	PRIMEIRO MOMENTO DA DISCUSSÃO	252
9.2	SEGUNDO MOMENTO DA DISCUSSÃO	255
9.3	O TERCEIRO MOMENTO DA DISCUSSÃO	263
9.4	QUARTO MOMENTO DA DISCUSSÃO	268
9.5	CONCLUSÃO	279
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	288
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	296
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS INSTITUCIONAIS	313
	APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	317
	APÊNDICE B - CODE BOOK	319
	APÊNDICE C - RESUMO DAS CATEGORIAS	321
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	329

APRESENTAÇÃO

Nasci na cidade da Praia, em Cabo Verde, um arquipélago de ilhas a aproximadamente 630 km da costa senegalesa, que fica a 3006 km da costa brasileira e a 2340 km de Portugal. A posição estratégica do país o coloca na história como plataforma giratória para onde milhares de pessoas eram trazidas do continente africano para serem levadas como escravos para as Américas.

Cabo Verde foi, de certa maneira, o epicentro do comércio triangular. Nessa triangulação, os cativos eram misturados e com eles suas línguas, causando a perda de sua capacidade de se comunicar, de preservar suas culturas e, em algum momento posterior, de eventualmente se organizarem. A miscigenação é uma das características evidentes do povo que habita nove das dez ilhas do arquipélago. No país fala-se kriolu¹. Português é a segunda língua, mesmo esse sendo o idioma oficial do país, colonizado por Portugal. Kriolu é a língua falada na grande maioria das casas e português é estudado quando do ingresso no ensino fundamental.

Cada uma das línguas tem seu território, porém uma pode aparecer no espaço da outra em contextos específicos ou por mútuo acordo entre os falantes. Português é a língua falada na televisão, nos jornais, nas escolas com o professor, é a língua da autoridade e que denota ao falante um determinado lugar, o direito ao reconhecimento. Kriolu é falado nas ruas, no mercado, com o colega de escola, nas atividades informais. A ele é atribuído também o lugar das obrigações, dos afazeres. É uma língua dinâmica, no sentido em que ela acompanha muitos momentos com o que há de ancestral na cultura. No país nem todos falam português, muitos pelo fato de não terem frequentado a escola. Somente os que foram alfabetizados tiveram a possibilidade de aprender aquela que hoje é considerada a língua oficial.

O país é um território independente desde 5 de julho de 1975, tempo em que as lutas armadas o libertaram oficialmente da ocupação portuguesa. Meu pai foi chamado a participar dessa luta armada e a juntar-se com alguns poucos que integraram o exército de rebeldes que lutaram em Guiné Bissau contra seus

¹ Em Cabo Verde fala-se crioulo ou *krioulo*, nome dado pelos habitantes à língua nativa do país. Português foi o idioma trazido pelo colonizador português e hoje é reconhecido como idioma oficial. Neste trabalho, optei pela grafia local *kriolo*, onde há a supressão do /u/, em conformidade com o falar nativo.

compatriotas, obrigados a defender o país colonizador. Dentre aqueles que não conseguiram ou quiseram fugir, havia os que se recusavam e acabavam presos e sendo torturados. Minha mãe, como outras mulheres, também resistia à dominação e colaborou de diferentes formas. Ambos se conheceram quando a guerra já tinha acabado, no tempo em que se festejava a independência. Casaram-se e tiveram duas meninas, minha irmã mais velha, que nasceu em 1976, apenas um ano após a Independência, e eu. Depois de três anos e um divórcio conturbado, minha mãe foi morar com meus avós. Naquele tempo, a vida na cidade da Praia para uma mulher divorciada era difícil, e a faziam passar por interrogatórios semanais e abusos de várias ordens.

Em 1985, minha mãe conseguiu planejar nossa fuga do país, que se desenrolou como um roteiro de um filme de ação. Ela nos acordou às três horas da madrugada dizendo que viajaríamos para Portugal. Naquela época o aeroporto internacional ficava na Ilha do Sal, portanto para nós, que morávamos na Ilha de Santiago, era necessário pegar um primeiro avião antes daquele que usaríamos para deixar o país. Foram horas cujos detalhes me recordo com precisão, pois foram esses acontecimentos que me tornaram uma migrante, resultado de uma migração forçada, sem poder de decisão por ser uma criança, sendo o ponto de início de um percurso que ainda hoje é marcante em minha trajetória. Depois de apenas uma semana em Portugal minha mãe nos deixou sob a responsabilidade de uma tia próxima que cuidaria de nós nos seis meses seguintes, após os quais finalmente nos reunimos em Roma.

Relato minha história porque foi a partir de minha desterritorialização que minha identidade tomou forma, e com ela foram construídos um olhar e escuta para uma realidade: a do estrangeiro, que se refere à possibilidade de ocupar uma posição, uma perspectiva (GEBRIM, 2018, p.16), que também produz angústia. Trata-se de um lugar que ocupamos em diferentes momentos em nossas vidas e que pode, para alguns, tornar-se uma condição perene, determinada pelo espaço que é possível ocupar.

Durante o tempo que permaneci em Portugal, deixei de falar com minha mãe, talvez como resultado de um sentimento de perda de todo referencial. Depois de seis meses, segui para Roma, para uma Itália arrasada no pós-guerra, sem o mesmo poderio político e econômico de antes. Um país que se debatia com a herança deixada pelo regime fascista e lutava para firmar sua jovem

democracia, na qual espaços de debates sobre a diversidade populacional no território não eram comuns.

Morávamos em um bairro que sempre foi motivo de orgulho para uma boa parte de seus moradores e que era fruto do projeto arquitetônico de Benito Mussolini. Na escola, eu e minha irmã éramos as únicas crianças negras e nos tornamos um desafio e um projeto de integração para nossas professoras, que tentavam nos ajudar a aprender a cultura italiana. De maneira progressiva e devido aos seus esforços e ao convívio, a cultura do país em que me encontrava acabou se tornando parte da minha. E mesmo falando italiano como uma romana e conhecendo os costumes e os hábitos locais, ainda assim, no olhar das outras crianças havia um estranhamento da minha persona, sentimento bem perceptível para aqueles que foram olhados de tal forma.

Em casa, minha mãe sempre falou português e minha irmã e eu respondíamos em italiano, assim cada língua foi conquistando seu lugar de exercício de afetos. No final da adolescência, entendia-me como romana, convivia com pessoas de origens diversas: etíopes, colombianos, venezuelanos, cabo-verdianos, angolanos, moçambicanos, franceses, entre outros; que, como eu, cresceram e se tornaram a expressão das negociações possíveis com sua cultura familiar.

Passei um terço de minha vida nessa cidade e, aos 19 anos retornei à Praia, de onde, após quase três anos, saí para estudar Psicologia no Brasil com o intuito de construir minha formação universitária. Tanto na Praia quanto em Curitiba, cidade na qual estudei, a língua passou a ser uma experiência cotidiana de aprendizado e reconhecimento. Havia, em relação ao crioulo, uma familiaridade. Em pouco tempo fui capaz de resgatar a fluência para me comunicar numa espécie de reencontro com algo que nunca havia se perdido. Crioulo é o idioma do país, uma mistura entre a língua do colono e do colonizador, que em Cabo Verde teve a influência do português. Portanto uma língua que também é a herança viva da colonização.

O Brasil estabeleceu relações de cooperação com outros países, cuja língua oficial é português. Assim, comumente espera-se que todos os falantes vindos desses países tenham fluência nesse idioma, dispensando-se qualquer adaptação linguística prévia. Quando iniciei meu curso na Universidade Federal do Paraná (UFPR), meu modo de falar denunciava minha estrangeiridade. Na

redação dos trabalhos acadêmicos me era exigido o domínio da estrutura e construção gramatical do português brasileiro, uma fluência na escrita, mas também cultural. De modo que, a essa altura, ficava cada vez mais claro para todos os envolvidos que havia uma diferença entre os falares, embora o português fosse a língua padrão, que ligava de forma fraterna os países colonizados por Portugal. A língua portuguesa que eu conseguia falar era o resultado da convivência com minha mãe, que sempre fez questão de falar esse idioma para que pudéssemos nos comunicar mais tarde por ele. O fato de eu nunca ter estudado a gramática dessa língua tornava difícil minha comunicação em português brasileiro, porque minha tendência era a de uma tradução da estrutura do italiano.

Enquanto não falasse, eu era percebida como mulher negra brasileira com todas as implicações que dizem respeito a esse lugar. Implicações que aprendi com o tempo quais eram e que, na repetição das experiências, capacitava-me a antecipar o desfecho de determinadas situações. Como estrangeira, podia ser melhor aceita em muitos contextos do que sendo brasileira. O tratamento mudava consoante à expectativa ou à revelação. Tratava-se de uma identidade em construção na relação social, que se organiza na interação com os outros, conforme Barth (1976, p.15).

Foi no curso de Psicologia que aprendi as primeiras noções de psicanálise e a ideia de que somos impulsionados mais pelo que não sabemos do que pelo que acreditamos saber. Uma representação dessa noção é apresentada por Freud (1939, p.170), numa analogia com os icebergs, apontando para a construção de um sujeito que possui um acesso limitado a si mesmo e às razões pelas quais faz determinadas escolhas. Como escreve Salman Rushdie, em *The Golden House* (2017, p.126, tradução nossa): "Somos icebergs. Não quero dizer que somos frios, apenas que a maioria de nós está abaixo da superfície e é essa parte oculta que pode afundar o Titanic".²

Desde o início de minha prática clínica, comecei a atender migrantes e expatriados que viam em minha expertise em alguns idiomas a possibilidade de serem atendidos em suas línguas maternas, foi que migração, língua e

² "Nous sommes des icebergs. Je ne veux pas dire que nous sommes froids, simplement que la plus grande partie de nous-mêmes se trouve sous la surface et que c'est cette part cachée qui peut couler le Titanic."

psicanálise passaram a organizar minha escuta, meu interesse e direção como pesquisadora e profissional da clínica. Esse momento, no entanto, foi se construindo ao longo de minhas experiências de deslocamentos, laços e compartilhamentos durante os quais pude reconhecer o lugar de estrangeiro. Em 2013, ainda em Curitiba, concluí a pesquisa de mestrado em clínica pela UFPR, na qual investigava a experiência de estudantes vindos de países de língua oficial portuguesa vinculados a programas de ensino superior na cidade. Deles buscava entender como a condição de estrangeiro atravessava sua vivência em Curitiba, e sobre sua experiência com a língua portuguesa. Ao longo dos últimos 14 anos de prática clínica, continuei a receber em meu consultório migrantes e expatriados. As demandas de atendimento passaram a ser quase exclusivamente dessa ordem.

Nessa prática passei a me interessar pela experiência dos refugiados e migrantes forçados, tendo participado em algumas ocasiões de coletivos cujo objetivo era o desenvolvimento de uma rede de atendimento psicossocial na cidade de Curitiba. A chegada dos haitianos, fomentou discussões e iniciativas em torno da diversidade na cidade e as possibilidades de acolhimentos. Os haitianos não são considerados refugiados por não se enquadrarem nas características que definem essa condição, que diz respeito a uma ameaça a sua integridade em função de perseguição política ou religiosa, por exemplo. Minha experiência com migrantes se deu de maneira informal no acompanhamento pontual de alguns casos.

Nesse mesmo ano, mudei-me mais uma vez de cidade. No Rio de Janeiro, ingressei em 2017 no Programa de Doutorado em Psicossociologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob a orientação do Professor Dr. Mohammed ElHajji. Em 2018, uma nova mudança me levaria a morar fora do Brasil, nos Estados Unidos da América, na cidade de Mineápolis. Local onde fui acolhida pela Professora Dra. Elizabeth Weiling, que se dispôs a me dar um lugar de escuta e troca acadêmica. Ambos os professores têm como objeto de estudo e de pesquisa as produções psíquicas e sociais de migrantes forçados e refugiados. Nessa nova cidade passei a realizar meu projeto e pesquisa de doutorado.

Esta tese é o resultado da tensão existente entre uma experiência vivida e a observação do impacto das migrações sobre aqueles que as empreendem,

pois o tempo todo estive num espaço criado à força para manter laços com aqui e lá. Neste trabalho, assumo o desafio epistemológico-metodológico de ser, ao mesmo tempo, sujeito de pesquisa e parte do objeto de estudo, o que implica na questão do distanciamento, em paralelo ao acúmulo de experiências pessoais como migrante e terapeuta, o que aprimora o conhecimento do fenômeno estudado. Esse desafio é também uma das forças desta tese, na medida em que de um lado fala de minha subjetividade, como sujeito migrante, de ter experimentado diferentes processos migratórios. Por outro, fala da experiência de ter tratado profissionalmente, como sujeito terapeuta, em terapias distintas, diferentes tipos de migrantes no Brasil.

Esta pesquisa toma como objeto a prática clínica do terapeuta que, nesse contexto, vêm construindo uma experiência, uma prática e um saber. É do terapeuta a voz primordial, ao mesmo tempo que ela fala da questão desses sujeitos migrantes, do que ela capta de suas narrativas e presenças. Também entrevistamos dois migrantes refugiados e tais entrevistas foram incluídas para que sejam exemplos de histórias de vida e assim, de alguma forma, as vozes daqueles que migraram tenham lugar nesse trabalho. A voz do migrante ainda ganha espaço na minha própria experiência enquanto migrante e na voz emprestada de terapeutas. Certamente não são as mesmas experiências as vividas por mim enquanto migrante ou aquelas que aparecem nos relatos desses terapeutas, porém representam a multiplicidade de cenários.

Neste trabalho nos propomos percorrer “A experiência de terapeutas em sua escuta de pessoas forçadas a migrar. Contribuições para a psicossociologia de Comunidades”. É por meio delas que buscamos as direções para compreender um pouco mais sobre sua complexidade. Terapeutas que assim como eu se dispõem a se engajar em um território outro que se organiza e que, na migração, permite o encontro de dois para se falar de um. Espaço no qual se dá um encontro entre o terapeuta e o outro, e a criação da possibilidade de uma fala que cura. Isso em um *setting* terapêutico possível, tendo em vista o cenário imposto pela escassez de programas públicos amplos e consolidados dirigidos aos imigrantes, cujo número aumenta a cada dia e que deve seguir em alta, em decorrência dos desdobramentos das crises e conflitos em que diferentes territórios vivem. Uma crise que é também moral, que impede que se dê

acolhimento ao outro independentemente de sua origem, cor, credo ou identificação sexual.

Aqui, nesta tese, o desafio consiste em alinhar a escuta da terapeuta à observação da pesquisadora, do cenário no Brasil e nos Estados Unidos, as diferentes abordagens clínicas e minha orientação psicanalítica para que as amarrações permitam delimitar o objeto. Desses terapeutas quisemos também saber como pensam as possibilidades do fazer clínico e político para melhorar o que já está se fazendo e o que ainda precisa ser feito.

O termo “político” foi empregado aqui para indicar a possibilidade e o poder que as vozes dos terapeutas têm. Político é também todo o ato que visa o restabelecimento do laço social. Aqui a voz dos terapeutas assume outro objetivo diante das vozes dos migrantes, frequentemente silenciada. Ela tem a possibilidade de poder exigir para essa população que propostas e intervenções tornem o acolhimento uma oportunidade de reconstrução da independência perdida. Seu ato, além de político, é também responsável e ético, conceitos que vão ser aprofundados no capítulo sobre a metodologia de análise das narrativas. A ética a qual me refiro é a da escuta da psicanálise. Trata-se da ética do desejo do sujeito, aquela que não responde às demandas institucionais nem à moral de uma sociedade ou sistema, mas é o próprio fundamento absoluto da existência do ser humano. Ela se funda no princípio da responsabilidade irrecusável que todo sujeito tem perante outro, conforme propõe a lógica leviniana (LEVINAS, 2000).

A clínica é pensada aqui enquanto prática ético-política (ROSA, 2004), ela tem uma narrativa própria. Do mesmo modo, a pesquisa. Trata-se aqui de uma intervenção que mobiliza uma responsabilidade mais além. Neste sentido, trazer os impasses, violências, condições políticas que surgem nesse campo tem o intuito de problematizá-los.

1 INTRODUÇÃO

“- Você avança com a cabeça voltada para trás? – ou então: – O que você vê está sempre às suas costas? – ou melhor: – A sua viagem só se dá no passado? Tudo isso para que Marco Polo pudesse explicar ou imaginar explicar ou ser imaginado explicando ou finalmente conseguir explicar a si mesmo que aquilo que ele procurava estava diante de si, e, mesmo que se tratasse do passado, era um passado que mudava à medida que ele prosseguia a sua viagem, porque o passado do viajante muda de acordo com o itinerário realizado, não o passado recente ao qual cada dia que passa acrescenta um dia, mas um passado mais remoto. Ao chegar a uma nova cidade, o viajante reencontra um passado que não lembrava existir: a surpresa daquilo que você deixou de ser ou deixou de possuir revela-se nos lugares estranhos, não nos conhecidos. Marco entra numa cidade; vê alguém numa praça que vive uma vida ou um instante que poderiam ser seus; ele podia estar no lugar daquele homem se tivesse parado no tempo tanto tempo atrás, ou então se tanto tempo atrás numa encruzilhada tivesse tomado uma estrada em vez de outra e depois de uma longa viagem se encontrasse no lugar daquele homem e naquela praça. Agora, desse passado real ou hipotético, ele está excluído; não pode parar; deve prosseguir até uma outra cidade em que outro passado aguarda por ele, ou algo que talvez fosse um possível futuro e que agora é o presente de outra pessoa. Os futuros não realizados são apenas ramos do passado: ramos secos. – Você viaja para reviver o seu passado? – era, a esta altura, a pergunta do Khan, que também podia ser formulada da seguinte maneira: – Você viaja para reencontrar o seu futuro? E a resposta de Marco: – Os outros lugares são espelhos em negativo. O viajante reconhece o pouco que é seu descobrindo o muito que não teve e que não terá.” – Ítalo Calvino, *As cidades invisíveis*

O fenômeno migratório, suas representações e efeitos têm despertado o interesse de pesquisadores, teóricos, bem como da sociedade civil em função das reorganizações que um encontro entre diferentes culturas produz nos sujeitos envolvidos.

As migrações internacionais constituem um cenário amplo ao qual os refugiados pertencem juntamente aos migrantes por motivos econômicos, apátridas e asilados. Diferente dos migrantes voluntários, o refugiado ou solicitante de refúgio, aquele que ainda aguarda o reconhecimento de sua condição legal, é alguém que foi obrigado a deixar seu território em função de uma ameaça à própria vida (CASTLES, 2002, 1152). Pertencem a uma categoria mais ampla que inclui todos aqueles que foram forçados a migrar independentemente do estatuto jurídico no qual são enquadrados.

As razões que levam alguém a migrar são diferentes e elas parecem incidir diretamente na experiência do indivíduo. A arbitrariedade, a escolha, as oportunidades, a origem, a classe social, o nível de escolaridade, o país de

acolhimento, o gênero e a cor da pele estão implicados e tecem cenários únicos que têm impacto direto na saúde mental daquele que migra.

Categorias definem e de certa maneira hierarquizam as mobilidades. De forma um tanto perigosa elas carregam sentidos que rapidamente permitem aos desavisados identificar uma certa identidade atribuída a ela. Estas formas por meio das quais se designa – mas que não capturam todas as dimensões – aqueles para os quais esta tese é dedicada, em última instância, e que atualmente constituem uma multidão de indivíduos que atravessam mares e cruzam fronteiras para permanecerem vivos e terem acesso a oportunidades são:

“Migrantes, refugiados, solicitantes de refúgio, imigrantes, exilados, deslocados internos, imigrantes econômicos, menores desacompanhados, refugiados ambientais, migrantes regulares, migrantes irregulares, clandestinos, errantes, viajantes, párias, apátridas, imigrantes indocumentados, sem papéis, imigrantes ilegais, devolvidos, retidos, repatriados, reassentados, retornados.” (GEBRIM, 2018, p. 35)

É também por meio da palavra e pela intervenção dos terapeutas que os acolhem na clínica que suas narrativas ganham sentido. Entretanto reconhecemos que essa não é a única possibilidade para esta população. É necessário levar em consideração que muito mais acontece fora da dimensão terapêutica. O recorte da relação terapêutica da dupla terapeuta-migrante refugiado é, portanto, uma das dimensões nas quais se organizam possibilidades para este sujeito. De acordo com Agier (2006, 197-215), tudo que vai gerar impacto direto na saúde mental daquele que migra, se trata de uma experiência compreendida e reconhecida como voz e não mais apenas como sofrimento. No entanto, acreditamos que existe uma construção, um saber fazer constituído na dinâmica do *setting* terapêutico que, quando compartilhado, pode ser referência para uns, os terapeutas, que conseqüentemente podem auxiliar a outros, os refugiados. O encontro da dupla terapeuta-migrante refugiado produz efeito recíproco, mas para além dele há também algo que se organiza nos coletivos. Esta é uma experiência que produz conhecimento, que alimenta tanto as possíveis iniciativas e reflexões no amplo campo psicologia, quanto nas redes comunitárias.

Quando tratamos do refugiado reconhecemos, no entanto, que essa é uma construção técnica, histórico-contextual, diante da qual é necessário

considerar que os indivíduos que pertencem a essa categoria mudam ao longo do tempo, assim como as representações e percepções construídas em torno deles e deste fenômeno, o refúgio.

Para Simmel (1906, p.402-408), o estrangeiro é aquele que chega e permanece, entretanto ele é certamente aquele que não pertenceu, desde o início, ao grupo. Ele não possui terra, não tem ponto fixo no espaço. Mesmo que a Organização Internacional para as Migrações (OIM) considere que essa condição é vivida por apenas 3% da humanidade, esse percentual não reflete a realidade, pois existem outras categorias de migrantes não levadas em conta.

A OIM (2019) define um migrante como qualquer pessoa que esteja se movendo ou tenha atravessado uma fronteira internacional ou dentro de um país, longe de seu local de residência habitual, independentemente do status legal da pessoa; seja o movimento é voluntário ou involuntário; não importando as causas do movimento ou a duração da estadia.

A OIM não considera filhos nascidos no país de acolhimento como migrantes, como são seus progenitores, aqueles que originalmente para ali migraram. Entretanto, em muitos países não é exercido o direito de solo, isto é, a cidadania não se adquire ao nascer dentro das fronteiras. Em muitos países, filhos de pais migrantes não gozam do reconhecimento dos direitos conferidos aos nacionais. Pessoas que, apesar de nunca terem migrado, têm sua cidadania negada, são consideradas migrantes no país onde nasceram por serem filhos de migrantes. Também os migrantes de retorno, aqueles que, após um longo período no exterior, retornam ao seu país de origem não entram nessa contabilidade.

Apesar das políticas migratórias cada vez mais restritivas, o fenômeno da migração apresenta crescimento constante, bem como as formas nas quais ele se articula. Segundo o último relatório da OIM, de 2019, além dos cerca de 272 milhões de migrantes, deve-se uma atenção psicológica, política, econômica e social especial, às pessoas e populações diretamente afetadas pelos fluxos migratórios, isso inclui as famílias e locais que são deixados para trás, como também todos aqueles que têm algum tipo de relação estreita com os principais atores da mobilidade humana, como os profissionais das diferentes instituições que acolhem e servem de abrigo.

Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), em seu último relatório sobre migrações, até junho de 2020 o número de deslocados chegou à 79,5 milhões, dos quais 29,6 milhões se tornaram refugiados e 4,2 milhões solicitantes de refúgio (ACNUR, 2019). Até 2017, dos países que mais receberam refugiados, cinco são de maioria islâmica e não figuram dentre aqueles que nos propomos a investigar ³.

É frequente encontrarmos referência a esse contexto como “crise humanitária”, sob o argumento dos efeitos que esses fluxos produzem no sujeito, no local de partida, no percurso e no lugar de chegada. Quando tratado predominantemente sob a perspectiva de crise, as intervenções e perspectivas a partir das quais elas se dão assumem, em certa medida, um caráter patologizante (GEBRIM, 2018, p.133).

As reflexões em torno dos desdobramentos do refúgio acontecem em diferentes níveis, no contexto político, econômico e social pelos reflexos que esse fenômeno tem em cada um deles. Quando essa população se encontra em países que ainda buscam estabilidade econômica e social e que não possuem infraestruturas capazes de acolher as demandas, o sistema já precário é disputado com os autóctones. Migrantes forçados são frequentemente vítimas de intolerância e ações que promovem retrocessos e violência, onde acolhimento e empatia seriam esperados. Quando esse acolhimento não leva em conta o contexto preexistente na sociedade de recepção pode-se ter uma expectativa fora da realidade social. Por exemplo, os que acreditam que o Brasil seja uma democracia racial se surpreendem com o racismo praticado contra os refugiados em várias instâncias, principalmente quando o migrante vem de um país africano. Um contexto em que se tornam frequentes as violações sistemáticas de direitos humanos que remontam ao tratamento praticado contra os escravos trazidos da África e que continuam na atualidade.

Os debates em torno do tema das migrações forçadas emergem a partir da Segunda Guerra Mundial, quando 40 milhões de pessoas se viram obrigadas a fugir em decorrência dos conflitos. É na perspectiva dos direitos humanos que o tema passa a ser reconhecido mundialmente, tornando-se preocupação

³ São eles: Turquia com 3,5 milhões, o Paquistão com 1,4 milhão, a Uganda com 1,4 milhões, o Líbano com 998.900, o República Islâmica do Irã com 979 mil, a Etiópia com 736 mil, a Jordânia com 664 mil, o Bangladesh 932.200, o Sudão com 906.600, Eritreia 480 mil e Burundi 383.298.

comum dos países aliados. Como desfecho de uma mobilização conjunta, firma-se em 1951, na Organização das Nações Unidas (ONU), um estatuto internacional para os direitos dos refugiados e cria-se o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), cujo intuito era criar soluções para os indivíduos nessas condições.

Entretanto, mesmo diante do reconhecimento da pessoa em condição de refúgio e da mobilização internacional em torno das ajudas necessárias, alguns grupos ainda permanecem fora dele e, portanto, privados de ajuda específica. Os que se deslocam em função das catástrofes ambientais ficam num limbo porque ainda não há um consenso quanto à conceituação de refugiados ambientais, por exemplo.

Novos fluxos migratórios entre continentes são descritos na década de 1960 quando, em decorrência dos processos de descolonização, populações partem dos continentes africano e asiático em busca de melhores condições de vida. Na América do Sul, foi a partir dos regimes ditatoriais que se inicia uma migração em massa, entre 1970 e 1980, com mais de 2 milhões de deslocados (ANDRADE, 1998, p.57).

O ano de 1984 marca a criação da Declaração de Cartagena, que amplia a definição de refugiado, passando a incluir nessa definição aqueles que haviam abandonado seu território em função da violação dos direitos humanos, da ausência de liberdades individuais, de segurança e risco de agressão e de vida devido a conflitos internos (ACNUR, 2014, p.2).

Na atualidade é a intensificação de diferentes formas de violência estrutural (FARMER, 2004, p.305-325) e do capitalismo global, que são apontados como origem dos deslocamentos em massa e fluxos migratórios de natureza forçada, bem como guerras, perseguições, desapropriação de terras e expulsão, destruição ambiental, aceleração das mudanças climáticas, entre outras.

No Brasil, os estudos que se propuseram a analisar o cenário do atendimento em saúde mental de refugiados foram conduzidos sobretudo à luz do olhar da psicologia (DEBIAGGI; PAIVA, 2004; DANTAS, 2012; KNOBLOCH, 2015), da psiquiatria (SANTANA, 2004; MEDEIROS et al., 2014), da psicanálise (ROSA et al., 2009; KOLTAI, 2000; FASSIN, 2012; WEISSMANN, 2016; GEBRIM, 2018;), da saúde coletiva (KNOBLOCH, 2015; GALINA et al, 2017;) e

da etnografia (AGIER, 2006; PEREIRA, 2018). Alguns autores relatam, por meio de suas práticas clínicas entre territórios diferentes, no emprego de outros idiomas e na constituição de *settings* alternativos, formas de acolher o sofrimento mental. Ainda há aqueles que apresentam e enfatizam a incidência de transtornos mentais nessas populações.

É reconhecido que os contextos que obrigam a migrar são realidades de muita violência que deixam no indivíduo as marcas dessa história. A exposição a violências e traumas, como os da tortura, são fatores associados ao desenvolvimento do TEPT, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, em português, (PTSD, *Pos Traumatic Stress Disorder*, segundo a *American Psychiatric Association*)⁴, além de depressão.

A partir da meta-análise de 181 estudos realizados nos Estados Unidos em 2014 por uma equipe de pesquisadores com mais de 80 mil refugiados reconhecidos de 40 países diferentes, constatou-se que há uma taxa de prevalência de 30,6% para TEPT e 30,8% para depressão (LINN et al. 1991, p.236-242) nessa população. As estimativas apontam que o percentual de refugiados que sofrem trauma em função da tortura oscilava historicamente entre 5% e 35%, e que mais recentemente essa incidência chega a 69% em algumas populações (BAKER, 1992, p.83-106; JARANSON et al., 2004 em SHANNON et al. 2014, p.443-457).

Além dos traumas sofridos no local de origem, muitos refugiados sofrem com outras formas de violência durante o trajeto e/ou no período de reassentamento em que a falta de recursos básicos e de segurança contribuem para a formação de um quadro de sofrimento mental (RASMUSSEN et al., 2016, p.1-10).

Segundo a ACNUR (2019, p.9), a população em situação de refúgio pode apresentar diversos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas, que geram quadros de depressão, ansiedade, psicose agudas ou crônicas, insônia, entre outros.

⁴ O TEPT é um transtorno psiquiátrico que pode ocorrer em pessoas que sofreram ou testemunharam um evento traumático, como um desastre natural, um acidente grave, um ato terrorista, guerra/combate, estupro ou outra agressão violenta. (Tradução livre). Disponível em <<https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>>. Acesso em 06.jan.2019.

Os traumas vividos, fonte de sofrimento, necessitam de um espaço de escuta e de intervenção direcionada. A violência na trajetória dos migrantes forçados pode levar a formação de um quadro de sofrimento mental. É também diante deste reconhecimento que precisa existir uma escuta responsável e ética. Nesse sentido o fazer profissional dos agentes que atendem os refugiados é atravessado pela ausência de políticas públicas migratórias.

1.1 OBJETIVO GERAL

Neste percurso nos propomos registrar as experiências e os arranjos que os terapeutas que atuam junto a populações forçadas a migrar, reconhecidas ou não, realizam durante suas intervenções. Para tanto trazemos o relato de suas clínicas. Desse contexto buscamos entender qual o sentido que se atribui à experiência. Ela confronta o terapeuta com um novo, diante do qual é necessário estabelecer outras formas de operar. Para estabelecê-las ele precisa poder oferecer uma escuta responsável e ética. Vale destacar que existem filtros que atravessam toda a escuta. Essa escuta permite a construção de uma história. Quando o relato dos fatos de uma história se dá de acordo com uma conjuntura sem passar pelo crivo da ética, nos distanciamos de uma certa neutralidade. A ética, portanto, é decisiva na escuta tanto para as intervenções como ainda na construção do que esse informante, o terapeuta, irá dizer sobre as experiências desses migrantes. Quando o intuito é dar voz aos silenciados, migrantes forçados e refugiados, esse profissional precisa estar disposto a abrir mão de seu arcabouço cultural e, com base numa reflexão, estabelecer estratégias para sua intervenção.

Seu fazer, frequentemente atravessado pelos efeitos da ausência de políticas públicas migratórias, deve poder ajudar o outro no endereçamento de uma demanda clínica propriamente dita. Nesse contexto o que nos interessa é entender como suas experiências modificam as estruturas de significados e conferem uma nova perspectiva que é a possibilidade de estabelecer esse caminho terapêutico. Para este feito nos apoiamos na Teoria da Aprendizagem Transformativa que ajuda a revelar as transformações que ocorrem a partir das relações sociais.

Note-se que este não se propõe um trabalho comparativo, mas a exposição das realidades presentes em dois países distintos que se assemelham em alguns aspectos. Ao longo deste trabalho foram observadas algumas similaridades nesses dois territórios que produzem efeitos específicos, pois cada país possui um formato específico para acolher as populações em situação de refúgio e suas demandas. Ambos são países que devem sua formação atual ao trabalho dos migrantes que ocuparam terras de indígenas, por exemplo.

A depender de como se configura cada Estado, se sua prioridade for a segurança nacional, por exemplo, afirmará que o migrante/refugiado é sempre uma ameaça. Esse formato varia desde a maneira como a solicitação pode ser submetida até a extensão do auxílio prestado, sua duração e esferas em que se propõe intervir. Cada formato determina as propostas de intervenção. Essas, por sua vez, apontam de certo modo para o lugar que o outro, o estrangeiro, ocupa na sociedade que o recebe.

Por meio desta pesquisa escolhemos observar as realidades de dois países, Brasil e Estados Unidos. No entanto, concentraremos nossas reflexões no primeiro pelo fato de a migração transnacional tratar-se de um fenômeno recente que, mesmo diante das condições geopolíticas, com suas dificuldades econômicas e sociais, ainda é uma opção para muitos migrantes provenientes de países vizinhos ou distantes. Ainda que o Brasil não tenha uma política migratória formal e nem confira vistos com essa finalidade, o país recebe um número significativo de pessoas tanto de países vizinhos como Venezuela e Colômbia, quanto de outros mais distantes, como do continente africano ou do Oriente Médio. Ademais, esse é também o país no qual a pesquisadora realizou 15 anos de sua prática terapêutica, desde o início realizando atendimento de migrantes, fossem suas histórias de migração forçada ou não, sendo ela mesma uma.

A escolha dos Estados Unidos se deu por se tratar de um país com um longo histórico de acolhimento de refugiados, além de ser o local onde a pesquisadora reside atualmente. Esse país possui uma política migratória consolidada, onde há serviços organizados e contabilização de efeitos econômicos dessa presença em seu território. Entretanto, como veremos mais

adiante, esta realidade mudou drasticamente durante o Governo de Trump, em razão de cortes importantes no número de pessoas admitidas no território.

Em cada um desses países, há terapeutas e psicólogos com formações distintas que atendem a essas populações. Nos Estados Unidos os assistentes sociais fazem parte dos profissionais da saúde mental que atendem essa população. No Brasil, um número significativo deles opera a partir de um referencial teórico psicanalítico que habilita profissionais de outras formações a operar no campo da saúde mental.

No Brasil, a política de saúde mental está ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Tanto o SUS quanto o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) estão previstos na Constituição de 1988 como direito universal de atendimento. Os assistentes sociais brasileiros e estadunidenses têm formações muito diferentes. Os brasileiros são formados para atuar lidando com relações sociais, com uma grade curricular que lhes possibilita visualizar a fronteira onde existe a necessidade de intervenção de psicólogos, para quem então encaminham para o tratamento terapêutico (INOUE, 2013). Nos EUA, pela própria formação liberal e funcionalista, esses profissionais fazem intervenções terapêuticas e ajustadoras. No Brasil o Ministério da Saúde atribui um assistente social para cada 5 mil famílias. Em uma Clínica Psiquiátrica estadunidense, tanto para assistentes sociais quanto para psicólogos, a proporção é de 19 famílias ou até 31 crianças para cada profissional, de acordo com a Associação Nacional de Serviço Social (NASW, 2004, p.15, 2013).

Nos Estados Unidos, a teoria sistêmica é o referencial teórico que prevalece, juntamente com a abordagem behaviorista – formas de abordar clinicamente esse outro em sofrimento psíquico numa perspectiva transcultural. Profissionais como assistentes sociais ou terapeutas são habilitados para intervir. Em ambos os países a saúde mental não é um campo de manejo exclusivo do psicólogo.

No Brasil, o cenário do refúgio inicia formalmente na década de 1950, quando o país assume os compromissos propostos pela ACNUR que regulamentam a aceitação e proteção dos refugiados na Convenção de 1951, em Genebra, e no Protocolo de 1967. Esse compromisso é o resultado de uma primeira tentativa fracassada da Liga das Nações que, em 1919, reagiu aos

conflitos da Primeira Guerra Mundial com a assinatura de um acordo de paz, quebrado em 1939.

Acontecimentos da Segunda Guerra Mundial, como o Holocausto, junto ao fracasso das tentativas de paz da Primeira Guerra Mundial, reforçam a necessidade de se universalizar os direitos humanos para além dos interesses de cada Estado-nação. Esse compromisso foi assumido por diferentes países que buscavam evitar que novos conflitos e catástrofes humanitárias atingissem seus territórios.

Entre o momento em que aderiu ao acordo e aquele em que se implantou políticas efetivas de acolhimento, passaram-se 20 anos. Foi entre o fim de 1970 e início de 1980 que o país recebeu formalmente os primeiros refugiados em seu território (BARRETO, 2010, p.1-10). No entanto, esse novo fluxo migratório que no Brasil perfaz a população atendida pelos psicólogos, psicanalistas e terapeutas que são objeto desta investigação, diz respeito a um fluxo que tem seu início registrado em 2011. Nesse ano registrou-se grande alta de pedidos de refúgio, quase 300%, e mais, e que até 2018 representavam um universo de mais de 80 mil solicitações⁵.

Com poucos funcionários para analisar os processos, respostas às solicitações de refúgio levam atualmente cerca de dois anos após a data de entrada do pedido por parte do migrante. Esse grupo é composto principalmente por pessoas oriundas de países do hemisfério sul. E a maioria delas concentra-se nos estados de Roraima, São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná.

O Brasil é um país de migrantes e que, mesmo com uma grande diversidade, conserva uma sociedade hierarquizada (SEYFERTH, 1996, p. 41-58). O fato de termos uma diversidade étnica expressiva reforçaria a ideia de que teríamos uma democracia racial no Brasil. Isto é amplamente contestado, pois o que temos é uma hierarquização racial, conforme nos afirma Seyferth (1996, p.41-58). Ainda assim, existe pouca literatura e estudos que documentem detalhadamente os processos e efeitos dessa migração em seu território no que se refere à saúde mental. Com o panorama atual das migrações forçadas, o interesse pelo tema tem aumentado, sendo cada vez mais numerosas as

⁵ Os venezuelanos representam 77% desse total, somando 61.681 pedidos; (ACNUR, 2018). Foram reconhecidos em dezembro de 2019 17 mil pessoas tornando-se o país da América Latina com o maior número de refugiados venezuelanos com o total de 37 mil (ACNUR, 2019).

pesquisas tendo como foco essa população. O que existe é uma bibliografia monumental do longo e tenebroso passado escravagista de africanos no território, “mão-de-obra” que construiu as riquezas do país.

Nesse contexto destaca-se o papel da Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP), fundada em 1968 em parceria com o Comitê Nacional para Refugiados (Conare)⁶ e a ACNUR⁷, no apoio aos refugiados e solicitante de refúgio residentes nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e, mais recentemente, no estado de Roraima. A Cáritas é uma instituição religiosa que acaba assumindo o que constitucionalmente o Estado deveria fazer. Os papéis de ambos estão estabelecidos e reconhecidos, resultando numa certa naturalização do papel que cada um desempenha. Nas grandes capitais nas quais opera a Cáritas possui estrutura e orçamento para esse fim. No entanto, por restringirem o acolhimento apenas àqueles que se enquadram dentro do estatuto de refugiado, muitos outros migrantes forçados deixam de receber acolhimento, atenção e auxílio.

Essas organizações atuam auxiliando solicitantes de refúgio com orientações jurídicas e atendimento em serviços básicos de moradia, saúde e alimentação, sobretudo por meio de parcerias, como é o caso, por exemplo, da parceria com o Arsenal da Esperança e a Missão Paz, que acolhem refugiados, e do Serviço Social do Comércio (SESC), que subsidia parte do valor de refeições consumidas em suas unidades.

No entanto, chama atenção que se deixe aos cuidados de instituições religiosas algo que deveria ser de responsabilidade do Estado do acordo com Constituição de 1988.

“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes” e os ratificando inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à igualdade” (BRASIL, 1988).

⁶ O Comitê Nacional para os Refugiados é um órgão colegiado, vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, que delibera sobre solicitações de reconhecimento da condição de refugiado no Brasil. Suas competências e composição estão definidos no art. 12 da Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. <<https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/conare>>.

⁷ A ACNUR, Agência da ONU para Refugiados, foi criada em dezembro de 1950 por resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas. Iniciou suas atividades em janeiro de 1951, com um mandato inicial de três anos para reassentar refugiados europeus que estavam sem lar após a Segunda Guerra Mundial. Seu trabalho tem como base a Convenção de 1951 da ONU sobre Refugiados. <<https://www.acnur.org/portugues/historico/>>.

Os Estados Unidos são um país de migrantes assim como o Brasil, no entanto têm histórico mais antigo de acolhimento de refugiados, bem como possuem numerosos estudos e programas desenvolvidos para essa população. Desde o início dos anos 1970 mais de três milhões de refugiados foram reassentados no país (ACNUR, 2019). Mas o número de reassentamentos vem baixando, em resposta aos vetos aplicados a países específicos, definidos pela política americana do governo Trump. Enquanto em 2012 foram 58.236 refugiados reinstalados no país, fugindo de guerras e conflitos políticos; em 2018 esse número não passou de 22.900, e em 2019 totalizou 14.808 migrantes. Ou seja, o contexto geopolítico traça o perfil e determina o aumento ou diminuição do número daqueles que migram⁸.

No estado do Minnesota existe o Programa de Saúde de Refugiados do Minnesota, que atua em parceria com departamentos de saúde locais e provedores privados de assistência à saúde. Além disso, há organizações comunitárias para oferecer, no momento da chegada do refugiado, uma triagem detalhada e um acompanhamento apropriado, ou mesmo o encaminhamento a setores de educação e saúde comunitária quando necessário. Esses organismos, que funcionam a partir do trabalho voluntário e de instituições religiosas ligadas à igreja cristã, são chamados de agências voluntárias (VOLAG - Voluntary Agency).

No contexto brasileiro, diferentemente dos Estados Unidos, o pedido de refúgio pode ser feito unicamente em se estando presente no território. Falar a palavra **refúgio** na fronteira permite que o estrangeiro dê início ao processo de solicitação. Para se obter o estatuto de refugiado nos Estados Unidos, a demanda precisa ser reconhecida antes do estrangeiro chegar ao território, entretanto esse pedido pode ser feito pelo interessado ou por familiares que já residam no país. Aquele que entra no território sem a documentação legal pode solicitar asilo. Nesse caso a pessoa fica detida em uma cadeia juntamente com presos comuns durante todo o tempo do processo. Durante esse período, se tiver sorte, poderá contar com o apoio de organizações e profissionais que

⁸ Nos últimos três anos, a população da República Democrática do Congo tem sido a mais numerosa dentre os recém-chegados no país, representando 46.6% do total. Os migrantes de Burma representam 17,4% com 2.572 pessoas, seguido da Ucrânia com 1.825 refugiados reconhecidos, 12,3%. O restante das populações contempladas são originárias da Eritreia, Afeganistão, Síria, Iraque, Sudão, Burundi e Colômbia dentre outros (MPI, 2019).

auxiliarão a juntar elementos comprobatórios de sua história. Em outros casos, pessoas que entraram legalmente com algum tipo de visto podem também solicitar asilo e aguardar o desenrolar do processo em liberdade.

Se por um lado, o Brasil possui características que facilitam a chegada dos documentos para que o solicitante de refúgio possa trabalhar enquanto aguarda resposta ao seu processo, por outro é longa a espera daqueles que aguardam, além de não haver políticas públicas consistentes que ofereçam ao migrante oportunidades de se restabelecer no novo território. Para tanto tratamos de migrantes forçados em geral quando tratamos do Brasil para incluir aquela da população migrante que se encontra indocumentada ou que aguarda o reconhecimento de sua solicitação. Os Estados Unidos possuem uma política consolidada para o acolhimento e adaptação dos imigrantes. Os refugiados que são acolhidos são orientados por meio de programas específicos que visam sua inserção local. Dentre esses suportes, os cuidados para com o acolhimento do sofrimento e a manutenção da saúde não são prioridade.

Cada país tem um tempo de atuação nesse campo, fator que permitiu a estruturação ou não de serviços específicos. Esse período e as direções que foram tomadas permitem que possamos apontar para algumas ações e problematizá-las enquanto expressões não somente da escolha do terapeuta sozinho em seu consultório, mas vincular essa ação também às vontades políticas e culturais de cada país. Cada cultura tem sua produção específica e, no âmbito clínico, essa dinâmica pode também se repetir, apontando para práticas que sejam mais frequentes em um país em comparação ao outro.

Nos Estados Unidos escolhemos a cidade de Mineápolis e no Brasil as cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba. Tanto Rio de Janeiro como São Paulo são destinos prioritários daqueles que entram no país em busca de refúgio, e é nelas que encontramos o maior número de iniciativas para o tratamento e a manutenção da saúde mental do migrante forçado ou refugiado. Curitiba é uma cidade que acolhe um número expressivo de haitianos desde 2013, além de ser o destino de alguns outros grupos étnicos, como venezuelanos e congoleses, dentre outros. Incluir Mineápolis no campo de investigação vem tanto do fato de ser a cidade que mais recebe refugiados nos Estados Unidos, quanto por ser a cidade na qual a pesquisadora reside atualmente. Nesses países assistimos a

debates, polarizações, reestruturações e, sobretudo, observa-se reações que o acolhimento de refugiados provoca.

É na perspectiva crítica da mobilidade, a partir de autores como Alioua (2017), Evora (2016), Martiniello & Simon (2005), O'Reilly (2014) e Brettell e Hollifield (2015) que introduzem a definição de *substantive theories*, de Mezzadra (2012), Sayad (1998) e Bauman (2017), que buscamos descrever o fenômeno da clínica no contexto migratório e as implicações das políticas públicas migratórias para uma escuta ética nesse cenário. Reconhecemos que outros autores se debruçam sobre o tema e contribuem com a perspectiva crítica da mobilidade na medida em que investigam a própria construção da categoria migrante. Mesmo sem incluir todos em nosso trabalho, é importante poder citá-los: Blanchard & Rodier (2015), Martiniello & Simon (2005), Sarr (2017), Blanc (2018).

Se pensarmos as formas de deslocamento na perspectiva da teoria da mobilidade, é possível reconhecer características específicas deste cenário que dizem dos modos de circular e de como aqueles que nele interagem são afetados. A mobilidade não se restringe a pessoas, inclui os meios de transporte e comunicação que facilitam e aceleram o fenômeno. Nessa perspectiva é possível incluir as ideias e as instituições que estão diretamente relacionadas com a mobilidade humana e que se configuram como suas variáveis. São as relações que as pessoas e os grupos que compõem os fluxos migratórios experimentam em seus percursos que os fazem configurar enquanto articuladores e multiplicadores de mobilidade de um fenômeno que é a expressão de uma sociedade dividida (BAUMAN, 2017, p.70). A mobilidade deve, portanto, ser entendida como um fenômeno transversal contemporâneo, e suas formas influenciam a vida de seus atores. No fluxo das migrações multiplicam-se endereços, contatos telefônicos, e-mails e canais de manutenção da interação social, cultural e comercial entre países diversos, como também os *settings* terapêuticos e intervenções na área da saúde mental.

A teoria da mobilidade permite incluir na leitura da perspectiva que se elabora do fenômeno, tanto aqueles que estão implicados diretamente como aqueles que são afetados por esses atores principais, além de levar em conta suas diversas formas. Dentro da teoria da mobilidade não são apenas as pessoas que vivem em um país diferente do qual nasceram que têm o estatuto

de migrante (SAYAD, 1998, p.17). A partir da perspectiva da teoria da mobilidade são inúmeras as variáveis que se entrecruzam construindo uma variedade considerável de pessoas que podem ser entendidas como migrantes.

Dentro do vasto universo de migrantes internacionais, neste estudo restringimos nossa observação ao fenômeno da migração forçada e do refúgio, pela proporção que o fenômeno vem tomando, mas sobretudo pelas implicações clínicas que o sofrimento psíquico e as experiências de violência extrema deixam nessas populações. Nos propomos a observar, a partir do relato dos terapeutas e de sua experiência com este migrante forçado, como sua prática pode ser realizada.

Pelo próprio contexto em que a migração se dá, os indivíduos dessa população carecem de recursos para reconstruir suas vidas. Um grupo, com frequência, sem apoio institucional, que tem de competir com a população local para obter auxílio do Estado. Diferente da população autóctone, migrantes forçados e refugiados precisam ainda aprender a navegar na cultura para entender onde e como alcançar esses recursos. Os desafios podem ser agravados quando o sujeito se encontra em sofrimento e desorganização mentais que dificultam sua reatividade. Quando finalmente chegam à clínica, é comum encontrar em seus relatos queixas em relação a essas dificuldades. Muitas vezes são pedidos de ajuda concreta que traduzem a carência material em que se encontram: comida, casa, trabalho; e que não são do alcance e responsabilidade do terapeuta.

Este é também um cenário no qual emergem as diferenças culturais que podem pautar-se num confronto, desencontro ou até mesmo encontro de dois diferentes. Afinal, ambos são estrangeiros um para o outro. Os profissionais que interagem nesses contextos são, inevitavelmente, marcados e transformados pelo contato com esse outro, que faz deles agentes políticos nesse campo. O terapeuta que dispõe de recursos para realmente acolher, escutar e compreender, com sua intervenção pode transformar as possibilidades desse outro. Desconhecimento e ações precipitadas podem ser razão para mais sofrimento ou afastamento daqueles que deveriam ser beneficiados pela proposta. Entretanto, enquanto o horizonte dessa clínica for esclarecer os discursos sociais e problematizar seus efeitos nas produções subjetivas, ela se caracterizará enquanto uma prática sempre política (ROSA, 2004).

Profissionais de saúde mental têm seu percurso profissional, seus estudos e recursos terapêuticos estruturados e guiados segundo uma cultura. No entanto, no contexto migratório, são confrontados com realidades estruturalmente distantes e diferentes. No melhor dos cenários, os profissionais podem beneficiar-se de formações que lhes possibilitem ampliar seus conhecimentos, tanto das ferramentas de intervenção, como das possibilidades de comunicação. Alguns passam a usar outros idiomas que conhecem, sejam aprendidos a posteriori ou de origem diferente do falado no país de acolhida. Em certos contextos, podem não existir recursos que sejam facilmente acessíveis para os terapeutas, que passam a depender unicamente de sua criatividade e bom senso para receber demandas de um outro culturalmente distante. Dependendo do país no qual o terapeuta atua, das ferramentas terapêuticas, de sua formação, do lugar do sofrimento mental, do lugar do migrante e, ainda, a partir das políticas públicas de saúde para o contexto migratório, sua intervenção tem certas possibilidades e certas limitações.

A partir deste contexto, estabelecemos então como objetivos gerais neste percurso, o registro das experiências e dos arranjos que os terapeutas que atuam junto a populações migrantes refugiadas e solicitantes de refúgio realizam. Além de suas experiências, eles também foram convidados a falar de como percebem que o migrante atravessa a clínica e o que traz para dentro dela. São duas perspectivas distintas, falar de si e falar pelo outro.

1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Revelar o significado da experiência para os entrevistados, isto é compreender a forma como os terapeutas navegam através das diferenças culturais que emergem na relação com esses migrantes.

Estabelecer a essência do significado de um fenômeno para os terapeutas, isto é descrever como suas experiências modificam as estruturas de significados e conferem uma nova perspectiva.

Descrever o conteúdo da ideia que pretendemos discutir para identificar quais as percepções sobre as prioridades relacionadas às possibilidades de intervenção no território terapêutico. Esta descrição permite contextualizar como as ideias que operam e interferem na escuta oferecida.

Expressar parte do fenômeno, pois trata-se da redução de uma ideia para assim contribuir para a reflexão do impacto delas na elaboração de práticas voltadas para esta população. Os relatos do trabalho com pessoas forçadas a migrar são a expressão de uma experiência que vai além do que pode ser colocado em palavras. Indicam o enquadre e a ideia construída e eventualmente desconstruída sobre o outro que fazem parte da definição das práticas terapêuticas escolhidas.

Todas estas etapas são o resultado da Interpretação que os sujeitos terapeutas fazem do campo da clínica fronteira, do fenômeno da escuta oferecida e, em última instância aquilo que pode escutar.

1.3 APRESENTAÇÃO GERAL DA TESE

Neste trabalho, propomos um percurso não somente teórico em que descreveremos conceitos individuais e sua relação na construção do modelo escolhido sem, no entanto, formular uma hipótese precisa. Apontamos que é na base das relações tecidas no âmbito clínico que acreditamos se construir um saber que permite a compreensão de como os fenômenos estão interligados no cenário em que a narrativa traumática no refúgio toma corpo, sentido e direção. Entendemos que no resgate da palavra do terapeuta há a produção de uma narrativa sobre si. Esse resgate é, o que possibilita a autoria de sua própria história e percurso. É nesse ponto que neste trabalho forjamos o encontro da psicanálise com a psicologia social, que compartilham do compromisso de fazer comparecer um sujeito histórico com sua própria história, (LANE, 1984a, p.13).

As reflexões elaboradas trazem uma leitura social atravessada pelo olhar psicanalítico da pesquisadora, desse manejo que diz da trajetória do terapeuta e da maneira como vai acolher o que vem desse outro, migrante. Tratamos da experiência de uma clínica possível, antes de tudo, a partir de definições que antecedem o encontro dele com o migrante forçado ou em situação de refúgio. É a partir das políticas públicas que se definem formatos, estruturas e possibilidades de intervenção na clínica da migração, porém trata-se de uma prática que vai além delas e que se faz possível pelos arranjos de terapeutas que se implicam no atendimento dessa população. Porque às políticas públicas escapam as particularidades de muitos dos casos e cujas definições se limitam

a implicações formais, elas estabelecem o tipo de intervenção que é possível ser oferecida, como quando ela deve acontecer e como também quem deve receber ajuda.

A redação da tese se inicia com o relato de meu percurso migratório. O de outras duas pessoas que se encontram sob estatuto de refugiado no Brasil e nos EUA seguem no segundo capítulo. Na introdução apresentamos as razões que levaram à proposição deste projeto, organizada desde a apresentação do tema, sua justificção e uma apresentação sumária de todas as seções. A isso segue uma colocção do Problema, na qual apresentamos a natureza do projeto empírico realizado, seguido da problematização, em que se discorre a respeito do tema com base no levantamento bibliográfico conduzido.

Realizamos uma revisão de literatura e, enquanto o projeto esteve em andamento, incluíram-se novas produções teóricas a respeito do tema. Cada texto ofereceu um universo de autores, cuja pertinência motivou a busca do texto original para complementar o quadro teórico. Foi realizada uma revisão de literatura que incluiu várias bases de dados (PsycINFO, Social Sciences Abstracts, PsycARTICLES, SCI-HUB e Google Scholar). A maioria dos artigos utilizados foram encontrados no banco de dados PsycINFO e na plataforma livre SCI-HUB. As palavras-chave usadas nas buscas incluíram “saúde mental e imigração”, “psicoterapia e migração”, “estresse pós-traumático e refúgio”, “trauma e refúgio”. Reunidos artigos e livros relevantes, esses foram revisados. A pesquisa de livros de autores identificados como referências no tema da saúde mental e migrações foi facilitada pelo sistema de bibliotecas da Universidade do Minnesota, ao qual tive acesso na qualidade de aluna convidada residente por um ano durante a fase da pesquisa de campo.

Incluimos na pesquisa dissertações acadêmicas que não foram ainda publicadas porque o período que propomos estudar e pesquisar é atual. Utilizamos em nossa pesquisa os termos: saúde mental, refugiado, terapia, estresse pós-traumático (em português) e mental *health*, *refugee*, *therapy*, *post traumatic syndrome*, no inglês. Cruzamos nas buscas os termos entre si, em diferentes combinações e subcategorias. Selecionamos as publicações e revisões sistemáticas publicadas entre janeiro de 2011 e dezembro de 2018.

As seções de referência em capítulos e artigos também foram revisadas como fontes adicionais, incluindo periódicos frequentemente citados. As

seguintes fontes forneceram informações consideráveis sobre a incidência do trauma em populações refugiadas nos Estados Unidos: uma edição especial do *Exploring the Mental Health Effects of Political Trauma with Newly Arrived Refugees*; *Screening for War Trauma, Torture, and Mental Health Symptoms among Newly Arrived Refugees: A National Survey of U.S. Refugee Health Coordinators*; e *Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations*. Esses materiais foram identificados com a assistência de professores da Universidade do Minnesota, que são especialistas nas áreas de migração e saúde mental. Registramos que, mesmo crescente, existe uma quantidade limitada de pesquisas dedicadas às dimensões psicológicas da imigração. No tópico seguinte, apresentamos a questão da pesquisa, essa que norteou nossa escuta, definindo seus objetivos.

No terceiro capítulo, apresentamos o contexto em que a pesquisa foi elaborada, incluindo as políticas públicas vigentes no Brasil e nos Estados Unidos para migrantes internacionais solicitantes e na condição de refúgio. O resultado de nossa fundamentação teórica inclui o pano de fundo em que a reflexão é proposta para pensar as práticas clínicas no contexto cultural.

Iniciamos o quarto capítulo com uma breve contextualização do que são os Estudos Migratórios, suas origens e autores mais relevantes. O capítulo foi dividido em duas partes principais. Na primeira parte nos propomos a apresentar o estado da arte dos Estudos Migratórios a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Na segunda parte, apresentamos o percurso da psicologia na perspectiva dos Estudos Migratórios.

No quinto capítulo apresentamos o perfil das migrações forçadas atuais no Brasil e nos Estados Unidos em dois tópicos distintos e que constituem nosso campo de estudo, além das origens daqueles que se encontram nesses territórios. Essa contextualização permite a introdução das políticas públicas específicas que existem nesses países e que respaldam a intervenção do psicólogo. Essas políticas públicas favorecem ou se tornam obstáculos dissimulados para um processo migratório justo.

No sexto capítulo propomos um tópico específico para apresentar o contexto da saúde mental dos migrantes forçados e refugiados. Discorrer sobre a problemática da saúde mental na migração e os desafios desta clínica específica permite-nos desenhar quais seriam demandas em potencial daquele

que, na migração, recebe um tratamento clínico, como também as ferramentas disponíveis para essa escuta. Um segundo tópico deste capítulo trata da saúde mental no contexto migratório, que exige em muitos casos a criação de *settings* improváveis, mas também efetivos, diante de uma demanda que não cabe nas orientações de intervenção transmitidas pela academia. Um terceiro tópico foi incluído para definir o que entendemos por trauma e suas implicações devido aos efeitos decorrentes das violências sofridas por essas populações. Apresentaremos ainda o que chamamos de ferramentas terapêuticas, ou seja, o que são hoje os recursos de muitos terapeutas que atuam na clínica com migrantes diante de um sofrimento agudo em decorrência de um trauma ou TEPT.

No sétimo capítulo apresentamos a metodologia proposta e o método utilizado para alcançá-la, descrevendo detalhadamente as escolhas e os objetivos de cada uma. A metodologia adotada foi pensada a partir da possibilidade de produção de novos espaços na perspectiva da mobilidade humana e dos espaços transnacionais que nele surgem. Escolhemos trabalhar com a noção de território quando nos referimos aos *settings* recriados. Usamos esse termo também para nos referir aos migrantes forçados e refugiados cuja origem se fez a partir de um território renunciando ao uso desse termo vinculado à ideia de um Estado soberano, catalizador de uma cultura homogênea, uma vez que nesse caso não se incluíam as produções dos territórios transnacionais. Esses espaços podem ser temporários, duradouros, circunstanciais ou até efêmeros.

Com vistas em desvendar algo sobre essa maneira de atender essa população, no trabalho de campo entrevistamos terapeutas que atendem migrantes forçados, reconhecidos enquanto refugiados ou não, no Brasil e nos Estados Unidos. Estendemos que a categoria de migrantes forçados contempla todos aqueles que, por razões diversas, se viram obrigados a abandonar o próprio território para buscar proteção em outro local. Restringimos o trabalho a uma categoria específica dessa população, que se refere àqueles enquadrados na própria definição de refúgio e, para além dela, aqueles que migram e permanecem indocumentados no novo território, ou que aguardam o reconhecimento do seu estatuto. São migrantes que se encontram em condição

de vulnerabilidade mental, emocional, social e política e que têm pouca representatividade no exílio.

Os migrantes atendidos precisavam estar residindo em um dos países por um período superior a seis meses. Isso pois havia a expectativa de que, passado esse período, tivessem ultrapassado em boa medida as urgências do momento de chegada, as quais, eventualmente, não deixam espaço para se lidar com o traumático. Com eles realizamos uma entrevista semiaberta com questões semiestruturadas, pois esse modelo permite uma sequência livre pautada no discurso do sujeito e na dinâmica que se estabelece entre entrevistador e entrevistado. As perguntas tiveram o objetivo de suscitar uma verbalização que pudesse se tornar objeto de investigação e foram elaboradas de acordo com o modelo sugerido por Kvale (1996, p.42), cujo objetivo específico foi descrito para cada uma das perguntas.

A partir das entrevistas buscamos também incluir a percepção desse migrante sobre sua experiência terapêutica, sempre a partir do relato dos terapeutas. A inclusão de sua percepção neste trabalho tem o objetivo de distinguir diferentes fatores que possam vir a interferir em sua saúde mental, tais como: rede de apoio, língua, condições socioeconômicas, gênero, família etc.

No oitavo capítulo trazemos os relatos e as reflexões suscitadas pelos terapeutas, para no capítulo seguinte poder discuti-los. Com relação à apresentação das entrevistas neste texto, como foram conduzidas em português e inglês e sua transcrição foi mantida na língua original, optamos por traduzir para português apenas os trechos relevantes durante a análise das narrativas.

Os relatos foram organizados a partir de uma análise fenomenológica detalhada, de acordo com as proposições de Van Manen (1984, p.34), abordagem que permite expor a compreensão do mundo por meio da experiência do sujeito. Por meio desses registros é possível: identificar elementos ou frases significantes sobre a experiência; formular sentidos e agrupá-los em temas comuns entre todos os participantes; integrar os resultados numa descrição exaustiva e profunda do fenômeno; validar os achados com os participantes, incluindo suas observações ao fim da descrição para uma interpretação do fenômeno registrado. Por meio das contribuições de Mezirow (1995) e sua teoria da Aprendizagem Transformativa, propomo-nos a descrever como os terapeutas entendem a experiência e como ela os transforma para que

possam fazer de sua intervenção um ato terapêutico. Essa teoria concentra-se principalmente no processo de mudança individual e está incorporada na ideia do pensamento crítico. A mudança transformadora começa desafiando os pressupostos que adquirimos por meio de nossas experiências de vida que moldaram o quadro de referência que define nosso mundo.

O método utilizado para organização da intervenção e o tratamento das narrativas é denominado de fenomenológico-hermenêutico, que descreve um caminho não convencional, tampouco específico, mas que deixa o pesquisador livre para criar seu percurso. Nele priorizamos o estudo do significado essencial dos fenômenos, bem como no significado e importância atribuída a eles.

Tratamos no nono capítulo, das discussões levantadas no percurso da análise das narrativas. Existem recursos clínicos que permitem que os terapeutas possam nomear e traçar as características daquele para o qual foram pensados, o migrante. Existe ainda um percurso em que a partir da relação ética opera uma transformação na perspectiva dos sujeitos. Essa transformação é o resultado de uma responsabilidade fundamental que o terapeuta tem para com o outro durante sua escuta. Uma escuta que é oferecida para que assim uma demanda seja estabelecida e um laço construído. Isso tudo em um campo que exige que estratégias e dispositivos sejam criados e reinventados para o trabalho com aquele a quem atende.

A partir dos novos fluxos migratórios surgem novas possibilidades de se organizar no espaço e no tempo, bem como ambivalências e tensões entre aqueles que não partilham da mesma cultura, porém circulam pelo mesmo território. Esses territórios são fruto de iniciativas de organizações locais e internacionais que assumem um engajamento diante do drama dos refugiados, o que nos permite cercear a borda tênue pela qual nos movemos. Essas iniciativas se referem ao desafio de diagnosticar sofrimentos, oferecer uma escuta, propor tratamento em um espaço para a realização dessas propostas.

Concluimos com as considerações finais do trabalho, como seu alcance, contribuições e limites, realizando um relato em primeira pessoa dessa experiência de investigação acadêmica, profissional e pessoal da escrita. Propomos, nesse percurso, uma análise da experiência clínica dos terapeutas em que, por meio do diálogo com autores internacionais e brasileiros, torna possível descrever esse (des)encontro cultural no âmbito terapêutico. Essa

descrição é também uma formulação metodológica-teórico-etnográfica que revela uma organização teórica. Nesse sentido, fazer da experiência dos terapeutas a possibilidade de organizar conhecimentos imbuídos em suas práticas com migrantes forçados e refugiados atendidos uma produção teórica. Escolhe-se não formular uma hipótese precisa sobre esse campo, mas é na base das relações tecidas no âmbito clínico que acreditamos estar um saber que permite a compreensão de como os fenômenos estão interligados entre eles no cenário em que a narrativa traumática no refúgio toma corpo, sentido e direção.

Sabendo que a migração é um fenômeno que mobiliza dimensões psíquicas, econômicas, sociais e culturais, quando se decide refletir sobre esse fenômeno é necessário deixar claro o lugar de onde se fala, como também se dispor a abraçar contribuições que escapam a uma única área de conhecimento.

Enquanto mulher, negra, psicóloga de orientação psicanalítica e migrante, cuja perspectiva foi forjada também por meio de migrações, certamente o olhar construído a respeito do fenômeno inclui o lugar de um corpo político. Um corpo que reconhece o privilégio que é ter um lugar de fala, mas sobretudo de escuta. Assim meu interesse no tema nasce a partir de minha própria história enquanto migrante, uma experiência determinante para o lugar de fala que ocupo.

2 RE-CONTANDO HISTÓRIAS DA MIGRAÇÃO

Comecei esta jornada contando minha história de migração e sigo com dois relatos, trazidos em primeira pessoa, de dois migrantes que tive a oportunidade de conhecer e entrevistar. Ambos figuram aqui com o intuito de mostrar uma dentre as infinitas possibilidades do que faz alguém partir e das dificuldades enfrentadas para sobreviver. O terapeuta conhece muitas delas e, diante do sigilo que compromete sua escuta, nada ou muito pouco pode ser compartilhado. Trazer a palavra desses migrantes dá a eles um espaço neste trabalho. Assim, numa espécie de esforço desta que escreve de territorializar palavras e experiências e, no entendimento de que, em última instância, é também para o migrante que esses relatos importam.

Hopkins (2013, p.137) ressalta a importância de fazer uso de narrativas na pesquisa sobre migração forçada, porque elas humanizam seus sujeitos, oferecem a dimensão humana e particular de como uma política afetará suas vidas. Somente pelas suas vozes podemos ter uma dimensão do drama que migrar pode ser para alguns. Suas histórias nos trazem lugares, encontros, dores e alegrias que nunca testemunhamos. As narrativas são um recurso que oferece para nossa racionalidade “o contexto dentro do qual nossa imaginação pode voar para o espaço do outro, para vislumbrar o mundo que o outro habita” (HOPKINS, 2013, p.137, tradução nossa)⁹.

Para evitar romancear as histórias de vida é necessário problematizá-las. Dessa forma, trazer relatos em primeira pessoa de uma experiência vivida é também a possibilidade de desmistificar as causas do sofrimento mental de migrantes que em muitos momentos são endossados por narrativas que patologizam e criminalizam o fenômeno em si. Fassin (2012, p.2) alerta para o que muitas vezes é chamado de cultural ser, no entanto, o produto de uma análise que deixa de levar em conta as estruturas de poder que produzem o sofrimento desses corpos.

Nos percursos migratórios compartilhados por esses migrantes, mesmo que com cautela, é importante poder dar sentido ao que não é dito, mas que é corroborado pelas experiências sucessivas. Se o sofrimento é o resultado dos

⁹ “The context within which our imaginations can fly to the space of the other, to glimpse the world that the other inhabits”.

efeitos de uma complexa estrutura de poder, a resiliência se consolida também graças ao suporte da rede que o migrante integra. Nesse sentido existe uma lógica que precisa ser reconhecida até mesmo na escolha do local para o qual se migra. A escolha do país não é aleatória, mas o resultado de uma rede migratória que garante ao migrante alguma forma de acolhimento e apoio no novo território.

As duas histórias são a de uma mulher e a de um homem, ambos com uma ligação com o território brasileiro, onde ela ficou e por onde ele passou. Essas experiências apontam para as implicações que operam numa escolha. Ser mulher ou homem migrante são experiências distintas que permitem escolhas radicalmente diferentes, como as histórias aqui nos ensinam. Diante das implicações de evocar uma lembrança muitas vezes traumática do evento migratório, ambos foram convidados a responder a uma única pergunta enviada por meio eletrônico para que eles pudessem responder longe do olhar da pesquisadora, podendo trazer aquilo que era possível de ser dito e compartilhado.

Para a pergunta: “Me conta sobre o que te faz migrar e como se deu tua experiência na chegada ao Brasil?”, cada um pôde, a seu tempo, trazer a seu modo e na medida do seu possível, um conto que apresenta repetições de palavras que parecem expressar a confusão emocional que a sequência de eventos causou. Notamos ainda verdadeiros hiatos no relato dos traumas que omitem e presentificam ao mesmo tempo uma dor que não pôde ainda ser colocada em palavras. Diferente dos contos ficcionais, esses apresentam lacunas, algumas com o propósito de preservar aquilo que os mantiveram em vida e lhes permitiram o reconhecimento do estatuto de refugiado, e outras que são esquecimentos necessários para poderem se organizar e funcionar enquanto sujeitos. Estas são estratégias que produzem vida tanto por meio da fala, mas também por meio do não-falado. Assim todas as omissões que uma história carrega podem ser tomadas como soluções e realizações que se organizam dentro de sua rede de apoio. O que pode ser dito é, portanto, também em função daquele que pode escutar e da ajuda que ele pode oferecer.

Trata-se de eventos traumáticos que não ganham a oportunidade de se desfazerem apenas com o deslocamento que lhes salva a vida. Ter o reconhecimento do estatuto de refugiado é essencial no nível da terapêutica para

que se possa criar condições nas quais o trauma possa se desfazer. Porque assim ele está em certa medida amparado juridicamente, socialmente e politicamente das violências do sistema. Na falta dele muitos ficam fragilizados e expostos a outras formas de violência e exploração.

Uma das entrevistas foi registrada em inglês e a outra em francês. Ambas são recontadas em português, preservando ao máximo a proximidade com o dito, com a ressalva de ter sido retirado aquilo que poderia facilitar o reconhecimento da identidade dos entrevistados. Mesmo reconhecendo que na tradução há sempre algo que se perde, essa escolha traz a possibilidade de tornar acessíveis essas histórias e proteger quem as compartilhou. O mais importante, no entanto, é dar voz às experiências que estão silenciadas e fazer com que a dimensão da complexidade do que foi e é vivido todo o dia por aquele que migra venha à luz.

2.1 ELA

Chegou ao Rio de Janeiro em 2015. Na época, tinha 39 anos. Veio da Nigéria junto com a filha mais nova. Precisou sair do país porque teve problemas. Em seu relato, ela não deixa claro quais problemas seriam esses, mas sua vida e a da família estavam em risco. Por isso deixou seu país e veio para o Brasil. Quando chegou ao Rio de Janeiro, não sabia o que iria fazer. Relata que: “não estava em mim pelo que me aconteceu na Nigéria”. Contou que vivia em Lagos, enquanto o marido morava ao norte e ela sempre o visitava.

Numa dessas visitas, algo desse problema emerge em sua fala: “Um dia, não sei bem o que aconteceu. Bateram à porta. Agora o problema que tem por lá é o Boko Haram. Eu não sei por que isso. A partir daquele momento tudo desandou. Não vi mais nem marido, nem meus filhos. Desde então não sou mais eu mesma pelo que me aconteceu!”

Ela volta então para Lagos, a capital do país. Lá procuraram a polícia para relatar o que havia acontecido. Eles não puderam fazer muita coisa.

Ela conta que desde então teve muitos problemas. Foi com a ajuda de uma das irmãs na Nigéria que ela conseguiu preparar sua viagem para o Brasil. Quando chegou, disse que não sabia nada desse lugar. Repetia: “não sei de nada!” Tudo o que sabia era que estava no Rio de Janeiro. Foi então que foi à

polícia da fronteira. Eles perguntaram o motivo de ela vir para o Brasil. Aí ela lhes contou sobre seu problema e a situação na qual se encontrava.

A polícia lhe perguntou se queria ficar no Brasil. Ela respondeu que sim. Depois de uma longa conversa e explicações, a própria polícia do aeroporto a levou para a Cáritas¹⁰. Conta que todos da polícia foram muito gentis durante esse processo. Ela disse ter contado aos policiais da fronteira que não conhecia nada da cidade.

Da Cáritas a levaram para a igreja católica de Botafogo, na Rua Voluntários da Pátria. Nesse local ficou morando por quase um ano. Repete: “Sim, fiquei lá quase um ano!”. As pessoas da Cáritas sempre a visitavam. Um dia lhe disseram que seu tempo na casa havia vencido e que precisava procurar outro lugar. Normalmente o tempo dado para as pessoas encontrarem seu caminho é de seis meses. Ela explicou para eles que não conhecia ninguém no país. Disse que não sabia nada sobre como iria fazer para encontrar uma moradia e trabalho. Perguntaram a ela se sabia cozinhar. Sua resposta foi positiva. Disse a eles que poderia cozinhar. A partir daquele momento tudo começou. Juntou-se com alguns árabes que viviam no mesmo abrigo da igreja para vender esfihas.

E a partir daquele momento, ela começou a juntar um pouco de dinheiro, fruto dessas vendas. Com aquilo que conseguia da venda pôde alugar uma casa que ficava a duas horas e meia do centro da cidade. Todos os dias realizava esse percurso junto com a filha que deixava na escola, e seguia para um local movimentado para vender as esfihas. Mesmo trabalhando muito, o dinheiro só dava para pagar uma casa numa região longe e mais segura ou numa favela insegura e violenta mais perto do centro da cidade, foi quando se mudou.

Conseguiu uma casa a partir da indicação de um feirante. Começou também a cozinhar, mas o dinheiro era pouco e na favela as coisas eram complicadas. A língua era difícil para ela, mas sua filha, que aprendeu rapidamente, era quem traduzia o tempo todo. Quando a menina estava na escola, ela precisava se virar sozinha. Diz que naquela altura, havia muita coisa em sua cabeça e que por esse motivo não conseguia aprender. Não podia realizar outro tipo de trabalho porque não teria com quem deixar a filha. Era ela

¹⁰ Associação mantida e gerida pela Igreja Católica, onde é desenvolvido um programa de atendimento e ajuda a refugiados que foi fundado em 1976 pela Arquidiocese do Rio de Janeiro.

mesma quem precisava levá-la e buscá-la na escola, sem ter mais ninguém com quem contar.

Em 2018, chegou a morar em um bairro muito perigoso controlado pelas milícias que haviam proibido a circulação da única linha de ônibus que chegava na rua. Grávida de mais um filho, precisou caminhar todos os dias longos trajetos sob o fogo cruzado para levar a filha à escola. Quando deu à luz e precisou ficar em casa cuidando do bebê e da filha pequena, sentiu-se muito desamparada. Nessa época passava por muitas dificuldades. Sem poder trabalhar nem pedir ajuda para ninguém, chegou a passar fome. Ficava com muito medo dos tiros e chegava a passar dias trancada dentro de casa junto com os dois filhos pequenos.

Com o filho nas costas, retomou algumas vendas e aí, por sorte, ajudaram-na, quando decidiu mudar de casa. A decisão foi tomada quando um dia encontrou uma cobra morta na frente de sua porta. Ela havia sido colocada por alguém para assustá-la. Desde sua chegada, fez alguns amigos que a ajudaram em alguns momentos, porém suas opções ainda hoje não são muitas e ela continua trabalhando como pode para manter sua família. Conta que anda muito cansada, muito. Sua esperança é de poder oferecer aos filhos um lugar melhor e oportunidades para se tornarem adultos fortes e saudáveis que possam um dia fazer algo para si e para o próprio país. Numa sociedade que tem pouco ou nada a oferecer, ter esperança é um privilégio.

2.2 ELE

Chegou em São Paulo em 2015 vindo do Congo. Conseguiu com o apoio da igreja um abrigo por seis meses. Nesse tempo aproximou-se de outros homens de seu país com quem se juntava para realizar pequenos serviços. Conta que sentia muito o preconceito e que não compreendia o porquê do tratamento agressivo que recebia. Era muito interessado em política em seu país e se diz um admirador de Lula. No Congo foi perseguido por suas opiniões religiosas. Foi preso e torturado. E quando conseguiu escapar achava que sua vida ainda estava em perigo e, para proteger sua família, decidiu partir rumo ao Brasil.

Sem muitas perspectivas profissionais, sem a possibilidade de

reconhecimento de seu diploma em solo brasileiro e de conseguir estabilidade financeira, decidiu deixar o território brasileiro um ano após sua chegada. Com alguns dólares no bolso, decidiu migrar para os Estados Unidos. Percorreu cerca de 8.850 km para chegar à fronteira em uma viagem cujos fantasmas ainda o perseguem. São as almas dos que não conseguiram chegar a seu destino e tiveram seu túmulo selado ao longo do caminho, disse ele.

A primeira etapa dessa viagem foi realizada num ônibus que o levou até Boa Vista, no estado de Roraima. De lá conseguiu atravessar a fronteira com a Venezuela e, em seguida, com a Colômbia, sempre pagando uma quantia para o policial de fronteira. Seguiu nessa viagem juntamente com uma mulher e um homem. Ao longo do percurso, conta que não é bem uma amizade, e sim mais uma espécie de laço que se forma entre eles, talvez por dividirem a mesma esperança, a de chegar a um território seguro e de oportunidades.

No espaço de duas semanas já se encontravam em contato com um “passante/coiote¹¹” que os ajudaria a atravessar por embarcação um pequeno trecho de mar rumo ao Panamá. Essa travessia foi feita à noite e, assim como eles, havia outros tentando realizar a mesma façanha. Lembra que vislumbrou corpos e sentiu cheiros que nunca poderá esquecer. Por sorte chegam à terra firme sem serem interceptados pela guarda costeira ou sua embarcação ser revirada por um mar inquieto.

Em terras panamenhas seguiram sob a guia de um indígena. Essa foi uma das caminhadas mais longas e extenuantes que realizou. Foram duas semanas na selva em que a natureza havia se tornado o maior perigo para suas vidas. Com pouca comida, era a partir da caça, realizada pelo guia, que conseguiam se alimentar. Havia horas em que a ordem era subir em uma árvore a aguardar porque uma fera passaria por lá, o que acontecia com frequência.

A entrada na Costa Rica foi uma experiência muito humana, diz ele. Talvez pela dureza das semanas anteriores, o acolhimento recebido foi um alento. No centro de detenção para migrantes indocumentados foi possível tomar banho e se alimentar. Nesse país os migrantes têm um tempo em que podem permanecer no território mesmo sem documentação, contou ele. Existe a possibilidade de optar por solicitar refúgio e obter um visto humanitário. Essa

¹¹ Pessoa que ajuda, mediante pagamento, estrangeiros a cruzarem a fronteira de determinado país ou território.

parece ser a escolha de alguns que interrompem aí sua caminhada.

Quando chegou ali, o contato com o novo passante havia sido estabelecido e a viagem recomeçou. A chegada na Nicarágua aconteceu à luz do dia. Uma vez atravessada a fronteira o grupo foi detido por policiais fronteiriços e colocado num centro de acolhimento para migrantes com poucas condições financeiras. Espaços lotados, comida estragada, disputas e violência ficaram na memória da passagem por esse local. O grupo estava pronto para partir.

Na fronteira com a Guatemala foi pedido bastante dinheiro para que eles atravessassem. Para alguns, aquele era o “fim temporário” da viagem. Seu pequeno grupo seguiu na traseira de um caminhão escangalhado. Era necessário deixar o país o quanto antes, caso contrário, poderiam ser detidos em qualquer averiguação policial. A chegada ao México foi uma grande vitória. Os preparativos agora diziam respeito à escolha de uma rota segura que permitisse chegar aos Estados Unidos. Mais dinheiro e mais passantes até chegarem à fronteira.

Todo policial de fronteira tem seu preço, diz ele. Se puder pagar, conseguirá entrar. No seu caso, uma vez realizado o pagamento e a passagem, ele foi imediatamente detido. Passou algumas semanas em um centro de detenção no qual pôde solicitar asilo político. Desse local foi transferido para uma prisão no estado do Minesota, onde permaneceu por seis meses dividindo espaço com criminosos de alta periculosidade.

Durante esse tempo, foi graças a uma ONG de Direitos Humanos que teve acesso a uma assessoria jurídica gratuita. Graças aos voluntários que atuam nessa associação, seu dossiê pôde ser montado, documentado, provado e reconhecido para que, finalmente, ganhasse a liberdade. Uma vez livre, recorreu à ajuda de instituições locais para conseguir seu primeiro emprego e moradia. Ainda aprendendo a língua inglesa, as oportunidades são poucas, mas ele diz ter esperanças.

2.3 ALGUMAS REFLEXÕES

Ser mulher e ser homem/não ser branco/ser migrante são experiências distintas que permitem escolhas distintas e experiências migratórias diferentes

assim como os obstáculos encontrados e as violências a que se está sujeito. Para ela são duas horas e meia de percurso de transporte urbano para trabalhar. Uma decisão que não depende inteiramente dela, mas de toda uma estrutura. No Brasil existe um déficit de creches, em contrapartida há a criminalização para responsáveis que deixam os filhos em situações consideradas de negligência. Portanto, mulheres são criminalizadas quando deixam seus filhos para trabalhar. A natureza do que ela narra é mais dramática, porque revela um pouco do que as mulheres vivenciam no mundo.

Ele, vindo do Congo, sem possibilidade de reconhecimento de seu diploma em solo brasileiro, fala do fato de seguir por muitos lugares pagando propina e de uma espécie de laço que os migrantes criam entre eles para poder chegar a um território seguro e de oportunidades. Relata o vislumbre de corpos e cheiros que nunca poderá esquecer. A sensação de acolhimento na Costa Rica, onde pode tomar banho e se alimentar. Relembra a permanência em um território sem documentação e a opção de refúgio e do visto humanitário e sua detenção por seis meses em Minnesota, num clima securantista, dividindo espaço com criminosos de alta periculosidade. Todas essas são experiências traumáticas que carrega e diante das quais não perdeu a esperança.

A escuta adquire nesse contexto o valor de um ato clínico e político. Ela não é passiva, ela é a possibilidade de exigir propostas e intervenções que tornem o acolhimento uma possibilidade de reconstrução da independência perdida. Muito é compartilhado nessa relação sigilosa. Os profissionais que lidam diretamente com essa população podem fazer leituras analíticas de lacunas e silêncios de um lugar privilegiado, pois escutam em primeira pessoa a dimensão do drama que migrar pode ter para alguns. Essa tese possibilita vislumbrar o mundo onde o outro habita. Mesmo que muito se perca nessa transliteração, dar voz às histórias silenciadas é mostrar a dimensão da complexidade das experiências de quem migra.

3 CONTEXTO DA PESQUISA: POLÍTICAS PÚBLICAS, REFÚGIO E SAÚDE MENTAL

Toda prática se dá dentro das possibilidades do local onde o terapeuta se encontra – território, instituição e comunidade. Da mesma forma, sua intervenção é possível consoante sua escuta e a do migrante forçado ou refugiado, bem como dos recursos que podem ser mobilizados. Esses recursos estão muitas vezes fora do alcance do terapeuta. De modo geral, a elaboração desses recursos, com frequência, não leva em consideração a experiência dos principais atores implicados neste campo, os próprios migrantes. Em se criando recursos, eles atendem a interesses maiores, definidos por questões econômicas, em vez de humanitárias. Políticas públicas definem esses recursos e, portanto, respondem de um modo mais profundo ao lugar que um país atribui ao outro culturalmente semelhante e àquele que é culturalmente distante.

Para Czaika e De Haas (2011, p. 25) existe uma certa ambivalência na delimitação conceitual sobre o que vem a ser uma política migratória, o que muitas vezes gera ineficácia ou inconsistência em muitos projetos dessa natureza. Diante dessa ambivalência, esta pesquisa é necessária para compor a variedade de elementos que possam ser critérios para implementação de uma estratégia mais acertada. Para esses autores, as leis dentro de uma política migratória são colocadas em prática pelo Estado para, de alguma forma, influenciar o comportamento daqueles em seu alvo; fazendo-o com objetivos específicos, implícitos ou não, como o de “alterar o volume, a origem e composição interna dos fluxos migratórios” (CZAIKA; DE HAAS, 2011, p. 25).

Ainda de acordo com os mesmos autores, os fatores que incidem de fato na realidade migratória e na elaboração de políticas de acolhimento vão além da questão puramente humanitária. Elas são estabelecidas com base no contexto econômico, social e político. Assim, as políticas anti-imigração adquirem um peso ainda maior, pois representam obstáculos que dificultam a migração e justificam a perpetuação de condições de ilegalidade daqueles que conseguem entrar em um território, por assim dizer, estranho; produzindo como efeito um sujeito marcado por eventos traumáticos e impossibilitando que obtenha a ajuda necessária. Cabe ressaltar que a escolha desse adjetivo para descrever o território se refere ao estranhamento e à distância cultural do migrante, o que por si só já é um evento traumático, que será ampliado pela implementação de

políticas públicas migratórias que não levam em conta o fator humano. Nesse sentido, o acesso à ajuda e aos direitos adquiridos no país de acolhimento tem consequência direta no modo de vida que nele é possível estabelecer.

Sabe-se que as migrações forçadas assumem, em cada momento, características diferentes, constituindo desafios próprios diante dos quais cada país proporciona o acolhimento de acordo com seus interesses.

Segundo Paul Virilio (1996, p.27), fazemos parte de uma sociedade essencialmente dromológica⁹, ou seja, que imprime ao tempo um ritmo cada vez mais acelerado, cuja movimentação é uma expressão desse fenômeno. Trata-se de uma sociedade da qual o nomadismo em todas as esferas passou a ser o pano de fundo das negociações identitárias, estruturantes da economia, da sociedade, do poder e da política. Uma economia que produz riquezas confere poder, facilita o controle e a governabilidade. Ela é fundada no movimento e na velocidade com que produzimos e consumimos, orientando o deslocamento do capital que gera poder e que, por sua vez, controla o fluxo dos deslocamentos. Assim, algumas rotas podem ser facilitadas em detrimento de outras em razão de interesses que pertencem à economia (VIRILIO, 1996, p.35).

Nessa perspectiva, entende-se que as migrações têm uma relação direta com a força de trabalho e com os benefícios que aqueles que se deslocam podem ou não trazer para o país que os acolhe, mesmo que um real acolhimento seja então, por essas razões, bastante relativo. Essa é uma abordagem clássica do estudo dos fenômenos migratórios que tem a economia como hipótese central do movimento humano. Entretanto, sabemos que o fator econômico não explica e nem responde à complexidade de fatores que intervêm no fenômeno das migrações, porém pode influenciar a estruturação dos cuidados e suas políticas estabelecidas.

Em cada país fatores intrínsecos e extrínsecos à economia definem os cuidados propostos e dão origem a formas distintas de acolher em seu território o imigrante em situação de refúgio. Esse acolhimento também diz respeito às iniciativas elaboradas para atender à saúde mental dos migrantes em situação de refúgio que, com frequência, foram vítimas de diversas formas de violência, o que constituiu um trauma com incidência relevante nessa população e que pode demandar tratamento específico quando diagnosticado. O tratamento, por sua vez, é elaborado de acordo com a formação do profissional que define sua

intervenção conforme sua noção de doença e os recursos de que dispõe. Essas ferramentas terapêuticas são também as estratégias que surgem para dar conta do que emerge na prática dos atendimentos, e que desafiam o conhecimento prévio do terapeuta.

3.1 PROBLEMATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS ÀS MIGRAÇÕES

Por políticas públicas migratórias entendemos todas as ações promovidas pelos órgãos públicos que visam oferecer e garantir a migrantes refugiados o acesso a serviços e recursos que promovem o exercício de sua cidadania. Incluir este recorte neste cenário se justifica na medida em que tanto as políticas públicas de Estado como as de governo atravessam a prática clínica terapêutica. A intenção aqui não é enumerá-las ou discuti-las no pormenor. No entanto entendemos ser importante descrever quais são seus objetivos e proposta de alcance. Dessa forma é possível constatar os impactos da ausência ou ineficiência delas, porque onde elas falham, outros assumem as consequências. O terapeuta que atua junto a uma população carente de recursos e apoio articulado resente os efeitos dessa ausência que testemunha na narrativa daqueles que buscam sua ajuda ou nos próprios arranjos que precisa criar para atender. Uma precariedade que convoca a sociedade civil e os profissionais a preencher lacunas e assumir papéis que seriam do poder público.

Políticas públicas são diretrizes legais para ações governamentais fruto do diagnóstico de uma realidade perante a qual se traçam estratégias, cujo objetivo é de interesse público, para a resolução de problemas específicos neste âmbito. Entretanto, elas têm pouca efetividade quando de sua elaboração são excluídos aqueles para os quais são voltadas. Elas são o produto de uma intenção coletiva, cujas decisões produzem efeitos:

Políticas públicas são o curso de ação que um ator ou grupo de atores segue ao lidar com um problema ou questão de interesse. O conceito de políticas presta atenção ao que realmente é feito e executado, em vez do que é proposto e o que é desejado. As políticas são moldadas por um conjunto de decisões e pela escolha entre alternativas (AGUILAR, 2003a, p. 25)¹².

¹² “Las políticas son el diseño de una acción colectiva intencional; el curso que toma acción como resultado de las decisiones e interacciones que comprenden las cosas reales que produce la acción. En este sentido, las políticas son un curso de acción que sigue un actor o un conjunto de

De acordo com o modelo proposto por Pressman e Wildavsky, em 1973, (HUPE, 2011, p.63-80), as políticas evidenciam as intenções das forças políticas como também as consequências pretendidas com essas ações. Assim, tanto as ações ou falta delas devem ser ponderadas na análise de um contexto específico. Nas intervenções propostas e financiadas pelos Estados existe uma escolha que se enquadra na cosmovisão que os países possuem do mundo. Dessa forma, essas intervenções, ou a falta delas, enquadram as políticas públicas de migração ou anti-imigração do país de acolhimento.

Pode-se nomear de políticas anti-imigração todas aquelas ações do Estado que não oferecem um posicionamento claro em relação ao acolhimento daquele que vem de além fronteira. O que vemos com facilidade são listas de exigências que definem quem deve ser bem recebido e quem não. A opção pela hostilidade em vez de hospitalidade são escolhas políticas que dizem muito mais sobre quem as adota do que sobre quem delas é alvo. Elas têm implicação na criminalização das mobilidades humanas e se enunciam enquanto continuidades coloniais na hierarquização nas relações entre grupos e países. É seguindo esse percurso que a migração se tornou instrumento de política internacional. Ela passa a ser armadilha nas relações e políticas de Estado, entre Estados e condiciona essas relações que deixa na ilegalidade milhares de pessoas e permite precarizar as condições de trabalho. É a forma dos países com fortes leis trabalhistas e de direitos humanos se desresponsabilizarem através de leis que favorecem os nacionais e se consolidam como mecanismos de escravidão moderna.

Quando se fala em políticas públicas é necessário reconhecer que existem conflitos e tensões inerentes ao próprio processo no qual as decisões são tomadas, pois nem sempre há acordo sobre a forma como se entende a resolução de um determinado problema. Esse reconhecimento se faz particularmente crucial para os profissionais que estão na linha da frente. Conhecer a dimensão política desse fenômeno é poder se interpor a determinados mecanismos na intervenção junto a essa população. É

actores para enfrentar un problema o tema de interés. El concepto de política presta atención a lo que se hace y cómo se lleva a cabo, pero a lo que se propone y se hace. Las políticas se ajustan a un conjunto de decisiones y a la elección entre alternativas.”

determinante para esses profissionais que, em seu trabalho com as pessoas refugiadas, a percepção e descrição das precariedades materiais, de saúde mental e física, não sejam usadas para ocultar as dinâmicas de poder implicadas. Assim fazendo se reforça que a descrição do contexto não se restringe a uma condição da pessoa, mas se incluem as estruturas que o geram.

Este é um campo que certamente traz inúmeros desafios que não se limitam a precariedades e abusos de um sistema de poder que obedece a interesses que não priorizam o migrante e suas necessidades. Eles se referem também ao reconhecimento do outro e toda a complexidade que ele carrega. Esta releva que existe muito que se desconhece do outro e que, portanto, sua palavra precisa ser levada em conta na elaboração das ações que lhe são dirigidas. Com frequência, no âmbito da saúde mental, a elaboração de políticas públicas se pauta na ideia do que é considerado doença na perspectiva do grupo dominante.

Nesse sentido, as ações propostas no contexto de uma política pública podem ser pontuais e temporárias, formuladas em resposta a circunstâncias específicas ou a demandas sociais. No entanto, a rigidez de uma proposta deixa de acolher as especificidades de certas pessoas com necessidades e culturas distintas. Alguns precisam de ajuda por mais tempo de que outros. Mães precisam de apoio com as crianças para poderem trabalhar. Os alunos inseridos em um novo sistema de ensino poderiam precisar de apoio para seu desempenho escolar ou acadêmico, ou entender quais possibilidades lhes são oferecidas dentro desse universo. Em geral muitos precisam aprender a navegar na nova cultura, no sistema de saúde para saber onde e quando procurar atendimento médico. Estes são alguns exemplos de cenários, dentre muitos outros em que ações coordenadas poderiam fazer a diferença para o migrante, que pude registrar ao longo de minha experiência. As ações precisam, portanto, ter um certo grau de flexibilidade e autonomia que possibilite aquele que está na linha de frente acolher e escolher de acordo com os interesses daquele que é atendido.

No que diz respeito à saúde mental, as migrações trazem para o território de acolhimento novas formas de adoecer que podem eventualmente ser desconsideradas por essas deliberações. Quando oferecidas pelo sistema público, as medidas para com a saúde mental também se incluem na ordem das

políticas públicas que visam atingir e beneficiar a população quando essas ações, agentes, instrumentos, procedimentos e recursos se mantêm no tempo de maneira constante e coerente (AGUILAR, 2003a, p.25). A estabilidade no tempo das ações é determinante para que adquiram a qualidade de políticas públicas.

Medidas voltadas para a saúde mental podem ser estruturadas de acordo com o modelo econômico dominante no território que incidirá no tempo do tratamento, nas intervenções propostas e no enquadramento que se dá à própria doença. De um lado, tratamentos estruturados em número, frequência e teor, quando as políticas são claras e consistentes e, de outro, *settings* alternativos, escutas criativas e intervenções flexíveis ou ocasionais, onde não existem ações públicas que recebam as demandas.

Sabe-se que o deslocamento durante o processo migratório é complexo e que nesse período o migrante está sujeito a diversas formas de violência que têm impacto direto na sua saúde física e mental, sobretudo quando se trata de uma migração forçada. Além das violências que o obrigam a partir, as inúmeras mudanças, climáticas, alimentares, de renda, grupo social e cultural têm efeitos no sujeito que podem emergir no novo território, o que torna a saúde física e mental uma prioridade para as políticas de acolhimento. Infelizmente essa não é a realidade que observamos no território brasileiro ou em solo estadunidense. Em um, as poucas iniciativas existentes, mesmo que pioneiras e louváveis, são iniciativas raras que são resultado dos esforços da sociedade civil e dos profissionais. Nos EUA as iniciativas que existem em torno da saúde mental parecem buscar restabelecer o sujeito para que ele volte a operar no sistema de produção. As diversas abordagens têm seu foco na diminuição do sintoma que estaria incapacitando o migrante.

Cada país desenvolve seu próprio programa de acolhimento, porém a maioria recorre ao auxílio de Organizações não Governamentais (ONGs), organizações comunitárias de refugiados e à sociedade civil para acompanhar a fase da adaptação, em maior ou menor escala, dependendo do número e da efetividade das ações que são propostas e conduzidas pelos órgãos públicos.

A extensão da atuação dessas entidades que colaboram com o Estado depende também do quão estruturada e articulada ela consegue ser para atender essas populações. Elas têm, sobretudo, o intuito de preencher os

espaços onde o Estado é omissivo e, concomitantemente, pressioná-lo diante de suas obrigações com o cidadão, perante os direitos socioeconômicos prometidos, como a concessão do estatuto e a autorização de residência.

No Brasil, as relações entre saúde e migração acompanham as discussões relativas a esse fenômeno desde o final do século XIX e início do século XX – com a vinda dos primeiros imigrantes portugueses, italianos, espanhóis, japoneses e alemães, entre outros que chegavam ao território para substituir a mão de obra escrava alforriada e para contribuir para o processo de branqueamento (SEYFERTH, 2008, p.10), com o qual o país havia se comprometido.

As lideranças políticas, confrontadas com um vasto território e acreditando que a população deveria ser menos “negra” e mais “branca”, passaram cada vez mais a incentivar a vinda de imigrantes europeus. O tipo de “imigrante desejado por essas elites – laboriosos, empreendedores, de pele clara, mas capazes de se adaptar bem ao clima brasileiro, estranho a eles – não era fácil de atrair. As pessoas com maiores probabilidades de se interessar – refugiados, exilados políticos e religiosos, presidiários e pobres – eram correspondentemente menos bem-vindos.” (LESSER 2015, p. 35).

Referente às migrações atuais e seu acesso à saúde, surgem debates que discutem as ações das políticas públicas do país que novamente discriminam determinados grupos. Algumas pesquisas realizadas em São Paulo conseguiram demonstrar uma correlação entre casos de tuberculose, problemas dermatológicos e respiratórios associados às condições insalubres de trabalho e moradia aos quais estão submetidas algumas populações imigrantes no território brasileiro, como é o caso dos bolivianos (GOLDBERG, SILVEIRA, 2013, p.283-297).

A esse respeito, Fassin (2012, p.2) alerta que, muitas vezes, as razões da doença são atribuídas a produções culturais, em vez de se reconhecer as condições em que os migrantes vivem no país de acolhimento. Esta lógica se aplica a todo tipo de desigualdade e corre o risco de ser considerada como “diferença”. Essas atribuições, portanto, deixam de considerar os fatores econômicos, sociais e das estruturas de poder, o que se relaciona com o conceito de espaço político da saúde (FASSIN, 1996, 2003, p.283-318), que busca recuperar as experiências do corpo vivido em seu sentido fenomenológico: corpo

enquanto símbolo social e corpo político enquanto regulação, vigilância e controle dos corpos individuais e coletivos. Nesse sentido, o espaço político da saúde se estrutura em torno de três eixos principais: 1) a incorporação da desigualdade sobre os corpos como inscrição neles da ordem social; 2) o poder de curar, vinculado à legitimação de diferentes grupos para intervir no sofrimento; e 3) o controle da vida, vinculado à gestão coletiva da saúde como bem público (FASSIN, 2004, p.294).

A realidade que as migrações criam no território brasileiro ganham destaque no âmbito das políticas públicas a partir de ações inclusivas, como a contratação, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), de agentes comunitários da Bolívia, África do Sul, Congo, Cuba, Espanha, Nigéria, Portugal e Serra Leoa (GOLDBERG, SIVEIRA, 2013, p.283-297). A partir de 2016, em São Paulo, a Lei Municipal para Imigrantes e Refugiados, resultado de anos de debate e enfrentamentos, permitiu a criação do Conselho Municipal de Imigrantes e do Fórum Permanente de Imigrantes, consolidando e promovendo iniciativas desenvolvidas com essa população. Além dessas ações, foi aprovada a nova Lei sobre Migrações, que substituiu o Estatuto do Estrangeiro e define os direitos e deveres “do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no país e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante” (D.O.U. art. 1º, 2017). Ela é considerada inovadora, pois diferente da precedente, o migrante não é considerado uma ameaça à segurança nacional.

A nova lei – elaborada a partir de esforços conjuntos de organizações que defendem os direitos humanos, representantes da sociedade civil e governo – foi um enorme avanço na política pública migratória brasileira. Ela reforça a necessidade de “não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional” (seção II, Art. 3º, IV ponto, lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017). Entretanto, o decreto que regula sua aplicação mostra-se contraditório segundo diversas organizações de defesa dos direitos dos imigrantes e a Defensoria Pública da União (DPU), que entendem que ele contraria a lei em um aspecto específico, na medida em que prevê prisão e deportação para certos migrantes. O decreto desconsidera o artigo 123 da “lei que expressamente proíbe privação de liberdade por razões migratórias” (ASANO, 2017).

No que diz respeito aos refugiados e solicitantes de refúgio, a nova lei garante que pessoas “de fato ou de direito” que precisem de acolhimento humanitário não serão repatriadas ou deportadas se houver alguma ameaça a sua integridade no país de origem. O decreto contraria a lei, deixando margem para tal medida quando regulamenta que “a pessoa em situação de impedimento de ingresso [...] será mantida em liberdade vigiada até a sua devolução ao país de procedência ou de nacionalidade”, segundo Asano (2017). Essas medidas devem ser aplicadas em situações em que a pessoa tenha praticado ato contrário aos princípios e objetivos dispostos na Constituição. Além da repatriação, a pessoa pode ser impedida de retornar ao país por prazo determinado (Agência Câmara de Notícias, 2017).

De acordo com o Conare (2014), para solicitar o refúgio no Brasil a pessoa precisa estar em território nacional. Na chegada ao país, o estrangeiro deve requerer às autoridades migratórias ou à Polícia Federal a solicitação de refúgio, alegando ser vítima de perseguição em seu país e correr risco de vida. Mesmo que a entrada no território brasileiro tenha sido irregular, diante do pedido, nenhum estrangeiro pode ser deportado “para fronteira de território onde sua vida ou liberdade estejam ameaçadas” (CONARE, 2014) até que sua demanda seja analisada.

A solicitação é um processo gratuito e dispensa a presença de advogados, ela é feita por meio do preenchimento de um Termo de solicitação de refúgio, no qual deve-se informar o domicílio e outros dados para o contato subsequente. Uma vez preenchida a solicitação, o estrangeiro recebe um protocolo provisório, válido por 180 dias, que lhe garante o direito de obter uma carteira de trabalho, o Cadastro de Pessoa Física (CPF) e ter acesso aos serviços públicos. Esse protocolo pode ser renovado inúmeras vezes até a decisão final sobre o pedido de refúgio e cabe ao estrangeiro a responsabilidade de solicitar tal renovação a cada 180 dias, caso contrário, seu pedido pode ser arquivado.

Para dar seguimento ao processo, o solicitante de refúgio deve passar por uma entrevista, cujo conteúdo é tratado de forma confidencial, com um funcionário do Conare ou da Defensoria Pública da União. Essa entrevista acontece com um funcionário do sexo de preferência do solicitante e numa língua que ele seja capaz de entender, ou com a presença de um intérprete. Todo solicitante tem direito a uma segunda entrevista, caso necessário, com um

advogado das organizações parceiras do ACNUR. No Brasil, isso cabe a instâncias menores, como o Instituto Adus de Reintegração do Refugiado, a IKMR (sigla em inglês para a “Eu conheço meus direitos”) e a Mais no Mundo, beneficiando cristãos perseguidos no mundo muçulmano ou a Pastoral do Migrante, com a responsabilidade de acolher demandas durante o processo de adaptação do migrante.

Existem instituições oficiais voltadas especificamente à atenção da saúde mental, como o Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI), em funcionamento desde 2014, em São Paulo. Outra unidade foi inaugurada em Santa Catarina, Florianópolis em 2018 e cuja atividades foram encerradas apenas um ano depois, em setembro de 2019. Em Curitiba existe a CASLA (Casa Latino-Americana), a Cáritas e uma rede que articula profissionais de diferentes áreas que estão mobilizados para prestar auxílio à comunidade migrante na região, dentre eles psicólogos, juristas, assistentes sociais, médicos e psiquiatras. No Rio de Janeiro e em Curitiba é por meio da Cáritas que se organizam e estruturam diferentes serviços prestados a essa população. Em São Paulo existem diversas iniciativas como o Projeto Veredas, a Casa do Migrante e a também a Cáritas. Essas iniciativas se concentram nos grandes centros urbanos, onde há maior presença de migrantes e têm em comum uma articulação com centros universitários, instituições de ensino e pesquisa que favorecem a capacitação e disseminação dos saberes em torno dessa causa.

No caso dos Estado Unidos, o país possui uma política migratória associada, ao longo do tempo, com deslocamentos em massa e com a questão da segurança nacional que progressivamente tem criminalizado a migração não documentada. Diante dessa realidade, o país elaborou sua política pública orientada à migração também devido às proporções que esse fenômeno vem tomando na atualidade, por meio do controle e da regulamentação da legislação e política de migração. Em 1996, foi aprovada a Lei Federal de Imigração, que atualmente rege a Lei de Reforma da Imigração Ilegal e Responsabilidade do Imigrante (*The Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act - IIRAIRA*). O objetivo é o fortalecimento da vigilância nas fronteiras e no interior do país e a punição do contrabando e fraude de documentos, além de prisão e deportação de migrantes indesejados (CASTAÑEDA, 2015, p.4).

A partir da IIRAIRA, leis mais rigorosas permitiram o início de práticas mais severas em que a deportação se tornou frequente e obrigatória, em muitos casos, sem que os estrangeiros possam ter acesso a aconselhamento jurídico e um julgamento de seu caso. Com essa reforma, muitos migrantes em situação irregular acabam perdendo o direito de reentrada no país, medida que pode ser vitalícia em alguns casos é estendida a pessoas sem documentos, alvos de arbitrariedade das autoridades, ou até mesmo àqueles que tenham perdido prazos em função de falta de acesso ao processo (CASTAÑEDA, 2015, p.4).

Diante do objetivo de interromper o fluxo de pessoas, o país iniciou em 1986 uma política com o intuito de dissuadir, ainda na fronteira, aqueles que tentavam atravessá-la. Foi sob a administração Clinton com o *Immigration Reform and Control Act* (IRCA), em português Lei de Reforma e Controle da Imigração, que essas práticas foram formuladas, mas é somente anos depois que elas se tornam efetivas. A “prevenção por dissuasão” aconteceu nas regiões fronteiriças, onde se concentram pessoal, equipamentos, infraestrutura e tecnologia de vigilância para deter ou diminuir esse fluxo (ROSEMBLUM, 2013, p.3). Essas leis e práticas são um claro exemplo da permanência de condutas coloniais herdadas e que continuam a conformar as relações com populações discriminadas. São elas que lançam as bases para as ações que hoje encarceram crianças, separam famílias e cometem atrocidades contra quem tenta entrar no território de maneira indocumentada.

Mesmo com uma política elaborada com o intuito de promover a dissuasão à migração, o país possui uma política migratória que faz dele o lugar que mais recebe refugiados no mundo, com programas para receber e tratar demandas, além de serviços organizados para o acolhimento daquelas cujas demandas foram aceitas. No que diz respeito à solicitação de refúgio, o solicitante obedece a um processo específico, elaborado de forma a antecipar e prevenir cenários indesejados de doenças ou comportamentos violentos.

De acordo com o *United States Refugee Admissions Program* (USRAP, 2019), para solicitar o refúgio, a pessoa pode recorrer a funcionários treinados do UNHCR, das embaixadas americanas em seus países de origem ou de organizações não governamentais. Seu pedido é encaminhado para um Centro de Apoio ao Reassentamento (RSC), onde a demanda é tratada. O Escritório do Departamento de Estado de Populações, Refugiadas e Migração dos EUA

(PRM) financia nove desses centros espalhados pelo mundo que, de acordo com as orientações, reconhecem os pedidos elegíveis.

Algumas solicitações são submetidas por parentes próximos, que já se encontram nos Estados Unidos, sem necessariamente se candidatarem a partir do RSC. Esses migrantes pertencem a grupos específicos estabelecidos, cujo estatuto é reconhecido pelo Departamento de Estado, e que são elegíveis para acesso direto ao programa. Todo solicitante deve passar por um exame de segurança que o julga merecedor ou não do reconhecimento de seu status, e cabe aos RSCs a preparação do possível migrante para a entrevista e a triagem de segurança, como o registro das informações biográficas e outras informações importantes a respeito do solicitante.

Todas as informações que compõem um caso de solicitação são analisadas por Oficiais dos Serviços de Cidadania e Imigração dos EUA do Departamento de Segurança Interna (USCIS), que ainda entrevistam pessoalmente o solicitante antes de aprovar ou não o pedido.

Os aprovados passam por uma triagem de saúde para identificar necessidades médicas específicas, a fim de impedir que doenças contagiosas entrem no país. Para concluir a demanda, é necessário garantir que, em solo americano, haverá uma agência de reassentamento que prestará assistência aos recém-chegados. Esse auxílio se inicia por um breve curso de orientação cultural sobre os EUA, antes mesmo da partida para o destino. Todas as pessoas que são reconhecidas sob a instituição do refúgio recebem assistência na chegada aos Estados Unidos por meio do Programa de Recepção e Colocação do Departamento de Estado.

O programa opera por meio da colaboração entre setores públicos e privados, constituído por vários parceiros: o Escritório da *Population, Refugees and Migration* (População, Refugiada e Migrante) - PRM, o *United States Citizenship and Immigration Services* (Serviços de cidadania e imigração dos Estados Unidos) - (USCIS), o *United States Department of Homeland Security* (Departamento de Segurança Interna dos Estados Unidos) - DHS, o *Office of Refugee Resettlement* (Escritório de Reassentamento de Refugiados) - ORR e o *Health and Human Services* (Serviços Humanos e da Saúde) - HHS. Além dos citados, outras organizações internacionais não governamentais e nove organizações não-governamentais locais operam por meio dos Centros de Apoio

ao Reassentamento, o que soma um total de cerca de 350 escritórios nos Estados Unidos, que contam ainda com o trabalho voluntário de cidadãos que oferecem seu tempo e conhecimento em prol da integração de refugiados.

Em Mineápolis, a ajuda aos refugiados é organizada a partir de dispositivos cuja coordenação é centralizada e responde às exigências do Estado. As organizações não governamentais fazem parte dessa rede e prestam serviço aos imigrantes no processo de legalização e adaptação. Esse é um dos estados que mais atrai e acolhe refugiados, comparado com os demais, de acordo com a Agência de Recenseamento e Apoio aos Refugiados dos EUA (U.S. CENSUS BUREAU, 2018).

O estado de Minesota recebeu oficialmente 3.059 refugiados de diferentes países em 2016, sem levar em conta aqueles que vieram por outros estados e que, em seguida, para ali se mudaram. Até setembro de 2015, foram 4.523 refugiados recebidos no período de dois anos e cerca de 3.864 refugiados em mudança de outros estados, segundo o Serviço de Reassentamento de Refugiados (ORR, 2016). Essa migração secundária é maior que em todos os outros estados somados. Cerca de 8% da população local é estrangeira¹³, de acordo com os registros demográficos. Além dos refugiados, estão presentes populações de outras origens que migraram em diferentes épocas, com diferentes propósitos e, por vezes, com incentivos por parte do governo americano.

Até 2018 o país contava com cerca de 13.7% de migrantes entre seus habitantes (U.S. CENSUS BUREAU, 2018). Isso é um privilégio pois as sociedades com maior número de estrangeiros fazem circular formas de pensar diferentes. Eles trazem com eles a riqueza de suas culturas e saberes que enriquecem o local onde se inserem com esse “capital humano”¹⁴. No Brasil a Polícia Federal estima em cerca de 750 mil a população estrangeira o que em um universo de 207 milhões de habitantes representa 0,4% (TEIXEIRA, 2018), um volume muito pequeno.

¹³ Segundo o censo americano, a população de refugiados em Minnesota corresponde a 13% do total de habitantes, enquanto o índice nacional dessa população soma 2% de pessoas em situação de refúgio.

¹⁴ Metáfora elaborada por Schultz (1962) para explicar o fenômeno da desigualdade entre territórios e indivíduos que está atrelado a ideia do crescimento econômico de um território (SCHULTZ 1962 in BIDDLE, 2016, p.2).

O Programa de Saúde de Refugiados do Minnesota faz parceria com departamentos de saúde locais e provedores privados de assistência à saúde, além de organizações comunitárias, com o propósito de oferecer, no momento da chegada do refugiado, triagem detalhada e acompanhamento apropriado, assim como encaminhamento a setores da educação e saúde comunitária, quando necessário. Esses organismos, que funcionam a partir do trabalho voluntário e instituições religiosas ligadas à igreja cristã, são chamadas de agências voluntárias (VOLAGS - *Voluntary Agency*). As VOLAGs são organismos privados que possuem acordos de cooperação com o Departamento de Estado que lhes permite organizar uma série de serviços de recepção e instalação dos refugiados que chegam ao país.

Por meio dos recursos repassados pelo PRM (População, Refugiada e Migrante) é possível subsidiar o assentamento dos recém-chegados com moradia temporária, alimentação, vestuário, orientação, encaminhamento, recolocação profissional, estudo do inglês e outros serviços sociais (DHS-MINNESOTA, 2018). Em outras palavras, o Estado assume o compromisso oficial de aceitar a legalização de um número específico de refugiados, porém seu acolhimento e processo de legalização passam por instituições não governamentais que mobilizam um consistente contingente de trabalho voluntário.

A orientação cultural é parte de um pacote de serviços obrigatórios de reassentamento chamado Recepção e Colocação, ou R&C, que refugiados recém-chegados recebem. Segundo informações do Centro de Orientação e Recursos Culturais (PRM, 2018)¹⁵ os serviços de R&C incluem: patrocínio e planejamento anterior à chegada; apoio às necessidades básicas (habitação, mobiliário, alimentação e vestuário) durante pelo menos 30 dias após a entrada do migrante em solo americano; encaminhamento para provedores de serviços sociais, incluindo assistência médica e emprego e acompanhamento por até 90 dias. Políticas públicas que priorizam as medidas que visam tornar rapidamente os refugiados trabalhadores produtivos e membros comprometidos da

¹⁵ O Centro de Orientação e Recursos Culturais é financiado pelo Departamento de Estado e pelo Escritório de População, Refugiados e Migração (PRM). Os materiais disponibilizados no site foram produzidos com o financiamento do PRM e do Departamento de Saúde e Serviços Humanos/Administração para Crianças e Famílias/Escritório de Reassentamento de Refugiados, e pela instituição matriz do Centro do COR, o Centro de Linguística Aplicada.

sociedade. Para tal, também a comunidade é chamada a participar e contribuir com parte de seu tempo em atividades de assessoramento das necessidades práticas dos migrantes aceitos.

Os cuidados com a saúde mental são prestados por equipes interdisciplinares formadas por psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos. Dependendo da instituição a qual se recorre, os profissionais que integram essas equipes podem ser diferentes. Nos hospitais universitários, especialistas certificados como farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, arteterapeutas e musicoterapeutas integram essas equipes. O primeiro passo para obtenção desses cuidados é um processo de avaliação clínica feita a partir de um formulário. Os formulários são adaptados em diferentes idiomas para serem acessíveis a um maior número de pessoas. Entretanto, mesmo esse modelo, que dá conta de detectar e acolher muitas queixas, ainda está longe de ser ideal. Esse tipo de abordagem incorre em obstáculos práticos, como o analfabetismo ou até mesmo a dificuldade de se reconhecer numa descrição de sintomas, além do próprio preconceito cultural a respeito do sofrimento mental.

Nos EUA existe uma Rede de Saúde do Imigrante e Refugiado da região metropolitana (Metro). Ela é composta por um conjunto de prestadores de serviços, profissionais, advogados e membros da comunidade que compartilham preocupações sobre a população de refugiados e migrantes no estado. Faz parte dessa rede o Centro de Excelência em Saúde para Refugiados, um grupo de treinamento sobre epidemiologia em saúde de refugiados que identifica e monitora questões da saúde. As contribuições dessa rede têm peso na direção de políticas e diretrizes voltadas para essa população. Existe ainda o Projeto de Prevenção e Tratamento da Mutilação Genital Feminina, que promove intervenções informativas e coordena esforços para o engajamento da comunidade diante desse problema, fazendo doações para organizações com competência cultural para operar transformações no sentido de abolir essa prática.

Palestras são ministradas mensalmente aos funcionários de toda a rede com o objetivo de destacar a diversidade crescente. Elas são promovidas pelo Programa de Saúde aos Refugiados em colaboração com o Centro de Equidade em Saúde e a Secretaria de Inclusão. Um manual disponibilizado online fornece informações e diretrizes para garantir um exame inicial de saúde, ele é destinado

aos refugiados e serve como um guia de referência para os profissionais das VOLAGs e enfermeiros locais da rede de saúde pública, servindo como material para triagem de saúde dos migrantes (DHS-MINNESOTA, 2018).

No caso do Minnesota, o Departamento de Saúde descreve em detalhes os serviços oferecidos e os profissionais que integram essa rede, (DHS-MINNESOTA, 2018). A rede que opera na saúde mental em diversas frentes tem por meio do Centro de Vítimas de Tortura (CVT), um braço importante e reconhecido de suas atividades. O CVT foi pensado para atender indivíduos, famílias e comunidades de migrantes que carregam traumas relacionados à migração. O mesmo departamento descreve que dessa mesma rede faz parte o Centro de Saúde Comunitário-Universitário e a Clínica de Saúde Internacional com programas voltados para refugiados da Somália e do Sudeste Asiático. Conta ainda que os funcionários que integram estes serviços são com frequência bilíngues, falantes de somali, espanhol, hmong, laosiano, cambojano, vietnamita ou russo e contam com intérpretes prontamente disponíveis para outros idiomas. Dela também faz parte o Centro de Saúde, no qual atuam profissionais treinados em medicina tropical e saúde intercultural. Nas diversas instituições que constituem a rede são oferecidos atendimentos psicológicos comportamentais para adultos com transtornos de ansiedade e estresse pós-traumático, doenças mentais graves e persistentes, vítimas de tortura e cuidados específicos, como o trato de saúde mental de mulheres migrantes (DEPARTAMENTO DA SAÚDE DO MINNESOTA, 2018).

Entretanto, mesmo diante de tantas iniciativas, os pesquisadores desse cenário relatam que os desafios oriundos das diferenças culturais e da língua estão longe de ser superados e exigem mais comprometimento e aproximação entre os sistemas culturais. Assim, aquele que chega pode solicitar, visando intermediação de sua interação, a presença de um intérprete ou mediador cultural, que pode ser alguém da comunidade. Além de mediar e exercer a função de intérprete na interação entre o paciente e o profissional, esse também pode atuar como que decodificando elementos culturais que vierem a emergir na interação.

Os profissionais de saúde e serviços sociais, por meio dos postos de atendimento, hospitais, clínicas médicas e ONGs, são encarregados de realizar

a primeira triagem para verificar a saúde mental do imigrante e encaminhá-lo para o serviço adequado.

A Saúde está organizada de forma muito diferente nos EUA e Brasil. No primeiro existe o incipiente *Obama Care* e uma ampla e cara rede privada de atendimento. No Brasil, com todos os percalços existe um Sistema Público de Saúde com visão universal e organizada de forma tripartite entre governo federal, estados e municípios.

O migrante reconhecido como refugiado no Brasil precisou superar inúmeros desafios para chegar na fronteira e solicitar o refúgio. Sua entrada no território se dá com uma certa facilidade pelo fato das leis permitirem que seja aceito de imediato. Sua permanência, porém, é na maioria dos casos permeada de obstáculos. Além deles outros migrantes encontram-se no país indocumentados ou aguardam o reconhecimento deste estatuto. O país, em plena crise econômica, política e social, enfrenta enormes dificuldades na gestão de recursos para atender quem reside no território. Essa população disputa, juntamente com os autóctones, recursos escassos para muitos.

A partir de programas da ONU, existem iniciativas como a Operação Acolhida, implementada pelo governo federal e pensada para receber os refugiados venezuelanos que chegam em Roraima. Em outros estados, as assistências se concentram nos primeiros três meses e contemplam dispositivos que visam informar o migrante refugiado sobre seus direitos. Nesses primeiros meses, ele reside em abrigos de organizações religiosas ou não governamentais. Há demora no processo de reconhecimento do refúgio, o que dificulta o aluguel de um imóvel, bem como a abertura de conta bancária e acesso a emprego. Muitos não conseguem provar suas qualificações profissionais por não terem trazido consigo seus diplomas ou pela validação dele em território brasileiro ser um processo lento e caro.

O migrante que chega em Minnesota usufrui de serviços e dispositivos de acolhimento que visam sua saúde mental e rápida inserção no mercado do trabalho. Em um país em franco crescimento econômico, em um estado onde o desemprego gira em torno de 2%, essa mão de obra barata e qualificada é um diferencial. Rapidamente o estado é ressarcido do investimento com impostos, segundo os economistas Evan e Fitzgerald (2017, p.7) da Universidade de Notre Dame, que examinaram os custos financeiros dos refugiados para o governo

federal. Eles descobriram que, embora refugiados sejam inicialmente um alto investimento para o estado, o refugiado médio, que entrou no país com a idade entre 18 e 45 anos, paga US\$ 21 mil a mais em impostos do que recebe em benefícios nos primeiros 20 anos nos EUA – incluindo custos de reassentamento. Nesse estudo, os autores avaliaram os refugiados por faixa etária e por gênero e constataram que, a depender da faixa etária em que chegaram ao país, seu desempenho será diferente. Os refugiados que chegam em idade adulta têm menos recursos do que os nascidos nos EUA na mesma faixa etária. Mesmo com a dificuldade da língua, em alguns anos eles conseguem conquistar bem-estar por meio de ganhos próprios. Após seis anos no país, migrantes refugiados apresentam empregabilidade elevada. Dispostos a aceitar funções que muitos não querem desempenhar, encontram-se realizando atividades menos especializadas e com um salário inferior a seus pares nascidos nos EUA.

Inúmeros pontos nos chamam a atenção nesse estudo, e achamos importante ao menos abordar aquilo que se articula com nossa discussão. Muitos daqueles que se dizem contrários a essas políticas argumentam que esse tipo de programa representa um alto gasto para o governo. De certa forma, a existência de estudos com esse teor tem o intuito de provar para aqueles que são contrários a essas políticas, que na realidade existe um ganho econômico em investir nesses programas. Parece que, nesse caso, existe uma narrativa que dialoga com diferentes instâncias sobre o valor dessas ações. Aqueles movidos por razões econômicas descobrem que, além do gasto do reassentamento ser ressarcido aos cofres públicos, essas pessoas pagam mais em impostos do que receberam em benefícios. Aqueles inspirados por razões humanitárias podem amparar seus argumentos com esse discurso que é legitimado em diversas esferas. Além das motivações econômicas, muito pouco se fala em termos do ganho de capital humano com as migrações, de toda a riqueza que uma cultura pode trazer para outra.

O fenômeno da imigração e a presença de migrantes no país de acolhimento, tanto em tempos de crise como de crescimento, traz grande flexibilidade ao mercado de trabalho de acordo com diversos autores como Papademetriou (1994). Entretanto é indiscutível que essas vantagens são mais acentuadas no país de acolhimento do que no país de origem. Mesmo diante das remessas de capital enviadas para as terras natais para ajudar familiares, a

economia dos países anfitriões se beneficia muito mais da produtividade desses novos residentes. Os países de origem sofrem ainda com o que se conhece por “fuga de cérebros” ou “*brain drain*”, que é a perda para um país de seu capital intelectual, de seus talentos profissionais e mãos de obra especializada que se dá com a migração.

Papademetriou (1994) organizou de forma didática campos em que essas contribuições são mais visíveis. Aponta, em primeiro lugar, para as contribuições no campo cultural e em segundo lugar no econômico. Mesmo em se tratando de uma elaboração feita em relação à realidade americana, entendemos que podem ser igualmente pensadas em outros territórios. De acordo com o autor, imigrantes trazem consigo sua bagagem cultural que introduzem no novo território por meio de novas ideias, costumes, conhecimentos, culinária e arte, expandindo conseqüentemente a estrutura da cultura da sociedade anfitriã. Esse processo acontece naturalmente. Com o passar do tempo há um contato entre referenciais diferentes também possibilitado pelas novas tecnologias, mídias sociais, que aproximam culturas distantes no território virtual.

De acordo com o mesmo autor, a mão de obra de imigrantes melhora a economia do país de acolhimento também por meio de suas iniciativas empreendedoras. Existem inúmeros trabalhos acadêmicos que rastrearam justamente essas contribuições mostrando o efeito positivo que tem sua presença nas economias locais e nacionais. No entanto, existem contextos em que sua presença favorece a precarização dos empregos e dos salários servindo de pretexto para a falta de inovação industrial diante de uma mão de obra barata (PAPADEMETRIOU, 1994, p.674). Sua presença no novo território financia de forma direta as iniciativas e atividades governamentais por meio dos impostos. Suas contribuições ajudam, portanto, na construção de estradas, melhoria de escolas, modernização de serviços e administração em geral das iniciativas estatais.

Tanto os imigrantes autorizados como aqueles que vivem em outro país sem documentação são originários de uma mesma sociedade que designa os candidatos à migração, e que seguem, por sua vez, um caminho que já fora traçado por suas famílias ou comunidade. Assim, aqueles que se encontram em condição de legalidade terão mais facilmente acesso aos serviços como também

lhes são reconhecidos direitos negados àqueles sem documentos, de acordo com Papademetriou (1994, p.674).

Os países têm diferentes objetivos com suas iniciativas de acolhimento desta população. Dentre as possibilidades atualmente discutidas na literatura, encontramos aqueles que tentam integrar, outros pretendem assimilar e os mais progressistas falam em se tornar mais inclusivos. Esses conceitos são um tema clássico e central nos estudos migratórios e representam uma contribuição fundamental da psicologia social além do tema da identidade. É através desta contribuição que a disciplina participa e pode discutir as questões das políticas públicas. Ela trata das relações e interações, e o fenômeno migratório é relacional.

Não pretendemos discutir aqui essas categorias, porém considero importante descrever por alto o sentido que lhe atribuo na leitura que faço de sua ocorrência. A integração visa modificar elementos culturais de outro desconsiderando a possibilidade de administrar ou aprender a conviver socialmente com eles. A assimilação visa o total apagamento dos traços culturais de uma cultura para adotar outra que é dominante. A inclusão mobiliza ambos os agentes para o reconhecimento, a troca e a preservação dos elementos que marcam as diferenças.

No caso dos Estados Unidos percebo que os esforços para o acolhimento, em alguma medida, visam assimilar e tornar o sujeito apto para ocupar um lugar no sistema econômico. Esta tentativa também é percebida em episódios que nem sempre viram manchete, mas são comuns no país. Um exemplo disso são as manifestações de intolerância em que o americano se sente agredido por outro americano por falar uma língua que ele não entende. No cenário brasileiro percebo estratégias que visam uma integração do outro como também existem iniciativas em que o termo inclusão descreve melhor a prática observada.

A forma como cada país acolhe é a expressão do valor que o migrante representa e como é pensada a migração e a ideia concebida. Longe de dizer que um território possui uma forma predominante em seu modo de acolher o outro, estimo ser possível percebê-las em contextos diferentes dentro de uma mesma cultura. É difícil dizer a esse respeito se o desfecho do acolhimento é um efeito da ação daquele que recebe ou o resultado da resistência daquele que fora acolhido. Ao longo do tempo e depois da observação de diferentes contextos

culturais é possível inferir que este é o produto da ação dos dois. Aquele que migra constrói expectativas sobre o que deseja encontrar no novo território, e aquele que acolhe pode eventualmente recebê-lo melhor quando reconhece seu potencial e competências. A necessidade do investimento inicial do país de acolhimento pode gerar riquezas e um retorno do ponto de vista econômico e da diversidade cultural.

4 OS ESTUDOS MIGRATÓRIOS

A mobilidade pode ser expressão de uma certa exclusão de ordem econômica que atinge determinado grupo. Pode ser entendida como um evento transversal contemporâneo. Suas formas influenciam a vida de seus atores. No fluxo das migrações multiplicam-se os endereços, os contatos telefônicos, os e-mails e os canais de manutenção da interação cultural e comercial entre países diversos. Muitos ampliam seus conhecimentos de idiomas e ferramentas de comunicação.

O imigrante parte porque tem necessidade de procurar novos horizontes laborais, que lhe proporcionem chances de fugir à pobreza, que pode lhe assolar a qualquer hora. O refugiado, em particular, tem que se curar dos traumas e ainda ter que se recompor como trabalhador. Ambos são obrigados a imigrar. A esse respeito Sayad firma:

“...de desafio em desafio, conduz a pensar na emigração como o único recurso, a solução definitiva que permite romper o círculo infernal da proletarização dos trabalhadores rurais, e também como o ato de “emancipação” por excelência: “que aqueles que quer ser homem vá para a França! [...] No limite, o estatuto de cada indivíduo só se pode definir em relação à emigração: os homens da aldeia se dividem entre aqueles, muito raros, que podem se dispensar de emigrar (ao menos para encontrar um emprego assalariado relativamente estável) e aqueles que, muito numerosos, são forçados ou vivem sua emigração repetida como obrigação;” (SAYAD, 1991 p. 40- 42).

Partir era para tantos, sejam eles migrantes ou solicitantes de refúgio, a única opção para viver e sobreviver. Existe, para o autor uma ambiguidade incômoda na própria condição de imigrante que enunciada a todo o tempo uma provisoriedade, mas também carrega a tendência a se instalar, cada vez mais, de forma duradoura (SAYAD, 1991). Certamente, o trabalho move o imigrante, que mesmo que venha sozinho trará sua família, ao final.

“...toda imigração de trabalho contém em germe a imigração de povoamento que a prolongará; inversamente, pode-se dizer que não há imigração reconhecida como de povoamento [...] que não tenha começado com uma imigração de trabalho [...] familiares, proletarização mais acentuada das camadas rurais, tudo isso iria trazer a emigração de famílias inteiras para a França.” (SAYAD, 1991, p. 67-68).

Além do trabalho SAYAD (1991) ressalta a mútua dependência desta categoria com a habitação, como Engels já o fizera também na Inglaterra. A força

centrífuga do capital arrasta o trabalhador para em seguida arrastar também sua família.

A migração permanece um fenômeno que muitas vezes é tratado como crise. Imagina-se o migrante somente como aquele que, desprovido de todo o recurso, busca em outro país novas formas de sustento. É importante reforçar que: só viaja quem pode, no sentido econômico e psíquico. De acordo com Wihtol de Wenden (2019);

“O desenvolvimento dos países do Sul, vinculado ao crescimento econômico, bem como aos avanços na educação, urbanização e principalmente na mídia, é um fator de maior mobilidade, assim como para os países do Norte. Por outro lado, os mais pobres ainda não migraram, porque para migrar, você precisa de dinheiro (especialmente para pagar contrabandistas se você não tiver acesso a um visto), redes de conhecimento, domínio de um idioma falado em um país anfitrião e uma habilidade profissional utilizável no exterior. Eles permanecem ligados à terra como agricultores ou pecuaristas e, portanto, estão mais expostos a desastres ambientais, que essencialmente levam a migrações internas e Sul-Sul.” (WIHTOL & WENDEN, 2019, p.8-17)

A autora argumenta a respeito dos motivos da migração, sobretudo aqueles ligados ou resultantes de uma crise econômico-social, mesmo reconhecendo que só migra aquele que tem um mínimo de condições. O pressuposto da crise da qual o sujeito escapa está atravessado pela condição econômica que permite que uns mais do que outros possam fugir daquilo que ameaça suas vidas.

Na perspectiva da mobilidade é possível compreender de maneira mais ampla tanto aqueles que estão implicados diretamente nela, como os que com eles interagem, além de levar em conta as suas diversas formas. Quando falamos em mobilidade, o fenômeno não se restringe a pessoas que se deslocam, inclui-se também meios de transporte e de comunicação que facilitam e aceleram esse fenômeno. Isso porque as relações que pessoas e grupos que compõem os fluxos migratórios experimentam em seus percursos os tornam articuladores e multiplicadores dessa mobilidade.

Com base em dados publicados em 2019 e na quantia de remessas em dólares feitas pelos migrantes para seus países de origem, percebe-se que esse valor supera três vezes o gasto com “ajuda no desenvolvimento humano”, (WIHTOL DE WENDEN, 2019, p.8-17). Ou seja, os mais pobres não migram; quem o faz e se expõe a perigos diversos, nas mãos de traficantes, atravessando desertos ou cruzando mares em embarcações improvisadas são aqueles que

têm o que oferecer. Na percepção de situação de crise existe a construção de um migrante imaginário que seria desqualificado, sem recursos, sem muito a oferecer e que eventualmente virá a ser um peso para a sociedade no território de acolhimento.

A construção da percepção enquanto crise favoreceu o “processo de governança global da migração” (WIHTOL DE WENDEN, 2019). O pressuposto de um contexto de crise permite o estabelecimento de políticas específicas que se pautam na regulação da mobilidade. Os governos estabelecem critérios e exigências para organizar suas ações ditas humanitárias com base nessa lógica que uns são mais bem-vindos que outros, dependendo da expectativa criada em relação ao desempenho do migrante no país de acolhimento. Para compreender essa lógica é necessário retomar as leituras que os estudos migratórios conduziram e daquelas que servem de fundamento para as decisões tomadas. O tratamento do tema do refúgio a partir da perspectiva da crise influencia diretamente as diversas iniciativas conduzidas para essa população e, conseqüentemente, também as que se referem à saúde mental. Estamos familiarizados com manchetes sobre o tema precedido pelo enunciado crise migratória, em que o que diz respeito a essa realidade é abordado a partir dessa perspectiva. Encontramos em autores como Alioua (20017), Blanchard & Rodier (2015), Évora (2016), Farré (2016), Mbembe (2017), Martiniello & Simon (2005), Sarr (2017), Blanc (2018), muitas reflexões sobre os desdobramentos desse pensamento. De suas críticas guardamos que é preciso estar alerta, pois por detrás até mesmo da categoria de migrante, existe uma ideia que permeia as ações. De acordo com Évora:

“O debate sobre os processos de nomear, definir, classificar e categorizar pessoas, grupos e populações em situação de mobilidade surge de forma mais sistematizada, sobretudo no contexto das sociedades pós-migratórias, mas trata-se de uma questão estruturante da abordagem às mobilidades humanas atuais em geral é colocada da mesma forma aos grupos minoritários e às ciências sociais como uma questão de estratégia política.” (ÉVORA, 2016, p.57)

A própria formulação da categoria migrante pode ser incluída nesta lógica excludente. De acordo com a autora, essa elaboração faz parte de uma estratégia de manutenção do poder para alguns. Dentre as contribuições que esses autores trazem existe uma importante reflexão sobre o fenômeno da mobilidade humana. De maneira crítica apontam que é fundamental reconhecer

que existem estratégias políticas que organizam as intervenções. Essas estratégias deixam de levar em conta o caráter das relações de continuidade histórico-culturais e linguísticas que a mobilidade proporciona e que desde sempre fazem parte da espécie humana. O medo do outro passa a ser instrumentalizado sob forma de ações que têm o objetivo hipotético de restituir ao nacional sua segurança, seus direitos e seu solo ameaçados pelo estrangeiro. A instrumentalização do medo do outro vem servindo aos governos populistas como distração da sua inação. As fronteiras são guardadas, os limites dos territórios demarcados, renegociados ou invadidos para se estabelecer quem pertence e quem não. Como explica Farré: “A mobilidade constituiu, inclusivamente, uma das estratégias de reprodução e de sobrevivência das populações” (FARRÉ, 2019, p.74).

A mobilidade enquanto estratégia de reprodução e de sobrevivência das populações tem encontrado na atualidade um conjunto de ações que visam de forma perversa impedir que determinados fluxos ocorram. Estas formas perversas dizem respeito à exploração do medo do outro. Esse sentimento, na elaboração freudiana, encontra uma explicação mais detalhada na ideia do outro enquanto estranho, *das Unheimliche* (1919, p.13). Nesta construção o estrangeiro representa aquele que vem de fora, o não-familiar.

“Somos estrangeiros desde que nascemos, na medida em que ocupamos lugares estranhos em que não parece haver um enodamento com a cena. Se, em um segundo momento, podemos reconhecer algum laço social e atribuir um valor ao vazio que permeia a realidade, é porque em algum momento pudemos perceber uma estranheza nesse lugar onde o vazio irrompe. O que se torna familiar se dá na cena na qual nossa experiência acontece. Diante das cenas em que a familiaridade orienta a ação, a experiência a ser vivida pode ser entendida como programada, na medida em que existe uma noção da cena e das consequências de nossas ações dentro dela – um ambiente previsível e controlável dentro dos limites culturais conhecidos.” (MALLARD et al, 2015, p.126)

A estranheza, a percepção do vazio que nos torna estrangeiros e o estranho é, desse modo, aquele que não pertence à cena na qual nossa experiência programada se deu. Todo sujeito necessita de uma cena na qual inscreve um discurso, da mesma maneira toda sociedade faz desse lugar vazio um lugar de sombra, e seu discurso legitima seu funcionamento institucional.

A construção de políticas migratórias que exploram o medo do outro é também um tema explorado pelo autor Mbembe (2017, p.28) que retoma o

debate sobre a importância da compreensão destas implicações para compreender o fenômeno da mobilidade na atualidade. Ele aponta que este é um traço presente nas democracias ocidentais e que ele chama de busca por um inimigo. A construção de um inimigo na figura do estrangeiro, do outro, do estranho passa a legitimar práticas discriminatórias. A instrumentalização do medo serve para controlar a mobilidade de acordo com interesse que não são da ordem dos direitos humanos. Conforme aponta (ALIOUA, 2017): “A mobilidade e a migração participam, quer o tenhamos ou não, na redefinição das filiações e hierarquias sociais e na recomposição dos territórios e da governação do nosso continente¹⁶.” (tradução nossa)

Mesmo diante dessa realidade, a mobilidade é um fenômeno que desde sempre esteve presente na construção e evolução humana. Com ou sem medo do outro, efeitos deste fenômeno são visíveis em toda sociedade. A gestão dessa presença que recompõe os diferentes territórios passa a ser feita pelo controle da demanda. Nesse sentido, fortalecem as práticas que visam regular essa presença, sua demanda de acolhimento e cerceamento de sua mobilidade. Mezzadra (2017, p.1) retoma a ideia da crise referindo-se às práticas que visam o controle da mobilidade. Ele escreve:

“A crise no regime de controle de migração europeu está, portanto, longe de terminar [...] em particular, essa crise se torna inteligível, bem como os cenários traçados pelos desenvolvimentos contemporâneos sobre a questão da mobilidade, e não simplesmente sobre a da fortificação das fronteiras. (MEZZADRA, 2017, p. 1, tradução nossa)¹⁷”

Nesse sentido entendemos que a crise é também moral, em que os esforços mobilizados por meio das políticas migratórias não dão conta de proteger este sujeito vulnerável, o migrante refugiado. A ausência do Estado deixa milhares reféns de mais violência e vítimas de agressões xenófobas e racistas. As críticas desses autores nos alertam sobre a lógica que permeia as escolhas que afetam diretamente a vida dos migrantes. Portanto, não há como pensar o campo da saúde mental e seus desdobramentos sem percorrer e

¹⁶ “*Les mobilités et les migrations participent, que nous en ayons conscience ou pas, à la redéfinition des appartenances et des hiérarchies sociales et à la recomposition des territoires et des gouvernances sur notre continent.*” (ALIOUA, 2017, p. p.1-3)

¹⁷ “*La crise du régime européen du contrôle des migrations est donc loin d’être dépassée... en particulier, il permet de rendre intelligible cette crise, ainsi que les scénarios esquissés par les développements contemporains sur la question de la mobilité, et non simplement sur celle de la fortification des frontières.*”(MEZZADRA, 2017)

reconhecer essas implicações. Se de um lado é de suma importância avançar com as práticas de acolhimento, de outro é necessário seguir questionando essa lógica.

Este capítulo apresenta uma pesquisa bibliográfica pertinente ao tema e nele foi organizada a trajetória dos estudos migratórios de forma ampla com o intuito de apontar aquelas que foram as questões que motivaram os primeiros estudos. Conforme foram se delineando as preocupações centrais, as produções daqueles que se aventuram nesse campo adquirem cada vez mais o valor de guiar ou de desviar da forma como o objeto, as migrações, são percebidas. É recorrente, em estudos sobre migrações, encontrar narrativas que dizem respeito tanto às razões que são atribuídas às migrações como às motivações que inspiram tais estudos. Aqui também neste percurso é necessário fazê-lo e, ao longo dessa exposição, compartilharei minha experiência enquanto pesquisadora e as escolhas teóricas e metodológicas que, a partir do campo, passaram a compor minha compreensão do fenômeno migratório.

4.1 A GENEALOGIA DOS ESTUDOS MIGRATÓRIOS

O nascimento desse campo teórico se dá em um contexto histórico específico, cuja complexidade nem sempre provém de um único referencial. Poder resgatar os diferentes saberes que compuseram a construção e compreensão dos Estudos Migratórios restitui ao evento a sua complexidade, ao mesmo tempo que reconhece que dele só é possível falar a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Reconhece-se então que não há uma verdade absoluta sobre a qual se constrói um fenômeno e sim realidades que se explicam à luz de uma experiência particular tanto do ponto de vista do observador, quanto do fenômeno do qual se fala.

Mesmo não se podendo apontar para **uma** teoria das migrações, existem nessa área muitas contribuições que servem de apoio para aqueles que estudam esse fenômeno e seus desdobramentos. O risco de se falar de uma teoria das migrações está na possibilidade de formular discursos homogêneos sobre uma realidade heterogênea e que desconsidera as divisões sociais e culturais, diante das quais não é possível estabelecer leis gerais de funcionamento.

As principais críticas levantadas perante as abordagens adotadas pelas principais teorias das migrações dizem respeito à negligência de fatores como valores, normas, crenças e experiências de migrantes e autóctones. Na medida em que ambos os grupos ocupam o mesmo território, existem naturalmente espaços nos quais suas relações se dão a partir de esforços recíprocos, como os processos sociais, econômicos e políticos, redes, movimentos e instituições dentro e fora das fronteiras estatais (GLICK-SCHILLER & CAGLAR, 2009, p.4).

Não existe uma explicação única, como também não há um modelo capaz de explicar por si só o acontecimento migratório, sendo sempre necessária a criação de zonas de confluência entre as visões micro e macro que criam perspectivas diferentes, porém nunca absolutas. Diversas teorias formularam, ao longo dos anos e dos acontecimentos históricos mais relevantes, contribuições que se enquadram nos assim chamados **Estudos Migratórios**; alguns autores são referências nesse domínio.

As migrações se repetem na história em diversos momentos, com intensidade e número de deslocamentos variados. Ao longo do último século os territórios que nos interessam nesta pesquisa, e que hoje são destino para muitos, foram palco desse fenômeno. Partindo da Europa em direção à América do Norte ou do Sul, ou mesmo migrações no eixo Sul/Sul, os fluxos migratórios tinham o intuito de conquistar novos mercados que oferecessem a esses migrantes garantia de bem-estar econômico.

O interesse em torno dos fluxos migratórios aparece no final do século XIX e início do século XX, quando os movimentos no continente europeu fizeram emergir os primeiros estudos que relatavam deslocamentos internos das áreas rurais para as cidades ou outras regiões do mundo em outros continentes. O interesse em torno do tema possibilitou a construção de uma rede que mobilizou o saber de áreas diferentes, tornando esses estudos desde seu princípio transdisciplinares, no sentido da integração de diferentes disciplinas, o que também se deve à complexidade do próprio fenômeno.

“A imigração é um fato social completo caracterizando um itinerário epistemológico que se dá no cruzamento das Ciências Sociais, como um ponto de encontro de inúmeras disciplinas, História, Geografia, Demografia, Economia, Direito, Sociologia, Psicologia, Antropologia, Linguística.” (SAYAD, 1998, p. 15)

Por ser um fenômeno social que contempla esferas distintas, mobiliza também saberes que se articulam a partir de diversas ciências. Aquele que reflete sobre ele também convoca em sua narrativa um referencial teórico, cultural e de gênero que não escapa ao lugar social do qual é produto. Meu interesse pelo tema das migrações foi se estruturando tanto pela possibilidade de contato com migrantes, quanto pela ascensão do fenômeno migratório, como também por eu mesma ter passado por essa experiência.

Em se tratando de um trabalho sobre a saúde mental, é preciso ter em mente que, além de se organizar na transdisciplinaridade¹⁸ que esse campo exige, esta leitura é permeada pelas experiências desta mulher, negra, psicóloga de orientação psicanalítica, pesquisadora e migrante. Um corpo político que fala a partir de suas vivências.

Durante 15 anos, atuei no Brasil como terapeuta clínica de orientação psicanalítica. Desde o primeiro ano, pude oferecer atendimentos a migrantes que se encontravam na cidade de Curitiba, fazendo-o em seu idioma materno. Em 2006, a oferta de atendimentos na cidade nos idiomas francês, italiano e inglês era novidade, sobretudo quando vinha da mesma pessoa. As demandas eram sobretudo de expatriados, imigrantes econômicos ou pessoas que tinham se casado com brasileiros, mas não se resumia a eles. Foi a partir de 2011 que passei a atender pessoas vindas do Haiti. Nas narrativas de alguns desses migrantes, sobretudo aqueles que não estavam inseridos profissionalmente, algumas esposas dos expatriados, havia queixas sobre dificuldades na adaptação ao novo país que, para muitos, era tido como um lugar temporário, mesmo sem terem um projeto de retorno.

Antes de prosseguir é necessário se deter sobre esta categoria de migrante, o expatriado, pois aqui também reconhecemos uma tentativa de hierarquizar e distinguir o tratamento que se dá de acordo ao sujeito. Se de um lado esse termo permite distinguir migrantes que gozam de privilégio, de outro, deixa claro que o termo migrante passou a ser aplicado a pessoas pobres que

¹⁸ Para explicar este conceito é importante falar também da interdisciplinaridade que “pode ser tomada como uma possibilidade de quebrar a rigidez dos compartimentos em que se encontram isoladas as disciplinas dos currículos escolares, (PIRES, 1998, p.173-182)”. A transdisciplinariedade “baseia-se na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos” (ALMEIDA, 1998, p.5-20).

se movimentam. Portanto, há uma clara associação migrações-pobreza e uma admissão e esclarecimento de que as mobilidades são marcadas pela desigualdade. Nessa terminologia há uma tentativa de criminalizar as mobilidades de uns e apoiar as de outros. Esse reconhecimento traz o questionamento sobre quem pode ser viajante e quais mobilidades são punidas. As mobilidades contemporâneas são de fato um evento em que as desigualdades entre populações estão escancaradas. Podemos ver isso desde a maneira como cada um pode migrar, há o pode o fazer através de arriscadas embarcações improvisadas e aqueles que podem adquirir uma passagem aérea.

Está presente na denominação migrante a questão, trazida por Sayad (2010a, p.309), sobre como subvertemos o significado desta categoria para poder manter a mobilidade dos pobres como um tabu e que permite criminalizar o migrante. Esta denominação, que devia desaparecer quando termina o movimento, se mantém para que a pessoa não saia dessa condição, para continuar a ser assinalada. A esse respeito escreve:

“Mais por conveniência do que por verdade científica, acredita-se que é necessário distinguir entre uma "imigração profissional" (de trabalho apenas), que seria nada mais do que trabalhadores adultos e homens, e uma "imigração da população" (que ainda por cima, também é uma "imigração de trabalho", como é implicitamente reconhecido) onde a proporção de famílias (homens e mulheres, adultos e crianças, ativos e inativos) é notavelmente mais numerosa” (SAYAD, 2010a, p. 105, tradução nossa)¹⁹.

A conveniente manutenção dessa categoria implica numa condição em que: “o migrante tem constantemente a sensação de ser vigiado”, (SAYAD, 2010a, p.290 – tradução nossa). Essa condição em que a identificação da categoria aponta para alguém que nunca é completamente aceito pode reforçar o sentimento denominado pelo mesmo autor como “dupla ausência”²⁰. Esse conceito introduzido por Sayad, nos diz de um sujeito que não se implica nem no país de acolhimento, nem no seu de origem (1994, p.173).

¹⁹ “*Más por comodidad que por verdad científica, se cree que hay que distinguir entre una "inmigración de trabajo" (y de trabajo solamente), que no sería más que el hecho o prioritariamente el hecho de trabajadores adultos y masculinos, y una "inmigración de población" (por añadidura, pues es también una "inmigración de trabajo", como se reconoce implícitamente) donde la proporción de familias (hombres y mujeres, adultos y niños, activos e inactivos) es notablemente mayor,*” (SAYAD, 2010a, p.105).

²⁰ Título de seu livro póstumo, *La doble ausencia: De las ilusiones del emigrado, a los padecimientos del inmigrado.* (Barcelona: Éditions Anthropos, 2010a) que conta com o prefácio de Pierre Bourdieu.

Ao longo de meus atendimentos a língua podia aparecer enquanto queixa principal e, por isso, o desejo de poder retornar à língua materna para falar de si em terapia. Em minha experiência, havia momentos em que somente a língua portuguesa poderia traduzir o que precisava ser dito. Em outros era a língua materna que nomeava. Assim, o sujeito circulava ora numa ora noutra para tecer seu enredo. Um contexto que exprime sua complexidade também nas diversas formas em que o sofrimento que o sujeito nessa situação pode experimentar, e que na migração forçada tem o componente extra da violência e da sua objetificação.

É a natureza da complexidade desse fenômeno que faz com que não se possa falar de uma “teoria das migrações”. A esse respeito, Jansen afirma que:

“A migração é um problema demográfico: influencia a dimensão das populações na origem e no destino; é um problema econômico: muitas mudanças na população são devidas a desequilíbrios econômicos entre diferentes áreas; pode ser um problema político: tal é particularmente verdade nas migrações internacionais, onde restrições e condicionantes são aplicadas àqueles que pretendem atravessar uma fronteira política; envolve a psicologia social, no sentido em que o migrante está envolvido num processo de tomada de decisão antes da partida, e porque a sua personalidade pode desempenhar um papel importante no sucesso com que se integra na sociedade de acolhimento; e é também um problema sociológico, uma vez que a estrutura social e o sistema cultural, tanto dos lugares de origem como de destino, são afetados pela migração e, em contrapartida, afetam o migrante.” (JANSEN, 1969, p. 60)

A migração impacta aquele que parte, mas também aquele que permanece, é a decisão de um movimento que pode repercutir no desfecho da experiência. No entanto este fenômeno é sempre abordado na perspectiva que problematiza aquele que se movimenta e muito pouco em torno das políticas de hospitalidade.

Uma mudança na perspectiva que se detenha nas razões que levam os países a fazer suas escolhas políticas em relação à migração poderia trazer um avanço nos debates em torno delas. O impacto econômico que a migração tem enquanto evento demográfico define o rumo das prioridades que os países estabelecem. Os países e suas organizações internacionais representativas optam por fazer escolhas baseadas numa perspectiva securitária sobre quem se desloca e não na perspectiva da hospitalidade. Rodier (2011, p.36-39), chama a atenção para o fato de que a Europa gasta muito mais ao tentar implementar programas que se estendem até aos países africanos para impor controles à

migração na origem do que em proposta que assentem nos princípios da hospitalidade. E as sociedades civis são educadas para ver essa opção como a única possível.

Nos territórios europeus as dinâmicas humanitárias parecem obedecer à ordem do poder. Seguindo essa lógica, permite a conformação de um inimigo, em que o lugar das diferenças são as munições para o racismo, a necropolítica e a primazia da ideia da segurança nacional. No entanto, no campo do refúgio, vale se interrogar sobre outras lógicas de acolhimento, em geografias muito mais afetadas pela presença de refugiados. Vale ressaltar ainda que os marcos das deslocamentos não ficam somente no eixo definido pela Europa/USA. Outros grandes holocaustos aconteceram nos processos de colonização e pilhagem do continente africano que motivaram outros deslocamentos forçados antes da 2ª Guerra em África.

Entre a migração voluntária e a forçada existe a possibilidade da transição entre um sujeito que escolhe, outro que obedece, um que deseja e outro que é privado do desejo. Estudar os movimentos migratórios significa interrogar-se sobre o outro e sua experiência de mobilidade. Perguntar-se o que motiva as pessoas a migrarem além-fronteiras; como o migrante muda a partir da chegada; como se dá a adaptação, assimilação, pluralismo, possível retorno e qual impacto tem a presença do migrante na sociedade que o acolhe.

Os estudos sobre os movimentos migratórios foram uma intensa tentativa de responder a essas questões e seus desdobramentos em termos de políticas e intervenções clínicas. É devido à multiplicidade desse cenário que é importante reconhecer que não existe uma única teoria capaz de abarcar essa complexa realidade. As questões de um campo heterogêneo, como é o das migrações, produzem análises e entendimentos de um recorte que não permite generalizações apressadas.

Os Estudos Migratórios têm sua origem ainda durante os primeiros processos de industrialização durante a Revolução Industrial na Europa a partir do século XVIII. As transformações nos modos de produção, com o uso das máquinas e energia, aliada ao trabalho humano, motivaram deslocamentos maciços de pessoas do campo para as cidades. A industrialização nas cidades e a conseqüente expansão para o campo, acabou fazendo com que as pessoas fossem em busca de melhores condições de vida. Mesmo esse não tendo sido

o primeiro dos muitos deslocamentos da história, é a partir dele que se organiza um movimento pioneiro com o intuito de estudar os processos de redistribuição da população que, na Europa durante o século XX, passara do campo para os espaços urbanos.

As leituras do fenômeno migratório dos séculos XIX e XX, a partir das contribuições de autores como Castles, Haas e Miller (2014, p.25), podem ser entendidas pela lente dos paradigmas que elas refletem enquanto produções de um tempo histórico. Os autores trabalham com dois paradigmas principais à luz dos quais os estudos podem ser divididos: Funcionalista e Histórico-estrutural. A teoria Funcionalista inclui o modelo *push-pull* de RAVEINSTEIN (CASTLES, HAAS e MILLER, 2014, p.27) e a teoria Neoclássica de SALIM (CASTLES, HAAS e MILLER, 2014, p.31). Essas organizações didáticas sugeridas pelos diferentes autores, e que identificam as teorias que explicam o fenômeno das migrações, são divisões que não precisam necessariamente ser respeitadas, pois é possível integrar diferentes modelos para se explicar um contexto.

As teorias funcionalistas trabalham com a migração enquanto um evento positivo que opera em benefício da igualdade social de uma maioria (CASTLES, HAAS & MILLER, 2014, p.28). Elas dão ênfase à importância de salários diferenciados, ao custo-benefício individual que incentiva a mobilidade, ao excesso de mão de obra de pessoas de uma região de baixos salários indo para regiões com salários mais altos e com escassez de mão de obra (MASSEY et al. 1993, p.438).

As teorias histórico-estruturais, percebidas também como pessimistas, descrevem o fenômeno migratório como um mecanismo que reforça as desigualdades sociais e geográficas em função das estruturas associadas à mobilidade, as quais restringem determinadas categorias a uma migração direta (CASTLES, DE HAAS & MILLER, 2014, p.31). Elas incluem a teoria dos sistemas-mundo e o mercado de trabalho (MASSEY et al., 1993, p.444).

Os Estudos Migratórios tiveram início com o geógrafo e cartógrafo inglês Ernst Georg Ravenstein, em 1885, durante a Revolução Industrial, na Inglaterra. Ele conduziu um estudo que quantifica os fluxos migratórios em seu livro *The Laws of Migration*, no qual buscou explicar e prever padrões de migração dentro e entre países. Em seu primeiro estudo, Ravenstein observou que a taxa de crescimento da população de um condado não correspondia com o aumento dos

nativos. Por meio da coleta dos dados do censo do Reino Unido entre 1871 e 1881, ele tentou comparar e determinar os padrões de movimento, porém isso se mostrou insuficiente para seu propósito (PEIXOTO, 2004, p.5). O autor constatou que esse aumento se dava em função de migrações de outros países, e não do movimento de um condado para o outro, e que isso era difícil de se demonstrar: “Desnecessário salientar que essa diferença se deve, principalmente, à emigração de origem estrangeira e, em menor volume, à migração de um condado a outro” (Tradução nossa).²¹

No cerne do modelo desenvolvido pelo autor estavam os conceitos de Absorção e Dispersão. Absorção se referia aos locais com mais pessoas de fora do que nativos; e Dispersão se referia a quando esse número era menor que o de nativos. Ele foi capaz de apontar que a migração poderia acontecer também por etapas, ou seja, quando o indivíduo fazia uma parada entre seu local de origem e seu destino, que vinha a ser o centro urbano. A partir da observação dos dados do censo do Reino Unido, ele conseguiu extrair algumas leis que se aplicavam ao fluxo migratório, isto é, a partir de uma realidade empírica, o autor extraiu sua dedução teórica.

Nas contribuições de Ravenstein (PEIXOTO,2004, p. 5) tem-se acesso a uma análise empírica detalhada dos fenômenos migratórios e a definição de temas e conceitos que são usados atualmente na classificação dos migrantes (temporários, de curta e média distância, dentre outros), migrações por etapas, regiões de atração e repulsão, efeito da distância, contracorrentes, ação de estímulos econômicos, entre outros.

Além disso, para Peixoto (2004, p.5) é possível identificar duas correntes específicas: as teorias micro e macrosociológicas do fenômeno nas contribuições de Ravenstein sobre os estudos migratórios. A perspectiva **microsociológica** diz respeito às explicações cujas origens são atribuídas a fatores econômicos e incluem três modelos distintos. O primeiro é a formalização do *push-pull*, que faz com que reconheçamos sua influência na elaboração dos argumentos que são usados para explicar as razões das migrações. Nesse paradigma, os processos migratórios são percebidos num cenário em que existe um ser racional que, diante de fatores políticos, sociais ou econômicos, escolhe

²¹ “It need hardly be pointed out that this difference is due primarily to emigration from foreign parts, and in a less degree to migration from one kingdom into the other”. (PEIXOTO, 2004, p.5)

a região para a qual vai migrar. Se as razões que levam alguém a migrar são inúmeras, e aquelas que possibilitam permanecer também – ambas incidem na experiência que determina o grau de adaptação ou não na migração. Dentre algumas delas tem-se o país de origem, o de destino, a cor e o gênero. Permanecer no lugar para onde se migrou está diretamente vinculado ao tipo de experiência, positiva e negativa, vivida na migração (LEE, 1966, p.53).

O segundo modelo é a **Teoria do Capital Humano**, que considera os efeitos da migração a longo prazo na vida do sujeito migrante. Neles, os movimentos das regiões rurais menos desenvolvidas e desfavorecidas em direção aos grandes centros econômicos são explicados como decisões conscientes com base nos conhecimentos que se detém sobre os territórios e que permitem que se faça uma escolha individual ou grupal de migrar. Na migração para territórios urbanos há esperança de se beneficiar com o processo de modernização da cidade. De fato, alguns espaços urbanos ocupados pelos trabalhadores migrantes recebem investimentos que resultam em melhor acesso às infraestruturas.

O terceiro modelo é o **Ciclo de vida e trajetória social**, que registra biograficamente as experiências e o contexto no qual elas se dão ao longo de um tempo determinado, condicionando a decisão de migrar em função de realidades coletivas. Segundo Peixoto (2004), as principais variáveis estudadas dizem respeito aos efeitos ao longo do ciclo de vida. Eles se referem tanto à esfera individual quanto à familiar, como os rituais de passagem, nascimento, início da vida adulta, casamento, divórcios etc., ou a trajetória de mobilidade social, profissional ou territorial.

O mesmo autor também descreve a perspectiva **macrossociológica** que se distingue por privilegiar a ação de fatores de tipo coletivo ou estruturante, que operam como condicionantes da decisão de migrar. Nela ele inclui o mercado de trabalho segmentado e a economia informal, as estruturas espaciais, sistemas-mundo e sistemas migratórios, além de instituições, redes migratórias, laços étnicos e sociais.

Na **Teoria do Mercado de Trabalho Segmentado** é reconhecido um deslocamento impulsionado pela busca que se edifica nas estruturas econômicas de países mais desenvolvidos. Essa procura oferece a possibilidade de estabelecimento de outros territórios de uma economia dita informal (ROCHA-

TRINDADE, 1995, p.75). Os modelos fordistas, que desde os anos 1970 provocaram alterações estruturais das economias, também fomentaram o surgimento de setores precários que empregassem mão de obra flexível (HARVEY, 1993, p. 140). No Brasil é sobretudo a partir dessa economia informal que os migrantes forçados reconhecidos ou não encontram sustento. A esse respeito existe um estudo recente no país, coordenado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), intitulado “Inserção Laboral de Migrantes Internacionais: transitando entre a economia formal e informal no município de São Paulo”. O estudo, que teve como objetivo registrar os desafios enfrentados pela população migrante, confirma a precariedade do setor laboral que emprega como mão de obra informal esses trabalhadores. Servindo como mão de obra barata para o setor informal, eles realizam tarefas que os brasileiros não querem fazer.

No modelo fordista, o setor designado como secundário possui um sistema organizado em segmentos formais que oferecem estabilidade para aqueles que a ele pertencem. Esse setor se sustenta a partir das matérias primas produzidas no setor primário, vinculado à agricultura, à pecuária e ao extrativismo. A existência desse modelo e a atração específica que exerce sobre a migração internacional, em particular aquela em que o fluxo se dá de países menos desenvolvidos para aqueles com maior grau de desenvolvimento, tem repercussão direta na criação dos mercados ditos secundários, mas também no setor informal. A economia informal é instável e, portanto, um mercado de trabalho desigual, em que os trabalhadores são expostos a condições de trabalho cujos riscos são elevados. O desenvolvimento de determinados territórios está, segundo Peixoto (2004, p.23), evocando as análises de Portes (Peixoto, 2004, p.30), atrelado as suas necessidades próprias de mão de obra, tanto no que se refere ao mercado de trabalho primário como ao secundário, que atraem trabalhadores de territórios menos desenvolvidos economicamente.

Segundo Peixoto (2004, p.25), o modelo da **Teoria das Estruturas Espaciais** organiza a compreensão desse fenômeno das migrações no espaço para explicar a mobilidade fazendo uma relação entre a geografia e a economia desses territórios. Dentro de uma perspectiva socioespacial, a articulação entre as estruturas espaciais e as relações sociais visa demonstrar como alguns migrantes constroem sua escolha de país de destino em função das atividades

econômicas mais atrativas para suas aspirações de trabalho. No modelo que se constrói na perspectiva dos **Sistemas-Mundo**, as migrações podem ser entendidas enquanto expressão da própria estrutura do sistema capitalista que cria oportunidades de mobilidade em função da criação de zonas salariais. Nesse sistema há uma organização do mundo que permite uma divisão entre países centrais, semiperiféricos e periféricos. A produção altamente especializada e o capital estão concentrados nos países centrais, enquanto a produção de trabalho não especializado e intensivo e a extração de matéria prima está distribuído no restante dos territórios.

Outra forma de entender o fluxo migratório é a partir da **Teoria dos Sistemas Migratórios**. Esses Sistemas se mantêm por laços com sua origem, como entre países colonizadores e colonizados, por relações culturais ou de comércio (CASTLES, HAAS e MILLER, 2014, p.39). De acordo com Peixoto (2004, p.5) o modelo que estuda as instituições, redes migratórias, comunidades étnicas e sociais expõe a ação dessas entidades coletivas sobre os fluxos migratórios.

Para Peixoto (2004, p.5), em seu artigo “Teorias explicativas das migrações”, as contribuições de Ravenstein representam um modelo transdisciplinar, o que é próprio desse campo, cujas fronteiras são deliberadamente frouxas para a compreensão do fenômeno. Assim, mesmo com sua leitura estruturalista do funcionamento do comportamento humano, ele permanece uma das principais referências das ciências sociais, reafirmando a transversalidade da abordagem dos estudos migratórios.

Os estudos das migrações se desdobram em dimensões e correntes distintas propostas por autores que definem suas ênfases teóricas atribuídas a esse fenômeno. Ainda de acordo com Peixoto (2004, p.4), Ferreira, com os troncos teóricos, e Salim, com as concepções teóricas, trazem sua contribuição aos estudos migratórios organizando-o a partir de uma abordagem crítica às diferentes linhas por meio das quais aquele que estuda o acontecimento pode se posicionar diante do tema. Salim (1992, p. 122) propõe uma divisão didática na abordagem do fenômeno migratório em três corpos teóricos nos quais toda a produção dos estudos migratórios pode ser incluída.

A concepção neoclássica de Ferreira em 1995 (PEIXOTO, 2004, p. 4), definida como comportamental racionalista, apresenta o indivíduo como um ente

cuja decisão de migrar é tomada de forma racional, admite-se os fatores de “atração” e de “expulsão”, também sugeridos por Lee (1966, p.49), diante dos quais haveria uma tomada de decisão, uma escolha racional de migrar ou não. Uma abordagem que, em sua análise, não reflete o papel da história do indivíduo e que reduz sua escolha a interesses econômicos.

A concepção histórico-estrutural é a segunda mencionada pelo autor e descreve estudos cujas observações e interpretações reconhecem o acontecimento migratório como produção de um tempo histórico e de um lugar específico que provoca determinadas consequências. Como fenômeno, seria o resultado de um processo de mudança na estrutura social (SALIM, 1992).

“[...] o fenômeno social migração e outros fenômenos sociais são historicamente determinados e se relacionam a processos de mudança na estrutura da sociedade, da economia e da política, que contextualizam sua dinâmica.” (SALIM, 1992, p. 125)

Os trabalhos que se posicionam desde essa perspectiva se estruturam dentro de uma tradição marxista que inclui reconhecer os efeitos das relações de produção, sua ligação com o capital e transformações nos indivíduos. Nossa abordagem se organiza a partir desse segundo eixo histórico-estrutural em que a ocorrência migratória e a mobilidade são o resultado de uma mudança na estrutura social, que por sua vez transforma as relações tanto nas sociedades que o migrante abandona, como aquelas para as quais migra.

O terceiro referencial teórico proposto é o de mobilidade da força de trabalho. Essa abordagem adota a teoria marxista do trabalho e busca nos estudos das relações do capital *versus* trabalho, produção e reprodução, explicar os motivos pelos quais as migrações acontecem. O fenômeno é entendido enquanto agente de transformação.

Autores como O'Reilly (2013, p.37) e Brettell e Hollifield (2015, p.21) propõem uma divisão temática para os Estudos Migratórios, que podem ser distribuídos de acordo com áreas específicas como: geográficas, tendências históricas, migração irregular, refugiados e migrantes, exclusão, divisão do trabalho, empreendedorismo, incorporação e assimilação, experiências associativas, dentre outros (ESCUADERO, 2017, p.25).

O'Reilly (2013, p.37) propõe a definição de *substantive theories* para designar três perspectivas principais sob as quais os estudos do século XX podem ser incluídos. A autora identifica as teorias econômicas como aquelas a

partir das quais o sujeito migrante é percebido como privado de uma escolha e obrigado a migrar em função da situação de fragilidade em que se encontra na dinâmica das relações de poder. Uma segunda perspectiva é dos sistemas migratórios e redes, que propõe uma compreensão mais holística do fenômeno. Essa descreve o indivíduo inserido em seu contexto social, econômico, familiar e as relações que nele se estabelecem e que auxiliam no processo de mobilidade. A terceira apresenta teorias da globalização e atribui particular ênfase à fase da integração que se sucede a uma migração, deslocamento ou assentamento.

Na adaptação e tradução da tabela *Migration Theories Across Disciplines*, elaborada por Brettell e Hollifield (2015, p. 04) e proposta por Escudero (2017), a psicologia:

“tem por objetivo explicar como o ser humano pode conhecer e interpretar a si mesmo e como pode interpretar e conhecer o mundo em que vive, numa perspectiva comportamental. Abrange ainda uma abordagem psicanalítica importante: exílio, perda dos laços com os familiares, dificuldades em se construir identidades.” (ESCUDEIRO, 2017, p. 28).

E propõe um modelo de problema de pesquisa: “Como o imigrante se reconhece e se relaciona com o mundo em que vive a partir de sua interpretação de si mesmo e da realidade?” Essa pergunta, entretanto, não resume as prioridades e ênfases que a psicologia vem atribuindo à saúde mental e ao sofrimento psíquico do migrante, pois esse se desdobra em tempos, países e temáticas diferentes, o que retomaremos mais adiante.

Até então os Estudos Migratórios figuravam principalmente como uma consequência, algo secundário, atrelado ao desenvolvimento do capitalismo e às implicações que o novo modelo impõe às estruturas rurais e urbanas, individuais e sociais, heterogêneas e cosmopolitas para adequação ao mercado de trabalho. A economia e as relações de produção (MARX, 2011, p. 178) se incluem numa racionalidade científica que afeta os estudos sobre migrações calcados em modelos matemáticos, sistematizados e explicados em termos de leis e conceitos.

Com os eventos históricos do século XX, os Estudos Migratórios tomam uma direção que abandona as perspectivas dominantes nos primeiros estudos sobre o fenômeno, mas não como um todo. Com o aumento da mobilidade para

os países da América do Norte e do Sul, os cientistas sociais puderam assistir a um novo padrão de relações que, conseqüentemente, influenciou suas análises que passaram a ter as migrações como objeto principal de estudo e não unicamente como algo decorrente das alterações das relações econômicas e de produção e reprodução social.

A Escola de Chicago começa a se estruturar no início do século XX como o berço da produção de inúmeros estudos sociológicos sobre grupos migratórios. Sua corrente teórica passa a influenciar as produções dos intelectuais e ser referência para os estudos que se propõem migratórios, entretanto sua contribuição perante a constituição do que seria denominado de *sociologia americana* não foi muito relevante. A sociologia americana se consolida como corrente teórica dominante ao longo quase da totalidade do século XX.

Dessa escola fazia parte George Simmel, cujas contribuições lançaram as bases do que foi nomeado **sociologia urbana**. O autor apresenta, em seu texto “O Estrangeiro” (1908), a figura do imigrante como ator social, ou seja, parte dessa nova comunidade, e que é visto como alguém que pode permanecer no grupo e não estar nele apenas de passagem.

Robert E. Park é outro autor integrante da mesma escola, que desenvolve estudos sobre integração e conflitos urbanos em função das migrações. Ambos trazem contribuições para a forma como interagem as figuras do autóctone e do migrante no espaço urbano, ressaltam a importância de se entender esse espaço como a representação de uma instituição em que tanto o coletivo, como os instrumentos que ele dispõe, organizam a forma como se opera nele. Os diferentes autores que compõem o leque de referências para se pensar o contexto das migrações fazem dos Estudos Migratórios uma construção interdisciplinar. As propostas de novas teorias como a da assimilação clássica (PARK, 1915, p.22), da assimilação segmentada (PORTES; ZHOU, 1993, p. 83) ou a sociologia da migração forçada (CASTLES, 2002, p.1150) permitem observar os territórios colonizados e os processos que neles se estabelecem na dinâmica das minorias étnicas.

Os autores Thomas e Znaniecki, também membros da Escola de Chicago, realizaram um estudo pioneiro, segundo Assis e Sasaki (2000, p. 04), entre 1918 e 1920, sobre migração e integração de camponeses poloneses no Norte da América. Nele reforça-se a importância da manutenção de laços e memórias, por

meio do registro autobiográfico e de histórias de vida em cartas e correspondências que apontam como “devir social”, com base na natureza relacional e sequencial. A partir do estudo dessas correspondências, eles pontuam que as novas formas pelas quais as pessoas representam a si mesmas e a vida no exílio são a expressão dos efeitos no *eu*, nas circunstâncias de mudança social. Os pensamentos expressos nas cartas seriam socialmente incorporados, produtos de um tempo específico, com base nas situações e relações nele criadas.

As análises que se produzem nos Estados Unidos a partir desses estudos introduzem o olhar psicológico aos desdobramentos e feitos da experiência da migração. A psicologia passa a contribuir de maneira efetiva no debate mais amplo, que inclui a saúde mental e o sofrimento psíquico da experiência migratória. A princípio essas contribuições se restringiam aos processos de adaptação, aculturação e assimilação dos grupos imigrantes dentro da sociedade, que trataremos no tópico a seguir.

Outra perspectiva que se forma nesse contexto é a transnacional, “que se utiliza de recursos simbólicos para dar conta de todo o movimento, que envolve, simultaneamente, fluxos espaciais e temporais, situações de rupturas e circulares, condições físicas e subjetivas” (ESCUADERO, 2017, p. 32).

A consolidação das contribuições da Escola de Chicago nasce com a constituição do que foi nomeado de sociologia da migração clássica. Esse campo deve sua estruturação ao trabalho que Simmel foi capaz de realizar dando continuidade às contribuições de Thomas e Znaniecki. A guinada principal nessa abordagem se deu ao colocar a migração como um problema sociológico, o que permitiu a organização epistemológica de disciplinas para a compreensão das particularidades dos deslocamentos (CASTLES, 2002, p.1150).

Para complementar o leque dos principais autores e referências teóricas que integram os estudos migratórios, citamos as noções de capital cultural e espaço social introduzidas por Bourdieu (1979) em seu artigo “Os três estados do capital cultural”, que constituem novos instrumentos para se analisar alguns contextos migratórios (CUNHA, 2007, p.503).

Bourdieu introduz o conceito de capital cultural como indispensável para que a desigualdade presente na relação de classes pudesse ser revelada. Esse instrumento é proposto por ser capaz de demonstrar que as relações de classe

são relações de poder, e como elas mobilizam os recursos econômicos do indivíduo (BOURDIEU, 1986a, p.3). A noção de espaço social é sugerida pelo autor (*ibid.*1983, 1986b e 1989) como a definição de um território no qual é possível perceber as estratégias daqueles que disputam no mesmo campo pela manutenção ou a melhora do lugar social nele ocupado a partir do capital cultural (CUNHA, 2007, p.503).

Ainda dentro da perspectiva da interdisciplinaridade própria dos Estudos Migratórios, incluímos os Estudos Culturais como uma referência ulterior na composição desse campo, cujo mérito, a partir de sua contribuição teórica, foi o de ter provocado o surgimento de uma nova noção de Cultura, que passa a incluir manifestações práticas e seus significados efetivos como expressões por meio das quais são manifestados os valores de um indivíduo ou grupo.

Os Estudos Culturais investigam as formas pelas quais a **cultura** cria e transforma experiências individuais da vida cotidiana, das relações sociais e de poder, a partir de um campo interdisciplinar de pesquisa e ensino. Nessa abordagem, a relação entre as atividades humanas como produções culturais e simbólicas são expressões de formas de vida. No estabelecimento de um diálogo entre ciências sociais e humanas, os estudos culturais estabelecem seu método baseado nas teorias de estudos literários, sociologia, estudos de comunicação, história, antropologia cultural e economia. A interdisciplinaridade que o método prioriza permite formular questões próprias às problemáticas da atualidade. Em vez de estabelecer respostas que possam ser generalizadas, prioriza o desenvolvimento de ferramentas flexíveis que se adaptam a esse mundo que muda rapidamente.

Os Estudos Culturais nascem em Birmingham em 1964, no Centro de Estudos Culturais Contemporâneos, na tentativa de se constituir, à margem dos limites institucionais e disciplinares. Representavam estratégias extraterritoriais para contornar estabelecimentos universitários que favoreciam instituições específicas. Essa estratégia, que buscava não marginalizar academicamente as outras produções, faz com que elas passem a ser então divulgadas em revistas periódicas (ROCHA; SANTOS, 2012, p.4).

Com métodos de investigação pelo viés da etnografia e da história social, os pesquisadores começaram a explorar campos de pesquisa mais diversos que incluem o estudo de subculturas, marginalizações de trabalho e novas

sociabilidades. Essas propostas foram amplamente acolhidas pela Escola de Chicago a partir da década de 1980 em torno do autor Howard Becker, cujo livro “*Outsiders*”²² se torna referência nesse assunto. Dentre os principais autores dessa linha teórica estão os franceses Barthes, Derrida, Foucault, Deleuze e Certeau, cujos textos tornam-se referências dos Estudos Culturais.

A alternância de objetos de estudo, o consumo midiático e cultural, as práticas de identidade e a construção de coletivos são temas que ganham a atenção nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha. Com a crescente mobilidade, a análise de culturas nacionais e as representações de Estado-nação enfraquecem, possibilitando a problematização do fenômeno da **Globalização**, ao mesmo tempo em que **Migração, Mobilidade e Transnacionalidade** passam a ser temas prioritários. Fomenta-se um debate em torno das “comunidades imaginadas”, estudos sobre os símbolos da nação e o consumo de identidade, no final da década de 1980. Os efeitos da mudança social nas sociedades pós-industrializadas são também reconhecidos nas micro comunidades ou trajetórias individuais (VAN MANEN, 2004, p.10).

Na América Latina, a pesquisa sobre as culturas populares contemporâneas se estrutura, desde a década de 1960, à luz da teoria que se consolida em torno de *Los Estudios Culturales*, sob influência das contribuições de Gramsci, das abordagens fenomenológicas de Paul Ricœur, da sociologia de Pierre Bourdieu e das obras de Alberto Cirese. Os principais representantes e teóricos são o sociólogo jamaicano Stuart Hall e o colombiano Jesus Martin Barbero; o argentino Nestor Garcia Canclini, o brasileiro Renato Ortiz e o mexicano Jorge Gonzalez (VAN MANEN, 2004, p.11).

Na Índia, surge em 1982 o coletivo editorial de Estudos Subalternos, conduzido pelo historiador bengali Ranajit Guha e inspirado na crítica marxista do modelo hegemônico gramsciano, no trabalho de Thompson e na mobilidade teórica e geográfica dos estudantes que frequentavam, de forma temporária ou em definitivo, as grandes universidades americanas e britânicas na década de 1960. Esse contexto possibilita o surgimento das teses pós-modernistas e pós-colonialistas, no final da década de 1980, que figuram enquanto crítica de uma visão hierárquica da história colonial do Império Britânico.

²² *Outsiders*, Paris, Métailié, [1963], 1985.

Os estudos migratórios se constituem uma dinâmica que toma a transdisciplinaridade como expressão de sua força, pois é nessa composição entre saberes distintos que se restitui ao fenômeno da migração sua complexidade. Com um percurso feito de atravessamentos, os estudos em questão influenciam todos os saberes, como a psicologia, ao se proporem a observar esse objeto em comum.

A psicologia, no entanto, mesmo que influenciada pelos Estudos Culturais, ao se debruçar no campo das migrações, possui seu próprio percurso.

4.2 TEORIA DAS MIGRAÇÕES E PSICOLOGIA

O percurso para rastrear como a psicologia se insere nas teorias a respeito de processos migratórios se inicia em autores que são pioneiros no olhar lançado a essa realidade. Entretanto, cada tem seu intuito e, dependendo da área de interesse, está articulado com outras perspectivas teóricas para compartilhar o ponto que se pretende enfatizar. A interdisciplinaridade é indispensável em todas as produções teóricas a respeito desse campo.

A saúde mental do migrante não é uma realidade que desde o início dos Estudos Migratórios toma corpo nas academias. Essa temática surge inicialmente em discussões sobre a perspectiva da aculturação e dos confrontos culturais. A maior parte da produção desses estudos enfatizava as razões e efeitos econômicos que o fenômeno produzia nas sociedades a partir da Revolução Industrial.

A contribuição das abordagens psicológicas para o entendimento dos processos migratórios teve início com estudos que observavam os efeitos da migração no comportamento humano a partir da psicologia social. Essa é uma abordagem que adota uma postura crítica em relação às instituições, às organizações e às práticas da sociedade, (FERREIRA, 2010, p.51). Mesmo tendo a relação do indivíduo com a sociedade como objeto principal de suas investigações, pode-se dividi-la em duas correntes, conforme proposto por Stephan & Stephan, em 1985: a Psicologia Social Psicológica e a Psicologia Social Sociológica.

A Psicologia Social Psicológica, mais presente nos Estados Unidos da América, procura explicar os sentimentos, pensamentos e comportamentos que o processo de interação entre indivíduos provoca, isto é, suas respostas aos

estímulos sociais (ALLPORT, 1954, in FERREIRA, 2010, p.51). A Psicologia Social Sociológica toma a experiência social do indivíduo na interação com os diversos grupos sociais como fenômeno (STEPHAN & STEPHAN, 1985 in FERREIRA, 2010, p.51).

A psicologia social hoje pode ser distinguida entre a Psicologia Social Crítica (ÁLVARO & GARRIDO, 2006) e a Psicologia Social Histórico-Crítica (MANCERO & JACÓ-VILELA, 2004). A essa corrente se somam ainda as contribuições do Socioconstrutivismo (GERGEN, 1997), da Psicologia Discursiva (POTTER & WETHERELL, 1987), da Psicologia Marxista, do Pós-modernismo e do Feminismo, cada uma reivindicando lugares teóricos distintos de acordo com Hepburn (2003). Para Ferreira (2010, p.51), no Brasil a Psicologia Social é uma corrente que recebe as contribuições de autores como (ÁLVARO & GARRIDO, 2006; CAMPOS & GUARESCHI, 2000; JACQUES, STREY, BERNARDES, GUARESCHI, CARLOS & FONSECA, 1998; LANE & SAWAIA, 1994; MANCERO E JACÓ-VILELA, 2004).

É sobretudo na perspectiva da aculturação que esses fenômenos ocuparam lugar central no campo da psicologia, em razão de sua repercussão sobre a manutenção da saúde mental do imigrante. A noção desse processo diz respeito às mudanças nos padrões culturais originais que ocorrem em um ou ambos os grupos quando duas culturas entram em contato direto e contínuo, de acordo com Redfield, Linton & Herkovits (1936) como citado por Berry (1997).

Tomamos, entretanto, o mapa conceitual organizado e proposto pela Hernandez (2009, p.726), que sistematiza as interpretações psicológicas adotadas nos Estudos Migratórios para identificar esse percurso, na tentativa de estabelecer entendimentos que pudessem dar sentido ao sofrimento e à saúde mental do migrante. Trazemos aqui o que ela identifica enquanto mudanças distintas que o encontro pode provocar, e não são de maneira algumas ideias que propõe um ajustamento à sociedade.

Figura 1 - Mapa Conceitual sobre a Teoria Psicológica das Migrações**Ambiente Social**

- Sociedades multiculturais permitem a livre seleção de estratégias de aculturação.
- A aceitação ou rejeição de grupos de imigrantes afeta os resultados de integração bem-sucedidos e o quanto de contato há com a cultura dominante.
- Obstáculos no acesso a recursos e a desvalorização de grupos étnicos podem levar a resultados psicológicos sofríveis.

Teoria de Aculturação

- Abordagem Multidimensional
- Estratégias (Assimilação, Separação, Integração e Marginalização)

A integração é, sem dúvida, o melhor resultado da aculturação, pois pode reduzir o estresse aculturativo, melhorar a aprendizagem cultural, facilitar a conexão, a fim de se assegurar o apego e ajudar na exploração da identidade étnica.

Aculturativo	Teoria de Aprendizagem Cultural	Teoria do apego	Identidade Étnica
1. Mudanças individuais. 2. Desintegração Social. 3. Risco de ansiedade e depressão. 4. Estratégias de enfrentamento disponíveis	A adaptação sociocultural e psicológica depende das habilidades sociais e de comunicação	1. Há o impacto causado pela separação e perda. 2. Particularidades de apego de imigrante adulto. 3. Particularidades de apego dos membros da sociedade	1. Estágios da busca por identidade étnica. 2. Identidade étnica ligada à autoestima. 3. Processo Psicológico. 4. Estratégias de enfrentamento

Os princípios básicos da Teoria da Aculturação afirmam que condições específicas de pessoas específicas, em momentos específicos, modelam domínios específicos no processo de aculturação (BORNSTEIN, 2017, p.3-45) quando os migrantes, com sua cultura, entram em contato com outra. Cultura²³ é aqui entendida como o que “define as maneiras pelas quais uma coleção de pessoas processa e dá sentido a suas experiências e, em geral, a cultura refere-se a significados compartilhados, entendimentos ou referentes e permeia uma ampla gama de processos biológicos, psicológicos e sociais” (BORNSTEIN, 2017, p.3-45 tradução nossa).

Aculturação é descrito como um processo de perdas que se dá numa dimensão *uni*, *bi* e *multi*, com impactos específicos para cada uma das perdas. Na perspectiva unidimensional, o indivíduo perde sua identidade cultural original que se transforma em contato com a nova cultura. Alguns autores pontuam que o confronto com a nova cultura pode ser vivido de forma dolorosa. De acordo com Grinberg & Grinberg, (1996):

“Há quem diga que só tende a migrar quem tem um self mais forte e capacidade de enfrentar riscos. Um desses riscos é a solidão que, em diferentes graus, sofrerá quem emigrar”²⁴. (tradução nossa)

É a dimensão dicotômica da perda que, segundo esses autores se organiza o sofrimento da experiência da migração na qual os conflitos se autorizam e proíbem, se excluem e incluem, se reconhecem e estranham, sem que o sujeito possa ocupar um lugar outro que não esse em que as escolhas se propõem exclusivas.

Na perspectiva bidimensional, os autores entendem o confronto cultural não como condição de desencadeamento de um sofrimento, na medida em que o sujeito pode ser instrumentalizado para interagir com a outra cultura. Nesse encontro, também existe a possibilidade de encontrar um equilíbrio e aceitar uma nova cultura sem perder sua identificação com a cultura original (SAM, 2006, p. 17): “A participação numa cultura não é obstáculo intransponível para o

²³ Do original: “Culture defines the ways in which a collection of people processes and makes sense of their experiences, and so generally speaking culture refers to shared meanings, understandings, or referents and permeates a wide array of biological, psychological, and social processes”. (BORNSTEIN, 2017, p.3-45)

²⁴ “Hay quienes afirman que sólo tienden a migrar los que tienen un yo más fuerte y capacidad para enfrentar riesgos. Uno de estos riesgos es la soledad que, en distintos grados, sufrirá quien emigra”. (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 23-28)

ajustamento a outra, desde que o indivíduo tenha possibilidade material de adquirir as habilidades exigidas pelo novo ambiente.” (LEITE, DANTE MOREIRA 1954, p. 123 *apud* WEISSMANN, 2018)

O processo multidimensional diz respeito à identidade cultural, aos valores e à linguagem que o migrante reconhece, mantém e valoriza como herança e ainda é capaz de ajustar na adaptação às exigências da sociedade de acolhimento (VAN OUDENHOVEN et al., 2006, p.784). No processo de aculturação o indivíduo desenvolve estratégias adotando, segundo Berry (2006, p.47), atitudes e comportamentos moldados por culturas dominantes e não dominantes. Essas estratégias são adotadas de acordo com a intenção do migrante de se assemelhar ou diluir as diferenças que possui em relação à cultura que o acolhe, ou seja, a dominante (BERRY, 2006, p.47).

As pesquisas sobre migração e saúde produzem entendimentos distintos a respeito das causas do sofrimento do migrante que não são comuns entre si (KRIEGER, 2001b, p.672). Entretanto, os conceitos criados em torno das explicações das dificuldades e sofrimentos no aculturamento podem ser utilizados para apontar algumas das causas da fragilidade da saúde mental de alguns imigrantes. Segundo Wei et al. (2007, p.386), esse sofrimento, ou *acculturative stress* são:

“reações em resposta a eventos da vida cotidiana enraizadas nas experiências de aculturação, nas dificuldades psicológicas de adaptação a uma nova cultura ou em fatores estressantes decorrente do desconhecimento de novos costumes e normas sociais”²⁵ (WEI et al. 2007, p. 386, tradução nossa).

O processo de aculturação pode ser dividido em quatro perspectivas que organizam as explicações relativas à saúde mental. São elas, a teoria do aprendizado cultural ou *Cultural Learning*, a teoria do apego ou *Attachment Theory*, a teoria da identidade étnica ou *Ethnic Identity* e a teoria social da identidade ou *Social Identity Theory*. A teoria do aprendizado cultural prioriza a psicologia social de encontros interculturais, com foco na competência de comunicação, conhecimento de normas, valores e elementos socioculturais. A partir dessa perspectiva, a adaptação sociocultural é entendida como o resultado

²⁵ *Acculturative stress is: a stress reaction in response to life events that are rooted in the experiences of acculturation, the psychological difficulties in adapting to a new culture, or psychological stressors resulting from unfamiliarity with new customs and social norms” (WEI et al. 2007, p. 386).*

do aprendizado das novas habilidades culturais necessárias para interagir com os outros, culturalmente diferentes, no novo ambiente (KURMAN & RONEN-EILON, 2004, 192-208).

A partir da teoria do apego pode-se atribuir o sofrimento eventual do migrante às noções de perda e separação. Bowlby (1969/1990) desenvolveu essa teoria a partir da observação de recém-nascidos que viviam em instituições, como, por exemplo, orfanatos. O vínculo afetivo que se estabelece com o cuidador, ou figura de apego, estaria na origem dessa ligação. A validade dessa teoria foi estendida aos adultos com as pesquisas da autora Mary Ainsworth, em seguida retomada por Cindy Hazan e Phillip Shaver que estabeleceram quatro estilos de apego: Apego Seguro; Apego Evitante; Apego Ambivalente; Apego Desorganizado (RAMIRES & SCHNEIDER, 2010, p.29). De acordo com essa teoria, criam-se estilos de apego de acordo com a experiência de cuidados recebidos na infância e que favorecem o desenvolvimento da autoestima ou dependência (VAN OUDENHOVEN et al., 2006, p.786).

A Teoria da Identidade Étnica, proposta por Phinney (1990, p.499-514), reconhece que ela pode ser influenciada por inúmeros elementos, pois surge no contexto de culturas diferentes. A identidade étnica seria assim o produto dos estágios pelos quais o migrante passa no país de acolhimento, numa operação dinâmica em que sofre alterações ao longo da vida, em diversas dimensões, enquanto membro de um grupo étnico (PHINNEY, 1990, p.500).

A Teoria da Identidade Social, desenvolvida por Tajfel (2004, p.276-293) diz respeito ao sentimento de pertença do indivíduo e estuda as relações entre grupos de migrantes e o grupo dominante (VAN OUDENHOVEN et al., 2006, p.784). De acordo com essa formulação são necessários três tempos para que se possa desenvolver, em um terceiro momento, a identidade étnica social. A categorização social, linguagem, cor da pele, características étnicas ou físicas compõe a identidade social que se constitui no processo de comparação social com os outros pelo lugar social ocupado e pelos sentimentos positivos em relação ao grupo ao qual se pertence na perspectiva do grupo dominante (GURIN, HURTADO, & PENG, 1994, p.521-532).

A psiquiatria transcultural se insere nos estudos migratórios historicamente ligada aos processos de globalização. Os primeiros estudos que buscavam comparar quadros clínicos de diferentes culturas, para assim

estabelecer critérios de universalidade, deram lugar a estudos sobre diversidade cultural com novas propostas de pesquisa e tratamentos de transtornos mentais. Os contextos atuais que oferecem a coexistência de uma enorme diversidade cultural em função também das migrações forçadas tornam-se desafiadores diante de todas as tentativas de estabelecimento de homogeneidade ou universalidades. Faz-se necessário a elaboração de políticas multiculturais que incluam os cuidados para com a saúde mental de refugiados, populações particularmente afetadas por traumas (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006, p.45).

A perspectiva da psiquiatria cultural desdobra sua intervenção em três campos distintos e com uma implicação prática própria (KIRMAYER & MINAS, 2000, p.438): (1) os estudos comparativos de condições psiquiátricas e terapias tradicionais, cuja implicação prática se dá por meio da pesquisa epidemiológica e etnográfica enfatizada pela psiquiatria transcultural e da etnopsiquiatria clássica; (2) as tentativas de acolher as demandas de populações de grupos culturais diferentes oferece assistência psiquiátrica e promove debates sobre políticas públicas de saúde mental do âmbito da psiquiatria cultural; e (3) os estudos etnográficos que assumem a análise da psiquiatria como um sistema cultural acolhido pela antropologia e sociologia médica, teoria psiquiátrica e história da psiquiatria.

As contribuições da psiquiatria cultural são dificilmente acolhidas no âmbito da psiquiatria geral. O próprio Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V²⁶) é um reflexo disso, com sua lista de síndromes culturais. Mesmo reconhecendo e integrando o que é **patológico** e o que é **normal** em função da cultura que a produz, ainda está aquém do necessário. Ela rejeita o conceito da versão anterior de “síndromes ligadas à cultura”, porém permanece com uma categorização um tanto quanto reducionista da experiência cultural. Essa negligência está presente também nas políticas públicas de saúde mental, que não integram em suas propostas a questão multiétnica, além da escassez de formação cultural de profissionais em seus sistemas e de pesquisas transversais entre biologia e cultura na abordagem de transtornos mentais (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006, p.49).

²⁶ Até sua última edição, publicada pela APA em 2013.

O estudo etnopsiquiátrico, considerado o mais relevante e que marca o início de uma nova perspectiva, data de 1961 e foi conduzido por Georges Devereux. Em seu estudo sobre os índios Mohave do Arizona, ele descreve classificações psicopatológicas desse povo, sem conseguir encontrar ou atribuir um equivalente na psicopatologia ocidental. Em sua obra, Devereux deixa claro o elo existente entre a construção das concepções numa cultura, a linguagem e a filosofia (o *ethos*) da sociedade de onde eles vêm (NATHAN, 2004, p.1).

A autora Claire Mestre aponta que a prática da etnopsiquiatria apoia-se sobre uma antropologia que reconstrói um contexto social de sofrimento, decodifica representações específicas da doença e do transtorno, analisa sistemas de aliança das relações humanas e considera a cultura como um conjunto rico, coerente e dinâmico de representações, de narrações, de metáforas e de símbolos que ajudam os pacientes a refletir sobre a experiência que vivem, proporcionando-lhes, em seguida, meios de modificar essa experiência (2004, pp. 190-191). Ela inspira ainda intervenções que se articulam em três eixos: as relações, as dimensões da identidade, a coerência e o sentido das experiências.

Na análise da pesquisa empírica conduzida neste trabalho toma-se o lugar da experiência ontológica do terapeuta à luz da Psicologia Social Histórico-Crítica (FERREIRA, 2004, p.51). Ela permite um posicionamento crítico na análise dos problemas sociais locais. A partir desse mesmo referencial teórico é possível formular críticas às instituições, organizações, práticas que os sujeitos adotam, sabendo-se, neste caso específico, que todos os terapeutas, psicólogos e psicanalista realizam suas práticas dentro de instituições que definem fronteiras mais ou menos flexíveis, sejam instituições religiosas ou que possuem uma cultura institucional própria que regulam o acolhimento. Essas instituições, umas mais que outras, são capazes de oferecer recursos a seus profissionais, mas todas de um lugar de decisão sobre o corpo de um outro, o do terapeuta e o do migrante refugiado. Essa é uma abordagem que se posiciona contra os mecanismos de opressão e exploração social e que promove sua mudança social para garantir o bem-estar de todos (HEPBURN, 2004, 51).

A força da perspectiva dos estudos migratórios se organiza desde o começo numa dinâmica de atravessamento de campos que se justificam pela complexidade e pelas dimensões mobilizadas nos fenômenos observados. A

característica da transdisciplinaridade parece restituir ao objeto sua dimensão heterogênea, cujo compromisso se estabelece em coerência com o objeto e se legitima na consolidação de saberes que se desdobram. A psicologia, dentro dos Estudos Migratórios, tem seu percurso atravessado por outros campos, porém estabelece suas contribuições originais que contribuem para a escuta e intervenção no campo das migrações.

5 AS MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS

5.1 MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS NO BRASIL

Diante do objetivo desta pesquisa de melhor entender os desafios da experiência clínica de psicoterapeutas que trabalham com populações na condição de refúgio, é importante traçar o perfil das novas migrações, as quais carregam essas outras culturas para o espaço terapêutico.

Desde junho de 2019, o CONARE (2018) , tendo como referência a Declaração de Cartagena de 1984 sobre Refugiados, reconheceu a situação de “grave e generalizada violação de direitos humanos” na Venezuela, o que permitiu um procedimento acelerado, sem passar por entrevista, para solicitantes de refúgio, com critérios específicos. Desse modo puderam ser reconhecidos na condição de refugiados: “venezuelanos ou pessoas apátridas, que residiam na Venezuela que saíram até duas vezes do Brasil desde 2016, com mais de 18 anos, com documento de identidade venezuelano, sem antecedentes criminais, sem qualquer outro tipo de permissão de residência”, (ACNUR, 2020a).

Em agosto de 2020 o país passou a ser o que mais acolhe refugiados na América Latina com o reconhecimento de mais de 46 mil venezuelanos refugiadas e refugiados. O país tomou a dianteira quanto à proteção internacional de refugiados na região, a maioria venezuelana, ou apátridas residentes na Venezuela. Pessoas que devido a “eventos de ordem pública na Venezuela” tinham sua vida, segurança e liberdade ameaçadas (ACNUR, 2020a).

Os desafios complexos que sobrecarregaram os sistemas nacionais de refúgio, foram agravados pela pandemia de COVID-19, precisando de uma resposta rápida do CONARE, com população refugiada no Brasil de 55 países diferentes, sendo que os venezuelanos representavam 90% desse total. As autoridades brasileiras estimam que cerca de 260 mil venezuelanos no território. Até julho de 2020, o Brasil contabilizava mais de 130 mil solicitações de refúgio de venezuelanos (ACNUR, 2020a).

Anterior a 2020, o ano de 2017 foi para o Brasil o período em que o país teve o maior crescimento no número de pedidos de refúgio, um total de 33.866. Nesse ano foram 13.639 solicitações de refúgio, desconsiderando os de

venezuelanos. Eram 6.287 em 2016, 13.383 em 2015 e 11.405 em 2014 (CONARE, 2018). Desse universo, os pedidos de venezuelanos somam mais da metade, com 17.865 solicitações. Cubanos foram responsáveis por 2.373 solicitações, haitianos 2.362 e angolanos 2.036. No estado de Roraima foram 15.955 pedidos, em São Paulo 9.591 e no Amazonas 2.864, sendo esses os estados que receberam o maior número de solicitações de refúgio, segundo dados da Polícia Federal. O relatório mais recente foi lançado em julho de 2019 e revela que mais de três quartos das solicitações pertencem a venezuelanos.

No Brasil, cabe ao Comitê Nacional para Refugiados (Conare) a responsabilidade de analisar e conceder, ou não, esses pedidos de refúgio. Esse órgão, vinculado à Secretaria Nacional de Justiça (SNJ) do Ministério da Justiça, autoridade que analisa e decide sobre todos os recursos dos solicitantes de refúgio no Brasil, é responsável por estabelecer políticas em relação ao refúgio, bem como orientar e coordenar as ações necessárias à eficácia da proteção, à assistência e ao apoio jurídico aos refugiados no país. Cabe à Polícia Federal receber os pedidos e emitir documentos provisórios ou definitivos relativos ao status do estrangeiro. O número total de refugiados reconhecidos no Brasil até 2018 era de 11.231. De todos os pedidos recebidos em 2018, apenas 1.086 pessoas foram reconhecidas como refugiadas (CONARE, 2019).

Essas instâncias operam de acordo com as diretrizes do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), encarregado pela Organização das Nações Unidas (ONU) de “coordenar ações internacionais para a proteção dos solicitantes de refúgio e refugiados e a busca de soluções duradouras para seus problemas”, conforme consta do *Refugee status determination/Asylum procedures* (ACNUR, 2014). O ACNUR conta com o auxílio de organizações da sociedade civil com experiência no tema do refúgio para prestar assistência ao estrangeiro. Essa assistência visa sua integração no território brasileiro por meio de orientações, informações e encaminhamentos relativos à moradia, saúde, educação, documentação, cursos de português, inclusão no mercado de trabalho, entre outros. Essas organizações, presentes em três das principais cidades do país, são: a Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro (CARJ); a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP) e o Instituto Migrações e Direitos Humanos (IMDH), em Brasília.

Dos mais de 11 mil refugiados reconhecidos até 2018 no Brasil, somente 5.134 ainda permaneciam no país com o registro ativo, conforme consta na terceira edição do relatório Refúgio em números, divulgado pelo Conare. Esses números apontam que somente metade dos migrantes cuja condição de refúgio foi reconhecida ainda permanecia ativa em 2018. Segundo Batista, em entrevista ao Jornal Migramundo (DELFIM,2018), esse cenário se deve, dentre outros fatores, ao fato de que

muitos refugiados se naturalizaram brasileiros, outros faleceram ou retornam ao país de origem ou ainda tiveram sua condição revogada pelo Conare, pois saíram do país sem autorização e perderam a condição de refugiados nos termos da Lei n. 9474/97 ou voluntariamente foram buscar proteção em outro lugar. (DELFIM,2018)

O pedido de refúgio no Brasil é apontado como o mais prático de ser obtido, segundo Laferté, coordenador-geral do Conare (2018). O Brasil se torna um país de passagem, diante da relativa facilidade para se obter uma documentação inicial para solicitantes de refúgio. Quando é dada entrada à solicitação de refúgio, o imigrante imediatamente recebe sua carteira de trabalho e acesso aos serviços públicos. Sabemos, no entanto, que isso não basta para o projeto de vida de alguém que pouco ou nada tem e precisa reconstruir sua independência econômica e emocional. Durante o tempo em que espera pela resposta, o migrante se articula para se estabelecer nesse novo território, aprender a língua e encontrar um emprego ou uma recolocação que garanta seu sustento. Entretanto, devido às dificuldades para se obter reconhecimento de diplomas pelo Estado brasileiro, muitos se ocupam de atividades sem que suas qualificações sejam consideradas ou mesmo aproveitadas em suas novas funções.

O Brasil reconhece como refugiado todo aquele “que sofre de fundado temor de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas” (Conare, 2014). Essa definição foi ampliada pela ACNUR, estendendo a condição de refúgio àqueles que são vítimas de crise humanitária na qual experimentam privações graves tais como acesso a alimentos, medicamentos, serviços básicos e renda.

Se de um lado a nova lei migratória do Brasil, em vigor desde o final de 2017, desburocratiza a aquisição do direito de residência e isenta de taxas os migrantes pobres que a solicitam, por outro, um número significativo daqueles

que conseguem esse reconhecimento no Brasil vivem em situação de desamparo e extrema pobreza. Dependendo da origem, cor, religião, gênero e poder aquisitivo, as dificuldades para se encontrar emprego são diferentes também por ser complicado o reconhecimento de diplomas e qualificações que, em muitos casos, não podem ser comprovadas pela falta de documentos, deixados para trás ao fugirem de seus países às pressas, ou mesmo destruídos em bombardeios e catástrofes, por exemplo.

A Venezuela enfrenta há alguns anos uma grave crise política e econômica em que fatores como o aumento da pobreza, a falta de alimentos e a hiperinflação – que se instalaram durante o governo do presidente Nicolás Maduro – levaram, em 2017, 17.865 pessoas a solicitarem refúgio no Brasil. A população venezuelana até 2018 não era considerada necessitante de refúgio, de modo que somente duas pessoas haviam obtido reconhecimento (IDOETA, 2018) nesse ano. O número de venezuelanos no território brasileiro crescia a despeito de serem reconhecidos como refugiados. Estima-se que até 2019 o país contabilizava 164 mil venezuelanos, sendo que desse total, 17 mil foram reconhecidos refugiados em dezembro de 2019. Diariamente, cerca de 500 venezuelanos continuam atravessando a fronteira com o Brasil, sobretudo em Roraima.

Essa realidade culminou no que vem sendo descrito como o maior êxodo da história recente da América Latina, com cerca de 4 milhões de migrantes, segundo o último relatório da ACNUR (2019). O Peru que, a princípio, era o país que mais recebia venezuelanos, desde 2014 é superado pela Colômbia, que hoje acolhe 1.174 mil pessoas (ACNUR, 2019).

Em 2018, o número de solicitações de refúgio no Brasil bateu um novo recorde, 80.057. Desse total, foram 61.681 pedidos de venezuelanos, 7 mil solicitações de haitianos, 2.749 de cubanos, 1.450 de chineses e 947 de bengaleses. Os estados onde se encontra o maior número de demandas são Roraima (50.770) e Amazonas (10.500); São Paulo fica em terceiro lugar (9.977), (ACNUR, 2019).

O Haiti é o segundo país com maior número de solicitações no total acumulado de 160 mil, (Polícia Federal/Ministério da Justiça, 2019). Consequências do terremoto de 2010 vem forçando muitos haitianos a migrar para o Brasil. O pedido de refúgio é feito diante da dificuldade de obtenção de

outros tipos de vistos de permanência no país. Não reconhecendo a tragédia haitiana como condição de refúgio, mas diante da necessidade de intervir para ajudar esse país a sair da crise, para acolher essa demanda e outras do mesmo tipo, o Brasil começou a conceder a partir de 2012 o chamado visto humanitário, que, desde o início da crise até 2018, chegou a 60 mil reclamantes.

Cuba foi o país com o terceiro maior número de solicitantes em 2018, com 2.749 (Polícia Federal/Ministério da Justiça, 2019). Desde 2015, há um aumento progressivo no número de solicitações, sendo que o maior salto ocorreu entre 2015 e 2016, de 369 para 1.370. Esse país – cujas dificuldades econômicas vêm se agravando com base nas restrições que o regime castrista e o embargo comercial estadunidense impõem – persegue aqueles que porventura estejam em desacordo com seus líderes políticos e faz com que esses cidadãos sejam obrigados a abandonar seu território. Entre 2016 e 2018 o Brasil estabeleceu o programa Mais Médicos²⁷, promovido pelo Governo Federal e que pode ter contribuído com o aumento de pedidos de refúgio, na ocasião dos deslocamentos desses profissionais ao território brasileiro.

Da China, o Brasil recebeu 1.462 solicitações de refúgio em 2017. Esse número permaneceu estável em 2018, com 1450 pedidos (Polícia Federal/Ministério da Justiça, 2019). Tantas solicitações de chineses parecem surpreender, e seus motivos permanecem ainda um mistério para o governo brasileiro. “Talvez para alguns chineses o Brasil ofereça condições relativamente melhores, e eles optem pelo refúgio por ser a opção mais simples”. (LAFERTÉ, 2018).

Há mais de 70 anos sob um rigoroso regime comunista, a China caminha para se tornar a primeira potência mundial. Mesmo diante de hercúleos avanços econômicos, o país é constantemente acusado de violações de direitos humanos por parte de organizações internacionais como a *Human Rights Watch*. As acusações são de falta de liberdade de imprensa, já que no país os meios de comunicação são controlados pelo governo e veiculam propaganda do estado.

²⁷ Criado em 2013 pelo governo brasileiro para ampliar a atenção primária em saúde e suprir a carência de médicos. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) colabora com a iniciativa ao articular acordos entre Brasil e Cuba para viabilizar a mobilização de médicos cubanos para atuar no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). (Organização Pan Americana de Saúde). Página web institucional. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347>. Acesso em 08.2020.

Segundo essa mesma organização, a China controla o fluxo de informações na internet, isolando, excluindo e vigiando os usuários no território. Seu controle se estende às academias e comunidades religiosas. Assim, aqueles cujas opiniões são contrárias ao regime são detidos arbitrariamente, deixando suas famílias sem informação, reféns e sob constante terror, pois há muitos relatos de tortura.

Bangladesh é um pequeno país que se situa numa região conhecida como subcontinente indiano. O país faz fronteira com a Índia e Mianmar, 90% de seu território está em uma altitude inferior a 10m e, com isso, sofre frequentemente com enchentes e alagamentos. Tais acontecimentos são a causa de mortes e deslocamentos. É um dos territórios mais povoados do mundo, com uma economia instável que resulta em altos índices de pobreza e desnutrição. Após sua independência em 1972, o país vem alternando sua governança por diferentes regimes ditatoriais.

Angola aparece nesse ranking com 2.036 pedidos em 2017, sendo que em 2018 esse número baixou para 494 (Polícia Federal/Ministério da Justiça, 2019). A partir de 2012, reconhecida a estabilidade no país, os angolanos não são mais percebidos internacionalmente como grupo necessitante de refúgio, pois o conflito armado que levou 600 mil pessoas a fugirem teve fim. A proximidade com a língua é explicada como um dos fatores que continua a fazer com que muitos angolanos peçam refúgio para migrar para o Brasil (LAFERTÉ, 2018).

A Índia apareceu em 2018 na lista de solicitações de refúgio brasileira com 296 demandas (Polícia Federal/Ministério da Justiça, 2019). Segundo relatórios das Nações Unidas, as violações constantes de direitos humanos de minorias seriam o principal motivo desses pedidos de refúgio. Dentre essas minorias podemos citar o caso dos Rohingya, de credo muçulmano, que vêm sendo alvo de uma limpeza étnica maciça, por meio de deportações para Mianmar. A Índia vem perseguindo pessoas cujas identidades étnica e religiosa diferem do hinduísmo, único credo autorizado no país.

A Síria, desde 2011 palco de uma guerra civil que já vitimou mais de 400 mil pessoas e forçou à fuga 5,6 milhões (ONU), contava até 2017 com 823 pedidos de refúgio ao Brasil, dos quais 310 foram reconhecidos no mesmo ano. Em 2019 esse número baixou para 285. Até 2018, a condição de refugiado foi reconhecida a um total de 2,7 mil sírios no país, segundo relatório do Conare.

Em 2018, o Brasil recebeu 262 solicitações de refúgio da Colômbia, país assolado por meio século de conflitos com as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (FARC) e que, mesmo depois do tratado de paz de 2016, continua sofrendo com os efeitos dos anos de violência e ausência do Estado. Esse conflito gerou 7,4 milhões de pessoas deslocadas internamente desde 1985 (TRINDADE VIANA, 2009). Mesmo depois do acordo com as FARC, existem desafios a serem enfrentados em localidades onde o partido dos guerrilheiros, outros grupos insurgentes, traficantes de drogas e forças paramilitares assumiram o poder.

Do Senegal, em 2017, o Brasil recebeu 1.221 pedidos de refúgio. Mesmo sendo um país com democracia estável, alguns territórios do Sul tem sido palco de conflitos separatistas que vitimaram centenas de pessoas. Em 2018 esse número foi de 250 solicitações (Polícia Federal/Ministério da Justiça, 2019). Essa é uma migração reconhecidamente de origem econômica, a qual raramente é atribuído o estatuto de refúgio (LAFERTÉ, 2018).

Em 2017 foram 549 pedidos de refúgio de nigerianos, que se deram em decorrência dos conflitos étnicos no país, onde grupos armados, como os extremistas islâmicos de Boko Haram, perseguem, capturam, torturam e matam milhares de pessoas. A organização desses grupos tem levado à fuga pessoas que, por não aderirem às normas impostas pelos extremistas, temem por suas vidas. Metade das solicitações são atendidas e entendidas como legítimas dentro da lógica do refúgio, a outra parte é considerada como migração econômica, de acordo com as histórias de cada solicitante e os critérios atendidos.

A República Democrática do Congo tem vivido anos de conflito que tem levado 1,7 milhão de congoleses a deixar o país em busca de proteção em outros territórios. O Brasil recebeu, em 2017, 364 pedidos de refúgio de congoleses, sendo que 106 obtiveram esse status reconhecido. Estima-se que até 2018 foram mais de 6 milhões de vidas perdidas naquele país. Laferté (IDOETA, 2018), em entrevista à BBC, revela que “alguns relatos são confusos e contraditórios e nem sempre se caracterizam como perseguição a ponto de ser considerado refúgio”.

Os pedidos vindos da Guiné-Bissau chegaram a 338 em 2017. Esse é um dos países mais pobres do continente africano que, desde sua independência,

nunca conseguiu manter um governo estável, alternando regimes mais democráticos e outros militares autoritários. O país tem 14% de falantes de português em sua população. A maioria dos pedidos são considerados migração por razões econômicas e raramente o status de refugiado é concedido a guineenses.

O Brasil ainda recebeu da República da Guiné solicitações de reconhecimento de refúgio de 227 pessoas. O país, que também figura entre os países mais pobres da África, é território de frequentes conflitos de origem étnica, política e religiosa em seu âmbito interno e com países limítrofes, motivo para deslocamentos maciços de pessoas.

Foram 267 os pedidos de paquistaneses, também em fuga do extremismo religioso que persegue formas de fé islâmica. A tentativa de consagrar um território para os indianos de fé muçulmana fracassou, mesmo com as muitas divergências relativas às formas de se praticar o credo, dando lugar às tensões e massacres locais. No Brasil, as pessoas originárias do Paquistão encontram trabalho nos matadouros *halal*, palavra árabe para designar aquilo que é permitido dentro dos preceitos do Islamismo e empregada sobretudo a alimentos preparados segundo essas normas.

O Líbano foi um dos países onde a guerra da Síria teve maior repercussão. Muitos libaneses que moravam na fronteira com a Síria obtiveram seu status de refugiados reconhecido no Brasil devido às ameaças e perseguições das quais foram vítimas. Em 2017 o Brasil recebeu 223 pedidos de pessoas perseguidas pelo Estado Islâmico, por extremistas religiosos e pelo Hezbollah, grupo xiita presente no território libanês.

Ao longo de 2017, somente 587 migrantes obtiveram o status de refugiado reconhecido pelo Conare, em sua maioria homens (71%). Desses, 44% têm entre 30 e 59 anos, 33% estão na faixa etária entre 18 e 29 anos e 14% têm entre 0 e 12 anos. As demandas contabilizadas e que aguardam tratamento pelo Conare, até final de 2018, passaram de 90 mil, de acordo com a SNJ.

Quadro 1 - Número de refugiados acolhidos no Brasil entre 2010-2020

Ano	Número de refugiados no Brasil
2010	3.904
2011	4.035
2012	4.284
2013	4.975
2014	7.262
2015	8.493
2016	9.552
2017	10.145
2018	11.231
2019	11.231
2020	43.000

(Fonte: UNHCR, 2020)

Diante do panorama exposto, percebe-se a multiplicidade de fatores de perseguição, econômicos e ambientais, políticos e sociais que enfrentam aqueles que buscam refúgio no Brasil. Delinear esse cenário é uma escolha que visa descrever um pouco sobre aqueles que o terapeuta recebe em sua prática clínica no território de acolhimento. Esse termo, no entanto, dá a falsa impressão sobre o que de fato acontece no novo território, pois nem sempre esse migrante é bem recebido, e, portanto, de fato acolhido. Está claro que essas descrições concisas não exaurem a constelação de experiências que cada um carrega. Na ausência de lugares de fala do migrante refugiado, a não ser pela palavra do terapeuta, um pouco de quem busca tratamento fica exposto e, assim, a complexidade de sua escolha em migrar e as dificuldades enfrentadas para fazê-lo.

5.2 INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

As instituições que atuam no Brasil estão distribuídas nos grandes centros urbanos como São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Florianópolis e em regiões de fronteira, como Roraima. Elas oferecem acolhimento temporário, umas oferecendo abrigo e outras focando em questões burocráticas para estabelecimento no território.

Em São Paulo há a Casa do Migrante²⁸ e os Centros de Acolhida²⁹. Além delas, para atender as necessidades jurídicas do migrante, existe a Pastoral do Migrante. Conta-se ainda com as orientações e serviços da Missão Paz³⁰ e do Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI)³¹, na mesma cidade e em Florianópolis. Cabe salientar que a Missão Paz juntamente aos Médicos sem Fronteiras são as únicas instituições que oferecem apoio psicológico aos profissionais que atuam junto a esta população. No Rio de Janeiro os migrantes podem encontrar apoio psicossocial por meio da Cáritas³² e da Cruz Vermelha³³, todos operando com o apoio do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR).

Dentro do atendimento à saúde mental em São Paulo existe o Projeto Pontes, que oferece

atendimento psicanalítico a todos aqueles que precisem falar e ser escutados na tentativa de elaborar os efeitos da imigração: deslocamentos, diferenças culturais e étnicas, nova língua e referências sociais, constituição de novos laços familiares e sociais,

²⁸ A Casa do Migrante tem o objetivo de acolher migrantes brasileiros recém-chegados; imigrantes e refugiados, indivíduos envolvidos no drama mundial da mobilidade humana, sem distinção de sexo, etnia, cor, credo, nacionalidade ou qualquer outra forma passível de discriminação. Página institucional. Disponível em: <<<http://www.missaospaz.org/noticias/casa-do-migrante>>>. Acesso em 03.2020.

²⁹ O acolhimento é feito pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). A Prefeitura Municipal de São Paulo possui, atualmente, 572 vagas destinadas para migrantes. Página web institucional. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_d_ecente/crai/index.php?p=186982>. Acesso em 03.2020.

³⁰ A Missão Paz busca “acolher os migrantes, imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados, respeitando suas histórias e identidades, visando possibilitar integração e protagonismo em novos contextos sociais; promover políticas públicas e o acesso à direitos por meio do diálogo com as diferentes esferas nacionais e internacionais”. Página web institucional. Disponível em <<http://www.missaospaz.org/>>. Acesso em 03.2020.

³¹ O Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI) é um serviço público da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, da Prefeitura de São Paulo e de Florianópolis. Oferta apoio especializado e multilíngue para migrantes, com foco em orientações sobre regularização migratória e acesso a direitos sociais, orientação jurídica e do serviço social, bem como encaminhamento de denúncias de violações de direitos humanos.

Página web institucional. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_d_ecente/crai/>. Acesso em Mar.2020.

³² A Cáritas oferece o “Centro de Referência para Refugiados”, um projeto da Cáritas Arquidiocesana de São Paulo realizado na sede da Cáritas no centro da cidade que tem como objetivo o apoio na integração e proteção de solicitantes de refúgio e refugiados na capital. Página web institucional. Disponível em: <<https://www.caritassp.org.br/centro-de-referencia-para-refugiados/>>. Acesso em Mar.2020.

³³ A Cruz Vermelha é a principal instituição de ajuda humanitária do mundo. No Brasil está presente em 21 estados. Faz o acolhimento de refugiados migrantes e suas famílias, oferecendo atendimentos médico, psicológico e odontológico, além de café da manhã e cestas básicas. Página web institucional. Disponível em:<<<http://www.cruzvermelha.org.br/en/institucional/>>>. Acesso em Mar.2020.

preconceito, discriminação e violência, dificuldades de inserção social e para arranjar emprego etc. (SEDES, 2019).

Atendimentos são também oferecidos pelo Grupo Veredas³⁴, comprometido com intervenções clínico-políticas em uma parceria com a Casa do Migrante. Eles oferecem escuta psicanalítica em atendimentos que podem acontecer em grupo ou individualmente. Atendimentos são oferecidos ainda por psicólogos do Centro de Referência para Refugiados da Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro, São Paulo e Florianópolis. Em Curitiba foi criado o Núcleo de Psicologia e Migrações do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (NUPSIM), que reconhece a importância de acolher e atender necessidades que vão desde as mais básicas, como abrigo, alimentação, até cuidados com a saúde mental. Da mesma forma, dentro da Universidade Federal do Paraná (UFPR) foi destinado um espaço clínico para atender demandas dessa população. Existe também um importante serviço prestado pela Sociedade Brasileira de Psicanálise que oferece um espaço de escuta para profissionais que atendem migrantes. Em Florianópolis, o Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas (NUMPsi) vem oferecendo, desde 2012, um espaço de escuta especializado em problemáticas da saúde mental de refugiados e migrantes.

Além da saúde mental, outras entidades oferecem cuidados de outras naturezas tendo também a população migrante como seu público. A Habitare oferece atendimento materno-infantil para mães migrantes, a Casa Angela e diversas outras entidades de cunho religioso atuam em prol do bem-estar de migrantes. A mobilização de diferentes instâncias tem contribuído para o aumento de espaços de discussão, como também para avanços na formação de profissionais que atuam na área.

As universidades brasileiras têm tido um papel decisivo na oferta de espaços, dentro de suas clínicas, voltados para a saúde mental visando acolher essa população. Desde 2014, com o apoio da ACNUR, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Centro Universitário Vila Velha (UVV), a Universidade Católica de Santos (UniSantos),

³⁴ Página institucional – VEREDAS Disponível em: <<https://www.veredaspsi.com.br/sobre>>. Acesso em Mar.2020.

a Universidade Federal do Paraná (UFPR), a Universidade Federal do ABC (UFABC), a Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) trabalham com esse intuito.

5.3 AS MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS NOS ESTADOS UNIDOS

Historicamente, os Estados Unidos sempre lideraram o processo de reassentamento de refugiados, recebendo dezenas de milhares todos os anos. Assim como na Europa, a política estadunidense para refugiados tem origem nos acontecimentos em torno da Segunda Guerra Mundial. Nessa época, os refugiados que fugiam dos países comunistas eram acolhidos com facilidade, como os húngaros nos anos 1950, os cubanos nos anos 1960 e os vietnamitas e cambojanos nos anos 1970 (BON TEMPO, 2010, p.565-567). Com a assinatura da Lei dos Refugiados pelo presidente Jimmy Carter em 1980, deu-se início a uma nova dinâmica do refúgio que permitiu elevar cotas globais e direcionar as preocupações e projetos para atender essa população. Em 2001, com o atentado de 11 de setembro, foi sancionada a Lei Patriótica, que incidiu negativamente no número de refugiados que deveriam ser acolhidos.

Quadro 2 - Número de refugiados acolhidos nos Estados Unidos entre 2004-2017

Ano	Número de refugiados nos EUA
2004	28.253
2005	23.289
2006	14.382
2007	32.007
2008	4.883
2009	62.011
2010	54.077
2011	43.215
2012	53.053
2013	47.750
2014	48.911
2015	52.583
2016	78.761
2017	24.812

(FONTE: UNHCR, 2018)

Desde 1975, os EUA receberam mais de 3 milhões de refugiados. Desses, 636.066 durante o governo de Barack Obama (2009 a 2017), quando o número de refugiados anuais que poderiam entrar no país passou de 85 mil, no ano fiscal

de 2016, para 110 mil, no ano fiscal de 2017 (U.S. DEPARTMENT OF STATES, 2017). Com a mudança de governo, em janeiro de 2017, o novo presidente, Donald Trump, emitiu ordens executivas para que houvesse uma redução do teto de admissão de refugiados para o ano fiscal de 2018, que passou de 110 mil para 50 mil, e para que se suspendesse o programa de reassentamento de refugiados por 120 dias.

As mudanças ordenadas tiveram impacto imediato no número de acolhimentos. Até o ano fiscal 2019, mais de 42 mil refugiados foram reassentados. Dos deslocados, apenas 1% teve o estatuto de refugiado reconhecido (UNHCR, 2018c). Estas mudanças que apontam para um número menor de pessoas reconhecidas não refletem uma diminuição real do fluxo. Muitos continuaram migrando alguns permanecendo indocumentados, outros detidos e deportados. No ano de 2018, até setembro foram um total de 22.491 refugiados reassentados, cujas origens estão distribuídas entre Congo (somados os refugiados provenientes da República Democrática do Congo e da República do Congo - RDC e ROC, respectivamente), Mianmar (antiga Birmânia), Ucrânia, Butão e Eritreia. Outro dado importante em relação ao perfil de refugiado que se pode destacar é o credo. Do total aceito nos EUA até 2016, 68,1% proclama fé cristã e 15,5% muçulmana, além de 9,3% animistas (U.S. DEPARTMENT OF STATES, 2017).

O número de migrantes forçados e suas origens mudam de acordo com os acontecimentos históricos. Entre 2008 e 2016, que foram os anos de maior pico de migrações forçadas para os Estados Unidos, o país recebeu 9.781 refugiados sudaneses. O Sudão sofreu durante décadas com um conflito que eclodiu em 2013 e que vitimou dezenas de milhares de pessoas. Mais de 4 milhões de deslocados internos e quase 2,5 milhões de refugiados em países vizinhos, como Uganda do Sul, onde residem cerca de 1 milhão de refugiados sudaneses, representavam cerca de metade da população total de refugiados do país (UNICEF, 2019).

Dentre os dez países que possuem a maior população de refugiados está a Eritreia, que conquistou sua independência da Etiópia em 1993. Uma guerra de 30 anos em que sucessivos conflitos com países vizinhos, Sudão, Etiópia e Djibuti, forçaram a migração de centenas de milhares de eritreus, segundo estimativas da ONU. Desses, 15.067 encontram-se nos Estados Unidos,

compondo o leque de países com maior número de refugiados nos EUA (HRW, 2018).

Provenientes da Síria, estima-se que 18.101 refugiados residam nos EUA, após os conflitos nesse território, que se estendem há mais de 7 anos e que obrigaram 12,5 milhões de pessoas a abandonar suas casas (CONNOR, KROGSTAD, 2016). No ano fiscal de 2016, o governo Obama reasentou 12.587 refugiados sírios, mais de 20% acima da meta original.

Em 2014, cerca de 1700 iraquianos entravam no país todos os meses, número que diminuiu consideravelmente até pelo fato de terem sido incluídos na lista dos países banidos em 2017 pelo governo Trump. Nessa lista figuram outros dez países além do Iraque, quais sejam, Egito, Irã, Líbia, Mali, Coreia do Norte, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Síria e Iêmen, além de palestinos, não mais aceitos.

Os cubanos presentes no território somam 28.068 admitidos entre 2008 e 2016. A migração começou após a Revolução Cubana em 1959, com a ascensão de Fidel Castro, que levou ao término do regime de Fulgencio Batista. A partir dos anos 1960, a maioria dos cubanos que chega aos EUA é recebida por meio de disposições especiais. A população cubana cresceu quase seis vezes em uma década, de 79 mil em 1960 para 439 mil em 1970 (BATALOVA, ZONG, 2017). Na década de 1990, vigorava a política *wet feet, dry feet*. Sob essa regra, os cubanos que conseguissem chegar ao solo dos Estados Unidos seriam autorizados a permanecer, enquanto aqueles que fossem resgatados no mar seriam barrados.

Os Estados Unidos receberam do Irã 30.194 refugiados. O país sofreu um longo conflito com o Iraque (1980-88), quando as forças iraquianas invadiram o Irã ocidental. Mesmo com o cessar-fogo de 1988, o acordo foi assinado somente em 16 agosto de 1990. Pela vizinhança com regiões em conflito, o país é terra de refúgio de muitos que de lá fazem suas solicitações para outros países. Nele estão reasentados cerca de 1 milhão de afegãos com autorização de residência legal e outros de 2 milhões sem documentos. Em outubro de 2016, a República Islâmica do Irã era o quinto maior país anfitrião de refugiados da Jordânia, Turquia, Paquistão e do Líbano, com cerca de 979.400 migrantes forçados que fugiam do Afeganistão e do Iraque (UNHCR, 2018).

A República Democrática do Congo vive uma situação humanitária dramática em razão de uma onda de violência que obrigou centenas de milhares de pessoas a fugir. Mais de 2,2 milhões abandonaram suas casas somente em 2017, elevando o número total de deslocados internos para 4,5 milhões, o mais alto, se comparado a qualquer outro país africano. Forças de segurança e grupos armados congolezes vitimaram milhares de civis, somando cerca de 6 milhões de congolezes mortos em decorrência a conflitos, tornando-os os mais mortíferos desde a Segunda Guerra Mundial. Milhares fugiram para Uganda, Angola, Tanzânia e Zâmbia. Desses, 44.350 residem nos EUA como refugiados (HRW, 2018).

A Somália vem enfrentando conflitos que vitimaram centenas de civis em ataques perpetrados pelo grupo armado islâmico Al-Shabab, particularmente em Mogadíscio, capital do país. Operações militares contra o Al-Shabab por forças do governo e milícias somalis, tropas da Missão da União Africana na Somália (AMISOM) e outras forças estrangeiras, resultaram em mortes e inúmeras violações de direitos que levaram ao deslocamento forçado milhares de civis. Encontram-se nos EUA cerca 57.137 refugiados somali, um dos grupos mais numerosos (HRW, 2018).

O Butão é um pequeno reino no Himalaia, localizado entre a China e a Índia. A partir de 1991, mais de um sexto do povo pediu asilo no Nepal, na Índia e em outros países do mundo. A grande maioria dos refugiados são Lhotshampas, um dos três principais grupos étnicos do Butão, que foi obrigado a deixar o país no início dos anos 1990. Mais de 105 mil butaneses passaram de 15 a 20 anos vivendo em campos de refugiados administrados pelo ACNUR no Nepal, de acordo com a ONG Butanesa de Refugiados (UNHCR, 2018). Desde 2008, um processo de reassentamento tenta estabelecer novos lares para esses migrantes que passam a se estabelecer em outros países, como nos EUA – onde já somam 91.809 – Canadá, Austrália, Nova Zelândia e outros no continente europeu.

O Iraque é o segundo país com a maior população de refugiados presentes nos EUA, um total de 136.607. O conflito vivido pelo país levou a 3 milhões de deslocamentos internos e cerca de 220 mil refugiados em outros países. O país ainda conta com 300 mil refugiados vindos de países vizinhos, sobretudo da Síria (UNHCR, 2018).

Mianmar é um pequeno país de onde hoje partem atualmente os Rohingya em migração forçada. Esse é um grupo étnico muçulmano que pratica uma variação do islamismo sunita com influência do sufi (ALBERT; CHATZKY, 2018). Há uma estimativa de que haja 3,5 milhões de Rohingya espalhados pelo mundo. Por diferirem dos grupos budistas dominantes de Mianmar, tanto na língua como na religião, passaram a ser perseguidos e mortos, o que levou a uma fuga em massa, de modo que esse é o grupo com a maior população de refugiados presentes nos EUA, 146.527 indivíduos.

A distribuição das diferentes populações de refugiados nos EUA coloca o Minesota dentre os estados com o maior número de migrantes per capita. De acordo com a agência de recenseamento e apoio aos refugiados dos EUA (U.S. CENSUS BUREAU, 2018), segundo a qual a população com esse status é de 13%, contra 2% na média geral do país. O Minesota recebeu oficialmente 3.059 refugiados de diferentes países apenas em 2016, isso sem levar em conta aqueles que entraram por outros estados e que, em seguida, para ali se mudaram.

Até setembro de 2015, foram 4.523 refugiados que entraram no estado em um período de dois anos e cerca de 3.864 refugiados em mudança de outros estados, segundo dados do Serviço de Reassentamento de Refugiados (ORR, 2016). Trata-se, portanto, de uma migração secundária maior do que em todos os outros estados combinados. Isso resulta no fato de que esse é o estado em que cerca de 8% da população local é estrangeira, segundo registros demográficos. Além dos refugiados no estado do Minesota, estão presentes populações de outras origens que migraram em diferentes épocas, com propósitos diferentes e incentivos por parte do governo estadunidense.

A diáspora somali é a mais antiga e numerosa na cidade de Mineápolis, a maior do estado do Minesota, e conta com cerca de 100 mil pessoas que começaram a chegar nos anos 1980 a partir de programas de intercâmbio ou negócios, e em função da guerra civil que assolou a Somália nos anos 1990. Até 2017, este permanece como o grupo mais numeroso acolhido no estado. Dos 1.405 refugiados somalis que chegaram ao país, mais de 700 somalis foram reassentados em Mineápolis. O segundo maior grupo a chegar nesse mesmo ano é originário do Mianmar. Dos 658 refugiados que chegaram em 2018, 391 foram para Saint Paul, capital do estado, e 183 para Mineápolis. O estado do

Minnesota recebeu ainda 126 pessoas do Butão, 98 da República Democrática do Congo, 277 da Etiópia, 167 do Iraque e 80 da Ucrânia.

No ano fiscal de 2016, 3.009 refugiados foram reassentados nesse estado, de acordo com estatísticas do Centro de Processamento de Refugiados (2019). Em 2017, o número caiu para 918, e em 2018 o número seguiu em queda, foram 668 pessoas recebidas. Seguindo a tendência nacional decrescente, em 2019 esse estado recebeu 891 refugiados. Essas mudanças se devem às alterações que o governo, sob a liderança do presidente Trump, impôs ao acolhimento de refugiados. Alguns países passaram a ser excluídos da possibilidade de solicitar refúgio, uma lista que não é definitiva e ora inclui, ora exclui países de acordo com a política migratória nacional. Pela primeira vez desde o *Refugees Act* de 1980, os Estados Unidos não foram o país que mais reassentou migrantes, tendo recebido 23 mil pessoas em todo o território, enquanto o Canadá recebeu 28 mil (*Admissions Reports*, 2020).

O número de refugiados presentes no Brasil é inferior ao que é recebido nos Estados Unidos. O processo de reconhecimento do estatuto de refugiado é moroso e, em 2017, apenas 597 pedidos foram reconhecidos diante das 90 mil solicitações submetidas. As populações mais numerosas que buscam acolhimento no território vêm de regiões limítrofes, de países vizinhos, devido à instabilidade política e econômica, além de perseguição ideológica e religiosa. Em número menor, o Brasil também recebe pedidos de pessoas vindas de países africanos ou do Oriente Médio. Os Estados Unidos têm um longo histórico de acolhimento de populações refugiadas. As populações de diferentes etnias chegaram em grande número no país até 2017, ano em que a mudança no governo alterou consideravelmente o montante daqueles que poderiam ser acolhidos no território.

6 REFÚGIO E SAÚDE MENTAL

Nos Estados Unidos, os refugiados que chegam ao país passam por uma avaliação da saúde cujo intuito é o de verificar seu estado e encaminhar para serviços condizentes, também passam por uma avaliação psicológica superficial em que recebem orientação sobre onde obter ajuda (SHANNON et al., 2012, p.384). No Brasil, o solicitante de refúgio recebe encaminhamento ao sistema de saúde caso seja verificado durante a entrevista tal necessidade ou quando solicitado pelo refugiado. No que diz respeito à saúde mental, nenhum tipo de avaliação é feito, nem existem pesquisas que acompanhem demandas específicas dessa população.

Os processos migratórios provocados por questões econômicas, políticas ou ambientais expõem migrantes a uma série de fragilidades nos diferentes momentos dessa migração, desde o trânsito até a própria permanência no país de acolhimento (ZIMMERMAN; KISS; HOSSAIN, 2011, p.1-8).

As origens das populações que buscam refúgio nos Estados Unidos e no Brasil são diferentes, porém, quando se trata de refugiados assume-se a priori que se trata de pessoas vítimas de violências e portadoras de algum trauma.

As violências que deram origem à fuga do país de origem, e que não cessam no país de acolhimento, onde essas populações permanecem em círculos sociais marginais, reforçam sua exclusão e prejudicam suas possibilidades de integração. Violências que, juntamente à falta de recursos básicos e de segurança, contribuem para a formação de um quadro de sofrimento mental. Reajustar-se, para refugiados, é mais difícil do que para outros migrantes devido ao estresse durante o tempo de adaptação. Refugiados escapando de países devastados pela guerra sofrem experiências traumáticas que incluem tortura psicológica, violência sexual e outros traumas, o que resulta em uma alta taxa de transtorno de estresse pós-traumático entre a população de migrantes refugiados (ERTL, PFEIFFER, SAILE, SCHAUER, ELBERT, & NEUNER, 2010, p.319).

A literatura internacional se concentra numa compilação de transtornos e sua incidência em populações migrantes e sob refúgio, associando-os a distúrbios ligados à saúde mental como depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ou ansiedade, cuja causa é atribuída a problemas no país de

origem ou durante a trajetória migratória. Essas produções não adotam uma perspectiva sociocultural do refúgio e da saúde, nem contemplam as possíveis relações entre as condições de vida no destino e a saúde/doença desses sujeitos e seus processos de cuidado no contexto da assistência social (GOLDBERG, SILVEIRA, 2013, p. 283-297).

Essas compilações produzidas em investigações são relevantes para se pensar em intervenções e para justificar investimentos em práticas ou recursos financeiros. A inclusão dessas referências nesta pesquisa tem o objetivo de identificar quais informações e dados concretos podem ser encontrados sobre esses grupos. Os tipos de dispositivos usados para acompanhar o desempenho de um sistema e para propor serviços também dão pistas sobre os parâmetros e critérios valorizados. Ao fim, eles podem ainda ser confrontados com a realidade clínica descrita pelos terapeutas.

Fassin (2001b, p.5) e Fassin & Retchman (2009, p.32) apontam que a categoria do trauma tem um percurso no tempo. Ele teria se tornado, no contexto francês, um instrumento clínico e político para que, por meio do sofrimento dos solicitantes, também lhe seja reconhecido o asilo. Uma vez que por instrumento político entende-se o argumento que se revela determinante para uma intervenção política, quando é possível se falar das dificuldades enfrentadas no contexto clínico migratório, também é possível exigir e justificar com propriedade as intervenções necessárias.

Neste capítulo, além de tratar dos números e dos tipos de sofrimentos mentais que ocorrem em refugiados, pretendemos apresentar algumas ferramentas desenvolvidas especificamente para tratar o trauma utilizadas por terapeutas, bem como abordagens desenvolvidas para o atendimento especificamente no contexto transcultural. Diagnosticar e tratar da saúde é um desafio contínuo e, quando se trata de populações em situação de refúgio, isso não é diferente, pois aqui se lidará com a dimensão do estigma que determinadas condições colocam esse sujeito e seus entes próximos.

Em se tratando de populações de refugiados, os diagnósticos de saúde mental apontam para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), associado frequentemente a quadros depressivos maiores, ansiedade generalizada, ataques de pânico, transtornos de adaptação e somatização (CARSWELL; BLACKBURN; BAKER, 2011, p.113). Sua incidência entre essas populações

varia de acordo com suas experiências. No entanto, os fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental incluem o número de traumas, o processo atrasado de pedido de asilo, a detenção e a perda de sistemas de cultura e apoio, oportunidades econômicas escassas, moradia precária e localização, denominados fatores ecológico-sociais (STEEL e al., 2009, p.547).

A partir de uma revisão que incorporou um conjunto de 181 pesquisas, compreendendo uma população de 81.776 pessoas de 40 países, avaliou-se que existe uma associação direta entre a tortura, outros possíveis eventos traumáticos (múltiplas perdas e privações) e a depressão, sendo a tortura endêmica em países afetados por conflitos generalizados (STEEL e al., 2009, p.547).

Os fatores ecológico-sociais que interferem no desenvolvimento do TEPT também são determinantes para o tratamento do sofrimento. Populações que foram deslocadas dentro ou fora do país de origem, ou que vivem em um campo de refugiados, apresentam taxas mais elevadas de TEPT que aquelas que foram permanentemente realocadas em outro país (STEEL e al., 2009, p.547). Crianças e adolescentes geralmente são os que mais sofrem com TEPT, entre 50 e 90%, e que apresentam maior índice de depressão, 6-40% (CARSWELL; BLACKBURN; BARKER, 2011, p114).

Dependendo de quais populações cada país recebe, a incidência do sofrimento decorrente do trauma muda. Assim, para entender o perfil do paciente que chega ao consultório, é necessário saber sobre o contexto do qual ele é oriundo.

O transtorno de estresse pós-traumático não é a única expressão de sofrimento em uma população que foi e é submetida à violência física e psíquica. Depressão, alcoolismo e uso de substâncias psicoativas também figuram entre as formas de sofrimento registradas em decorrência do trauma em pessoas vítimas de violência. Entretanto, o TEPT tem maior prevalência entre essa população e, portanto, acreditamos ser importante estendermo-nos em um tópico próprio sobre especificidades disso que aqui chamamos **trauma** de forma genérica.

6.1 O CONCEITO DE TRAUMA E TEPT

Diferentes referenciais teóricos orientam o terapeuta para uma intervenção de acordo com a forma como o trauma é percebido. Assim, o tratamento possui diferentes encaminhamentos. No entanto, trauma e Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) possuem duas etiologias diferentes que acreditamos ser importante apontar nesse trabalho. O TEPT tem sua aparição no Manual de psiquiatria nos anos 1980 no DSM-III. De acordo com Fassin (2009, p.27), foi a partir do controverso artigo de Summerfield (2001), que um amplo debate em torno do tema foi aberto. Esse clínico, reconhecido por sua atuação com vítimas de tortura e no tratamento de solicitantes de asilo, médico que viajou o mundo junto a diversas ONGs, publicou o artigo “A invenção do TEPT”, que provocou uma onda de revolta em torno de suas colocações.

No artigo ele argumentava que seria a partir de um constructo médico ocidental que impunha um modelo específico aos modos de sofrer que o diagnóstico de TEPT fora criado. Esse modelo, em sua opinião, permitiu o nascimento do que ele chamou de **indústria do trauma**, que podia ser exportado para todas as culturas. Esse contexto viu o florescer de uma série de profissionais no tema, além de advogados, experts, clínicos, terapeutas, psicólogos do trauma e conselheiros, de acordo com Fassin (2009, p.26). Suas críticas eram baseadas, primeiro, na sinalização de que, historicamente, esse diagnóstico emergira diretamente vinculado ao contexto norte americano e à guerra no Vietnã. Em segundo lugar, em função das implicações políticas de que aquele que obtinha tal diagnóstico tinha direito imediato a uma compensação financeira. Por fim, ele aponta para a questão ética desse diagnóstico, que atribuiria àqueles que foram vítimas de experiências tão diversas apenas uma categorização simplista.

De acordo com Fassin (2009, p.28), as colocações de Summerfield foram recebidas pelas vítimas como uma crítica que, nas palavras de muitos, traziam dúvidas sobre seu sofrimento. Defender seu sofrimento e condenar o modelo parecia contraditório, portanto inaceitável. A grande contribuição das colocações do Summerfield (2001) está em ter apontado para uma mudança de paradigma em que, em primeiro lugar, a autoridade para se falar do trauma passa a ser medida pela proximidade com o tema e, por ter reconciliado as aspirações de

alguns grupos de suporte a vítimas com orientações de grupos de psiquiatras, segundo Fassin (2009, p. 28).

O trauma aparece, para a psicanálise, a partir das contribuições de Charcot, em 1870. Seu significado, valor e sentido se modificam com o passar das descobertas de Freud. A palavra **trauma**, se refere a um evento significativo que tenha efeito no psiquismo do sujeito. Freud, que atendia jovens mulheres, acreditava que elas haviam experimentado uma forte sedução por parte dos pais, que era então reprimida no inconsciente, por não ser socialmente aceita. Freud partiu da concepção de que o conflito psíquico era resultado das repressões impostas pelos traumas que retornam ao consciente sob forma de sintomas.

O trauma na psicanálise se caracteriza pela infração da palavra diante de um “acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p.329). A impossibilidade de reagir física e psiquicamente, integrando a experiência em um contexto significativo, aponta para um esgarçamento do tecido psíquico.

Se estabelece assim uma associação criada entre dois conteúdos psíquicos que na presença de um, o outro é imediatamente evocado. Isto é, a tomada de conhecimento desse evento na consciência dispara e mobiliza o acontecimento ao qual está associado. Do ponto de vista clínico, a resolução do conteúdo traumático está na possibilidade de produzir palavra sobre esse evento. Assim, quando o sujeito pode produzir palavras sobre o seu acontecimento, seja numa experiência escrita ou oral, produzir uma narrativa sobre o que ele viveu, implica um ato político por ser um modo de resistência. Na medida em que ele pode fazer o seu discurso sobre si, o sujeito supõe um lugar de saber e os significantes que o mobilizam. Isso mesmo que no encontro entre analista e analisando, de culturas diferentes, línguas diferentes, essas palavras não se organizem da mesma maneira. Esse, no entanto, é um ato sem garantias, mas é necessário arriscar, de acordo com Rosa (2012, p.8). Trata-se de um ato em que o analista pode contribuir para emergência de um sujeito.

O conceito do trauma na psicanálise, desde sua concepção, sofre uma reformulação. No início esteve atrelado aos conhecimentos ligados à histeria. Essa condição, a partir dos estudos de Breuer, era considerada um fenômeno

possível de ser restringido ao campo das neuroses. Mesmo que Freud, em seu modelo científico, buscasse a etiologia da histeria, nele deixava-se de considerar outros elementos ainda desconhecidos pela ciência naquele momento. O trauma psíquico, a essa altura, era entendido como uma experiência emocional. Na compreensão freudiana, trauma é toda a experiência que provoca medo, susto e vergonha ao que o sistema psíquico reage por meio de respostas motoras e pensamentos associativos.

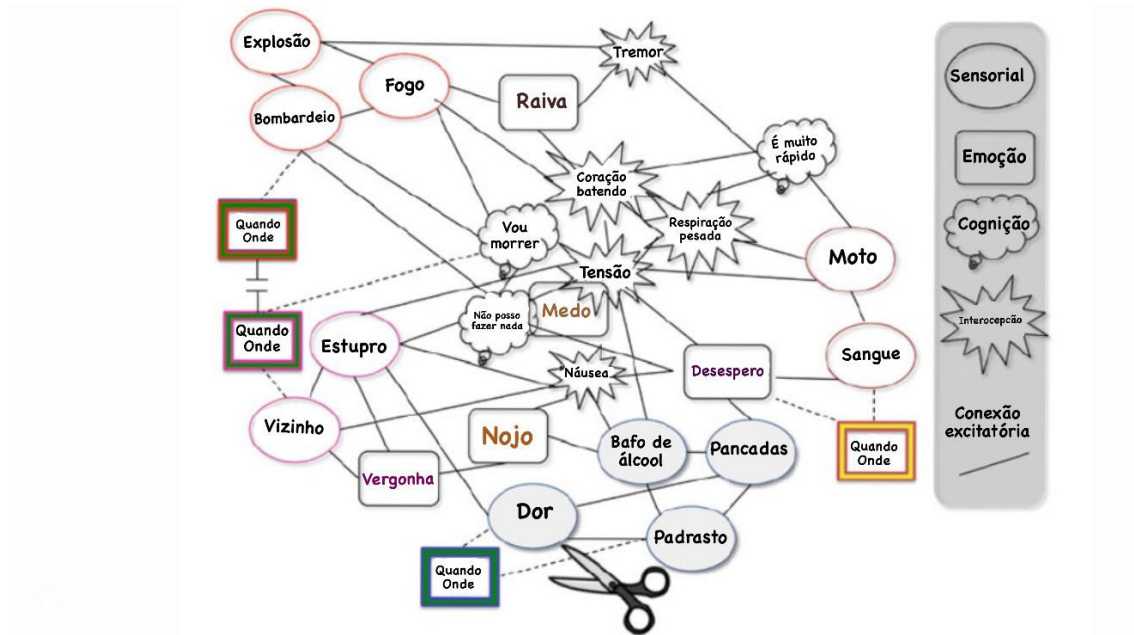
Dessa forma, a histeria seria entendida como o resíduo de traumas psíquicos em que as particularidades do sintoma poderiam ser relacionadas com o evento desencadeador, com a “cena traumática”. Na concepção freudiana, o trauma se caracteriza em dois tempos. O primeiro consiste nesse encadeamento em que a experiência de um evento é vivida de forma passiva e submissa pela criança e, num segundo momento, já na puberdade, há uma ressignificação do evento. O trauma se instala quando há uma compreensão do que fora vivido. Nesse segundo tempo não é mais o evento que desperta o trauma, e sim a lembrança e a compreensão dele. O significado adquirido a partir da lembrança da experiência, a posteriori, é que constitui o conteúdo traumático.

Baseada em um modelo médico, a perspectiva cognitivo comportamental leva em consideração a química e a fisiologia do corpo e do cérebro diante do evento traumático. O trauma é percebido como a resposta emocional a um evento ou experiência profundamente angustiante ou perturbadora, como estar envolvido em um acidente, ter uma doença ou lesão, perder um ente querido ou passar por um divórcio. No entanto, também pode abranger eventos extremos e incluir experiências severamente prejudiciais, como estupro ou tortura. Ele pode ser dividido em trauma agudo, crônico ou complexo. As reações a longo prazo podem incluir emoções imprevisíveis, *flashbacks*, mudança de comportamento e até sintomas físicos como dores de cabeça, náusea ou insônia.

O nosso cérebro trabalha para nos manter vivos e, para tanto, adota a resposta que melhor garante esse resultado. Toda resposta a um evento traumático é uma tentativa de funcionamento desse mecanismo. A maioria das pessoas que passa por eventos traumáticos pode ter dificuldades temporárias para se ajustar e lidar com seus efeitos, mas com o tempo elas geralmente melhoram.

Quanto um sujeito é exposto a um evento traumático, as informações sensoriais e perceptivas, como por exemplo som e cheiro, ficam registradas na memória. Tanto o cérebro como o corpo encontram-se em um estado de excitação extrema, o coração bate de forma acelerada, o corpo treme e sua, fica em estado de alerta, o que o permitiria fugir ou lutar, caso necessário.

Figura 2 - Circuito de Medo/Trauma



(FONTE: Figura modificada de Schauer e Elbert, 2010 - in ELBERT et al. 2011, p.231 – tradução nossa)

Um circuito do medo/trauma é composto de conexões mutuamente excitatórias. Resulta de múltiplas experiências de medo: a representação de um único evento pode muito bem se conectar ao contexto particular, ao “quando” e “onde” ele aconteceu. Se, no entanto, uma experiência estressante adicional ativa uma rede já existente de memórias quentes traumáticas, a conexão com a memória fria é perdida, enquanto representações sensoriais, cognitivas, emocionais e fisiológicas se interconectam com o poder excitatório mútuo cada vez maior. Memórias frias e contextuais, ou seja, códigos de “quando” e “onde”, entretanto, não são coativados de forma consistente, pois a arquitetura do cérebro não suporta a ativação simultânea de dois lugares diferentes (codificados por “células de lugar”; no hipocampo) (ELBERT et al. 2006). Assim, a rede medo/trauma se desconecta (simbolizada pela tesoura) do tempo e do lugar, e o medo se generaliza, dando origem a sentimentos de ameaça iminente.

A terapia de exposição narrativa é pensada para reverter esse processo, reconectando memórias quentes e frias, enquanto segrega os traços de memória dos diferentes eventos.

Tais respostas fisiológicas, sensoriais, emocionais e cognitivas passam a integrar um circuito de associações da experiência traumática na memória. Essas informações são chamadas **memórias quentes**. **A memória fria** é a representação contextual do evento, que pode ser evocada verbalmente, e que não é capaz de ativar o circuito do medo gerado pelo trauma. As regiões sensoriais que estão conectadas com áreas límbicas fazem a função de regular a sensibilidade excessiva ao medo desconhecido. No TEPT, as memórias quentes encontram-se desassociadas do sistema contextual. Essa desconexão faz com que o sujeito tenha respostas inadequadas ao medo. O sujeito que tem esse circuito desencadeado experimenta o medo que leva a reações fisiológicas, sensoriais, emocionais e cognitivas. Por exemplo, experimentando o medo como se estivesse revivendo no presente um evento traumático passado.

Nem toda a pessoa que sofreu um trauma desenvolve TEPT. Os sintomas do transtorno geralmente começam no período de três meses após o evento traumático, mas podem iniciar-se anos depois. Para diagnosticá-lo, a duração dos sintomas deve ser superior a um mês, além de sua intensidade comprometer os relacionamentos e as atividades do sujeito. Nesse período, de acordo com a *National Institute of Mental Health* (NIMH), o sujeito deve apresentar um ou mais dos seguintes sintomas: ter tido flashbacks ou lembranças repetidas acompanhadas da aceleração do batimento cardíaco, sudorese, pesadelos e pensamentos assustadores; esquivar-se ou ficar longe de lugares, eventos ou objetos que lembrem a experiência traumática; evitar pensamentos ou sentimentos relacionados ao evento traumático; ter reações tais como assustar-se facilmente, tensão, insônia ou explosões de raiva; apresentar transtorno de humor com dificuldades para lembrar as principais características do evento traumático; pensamentos negativos sobre si mesmo ou o mundo; sentimentos distorcidos como culpa e perda de interesse por atividades. Crianças e adolescentes também reagem com sintomas violentos aos traumas, porém, alguns podem ser diferentes dos adultos. Eles podem urinar na cama mesmo depois de aprender a reter; esquecer ou não conseguir falar a respeito; encenar

o ato traumático numa brincadeira; ficar extremamente apegados aos pais ou a outro adulto.

O prognóstico dessa condição varia entre os sujeitos, sendo que algumas pessoas se recuperam dentro de seis meses, enquanto para outras a condição se torna crônica. Os sintomas aparecem muitas vezes sob queixas de insônia, pesadelos, irritabilidade, ansiedade, nervosismo, medo, confusão, sentimento de culpa e vergonha ou indiferença emocional. Experimentados de forma e grau diferentes, variando de pessoa a pessoa, eles podem ser debilitantes para muitos. Em se tratando de refugiados, o tipo de violência a que estão submetidos pode ser tipificado como: **trauma de guerra**, definido como a exposição a um evento extremamente traumático nesse contexto; **trauma extremo**, que se refere a experimentar, testemunhar ou apreender diretamente um evento que envolve morte real, ameaçada, ferimentos graves ou outra ameaça à integridade física (APA, 1994).

Desse modo, a distinção entre as duas etiologias se faz importante nesse trabalho porque, como alerta Fassin (2009, p.55), existe uma instrumentalização da patologia em determinadas narrativas nesse campo. Esse alerta serve ainda para se resguardar da tendência patologizante que, segundo ele, deixa de levar em consideração as especificidades do sujeito. Não se trata aqui de deslegitimar ou negar a existência de um sofrimento em decorrência de um evento violento, mas de reconhecer que o diagnóstico, em muitos momentos, é feito de maneira precipitada e reducionista, sem levar em conta o contexto social, histórico e de classe no qual ele é produzido. Significa reconhecer a interseccionalidade que opera na produção do sujeito e de seu sofrimento.

Por interseccionalidade entendemos a natureza interconectada das categorizações que marcam a existência e que são reflexo desses sistemas sobrepostos e interdependentes de discriminação ou desvantagem como o lugar social, raça, classe e gênero que constituem uma diversidade de formas de opressão.

6.2 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DIANTE DO TRAUMA

A intervenção terapêutica no âmbito da saúde mental com migrantes refugiados é uma prática que implica com frequência em se diagnosticar e tratar o trauma e seus efeitos. Certamente não é a totalidade daqueles que passam

por eventos traumáticos que guardam sequelas dessa experiência, entretanto, são muitos os que o fazem.

Existem diversas técnicas desenvolvidas para trabalhar o trauma, mas o primeiro passo é poder realizar o diagnóstico que aponta para o Estresse Pós-Traumático. No entanto, a expressão dos sintomas do trauma pode variar de acordo com a cultura. Aquele que realiza o diagnóstico deve poder discriminar traumas associados a locais sociais específicos de clientes e identificar ferramentas e estratégias culturalmente sensíveis para a avaliação e tratamento (BROWN, 2008, p. 162).

Os sintomas podem ser físicos como insônia, pesadelos, fadiga, dificuldade de concentração, batimentos cardíacos acelerados, nervosismo, agitação, dores, tensão muscular e estado de alerta. Eles também podem ser psicológicos: estado de choque, negação, confusão, dificuldade de concentração, raiva, irritabilidade, alterações de humor, ansiedade, medo, culpa, vergonha, isolamento, tristeza profunda, desesperança, desconexão e entorpecimento (APA, 1994).

Existe uma variedade considerável de técnicas reconhecidas e utilizadas para ajudar o paciente que sofreu um trauma. A habilitação em cada uma é adquirida em formações específicas, algumas delas constam no Manual da APA: exposição prolongada (EP); terapia de processamento cognitivo (CPT); terapia cognitivo-comportamental (CBT); exposição à terapia narrativa (NET); dessensibilização por reprocessamento dos movimentos oculares (EMDR); terapia da liberação emocional do trauma (EFTT) e terapia eclética breve (BET-TG), (APA, 1994).

A terapia de exposição prolongada (EP) envolve fazer com que o sujeito conte sua história do trauma em detalhes, relatando pensamentos e emoções detalhadamente. Ela aposta na dessensibilização, na medida em que, por meio da repetição do evento, o sujeito aprende que esse não pode mais doer.

A terapia de processamento cognitivo (CPT) é uma variante de exposição que envolve fazer com que o cliente anote a memória do trauma em vez de mencioná-la. A escrita pode permitir alguma distância, tornando o procedimento mais tolerável.

A terapia comportamental cognitiva (CBT) é voltada para as relações entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, visa problemas e sintomas

atuais, e se concentra na mudança de padrões de comportamentos, pensamentos e sentimentos que levam a dificuldades no funcionamento.

A Dessensibilização e Reprocessamento do Movimento dos Olhos (EMDR, sigla em inglês) é um tratamento por meio do processamento e verbalização de memórias traumáticas enquanto o sujeito acompanha e simultaneamente se concentra em um estímulo externo. Os movimentos oculares laterais direcionados pelo terapeuta são os estímulos externos mais comumente usados, mas uma variedade de outros estímulos, incluindo a técnica de tapinha e a estimulação auditiva, podem ser aplicados.

A Terapia Focada na Emoção do Trauma (EFTT – sigla em inglês) é uma terapia individual, de curto prazo. A estratégia consiste em reprocessar sentimentos e memórias traumáticas, e trabalhar diretamente com processos emocionais para promover a mudança do paciente.

A Psicoterapia Eclética Breve (BET-TG) combina elementos da terapia cognitivo-comportamental com uma abordagem psicodinâmica. Ela se concentra em mudar as emoções da vergonha e da culpa, e enfatiza a relação entre o paciente e o terapeuta.

A exposição à terapia narrativa (NET) é um tratamento de curto prazo, culturalmente sensível, com base científica e voltado para uma terapêutica que é também engajada aos direitos humanos do sujeito. O manual (ELBERT et al., 2011, p.232) recomenda de 4 a 12 sessões de 90 minutos, dependendo do número de eventos traumáticos. É uma combinação entre exposição comportamental e depoimento terapêutico (LIRA & WEINSTEIN, 1983, p.50). Como a maioria das vítimas de violência organizada sofreu muitos eventos traumáticos, muitas vezes é impossível identificar o pior evento antes do início do tratamento.

Os pesquisadores Lira e Weinstein projetaram esse tratamento inicialmente para sobreviventes de violências no Chile sob o governo do ditador Pinochet. Concebido inicialmente para tratar vítimas de tortura, ele foi adaptado posteriormente por um pesquisador alemão. Neuner, em colaboração com outros colegas da Universidade de Konstanz, na Alemanha, há mais de 15 anos codesenvolveu o *Narrative Exposure Treatment* (NET).

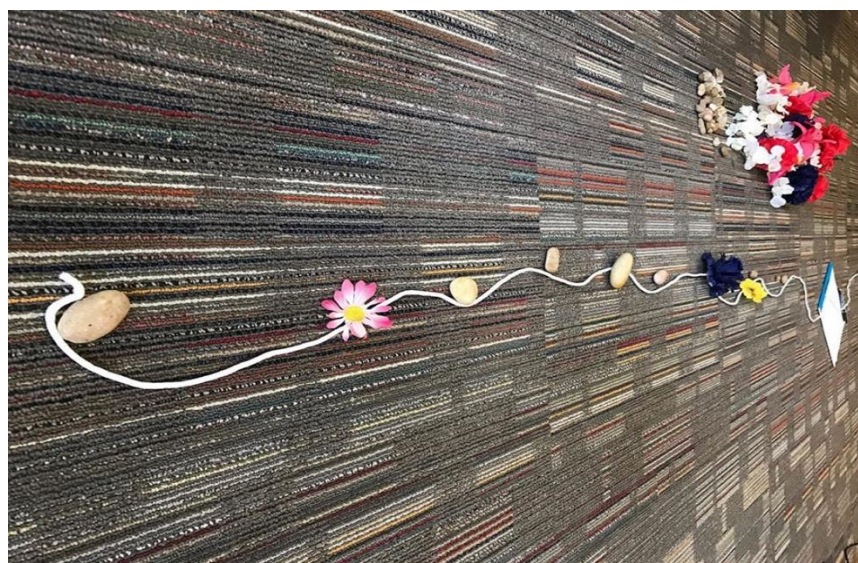
Essa intervenção tem sido usada para tratar pessoas com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em campos de refugiados na África, Ásia e no

Oriente Médio, bem como na Inglaterra, Noruega e nos Estados Unidos. Ela tem apresentado resultados significantes na redução do TEPT, até mesmo sob outros fatores estressantes, além de não apresentar nenhum efeito indesejado e uma taxa de abandono mínima, (ERTL et al., 2010, p. 319). Tem ainda contribuído para registrar provas em causas que envolvem a defesa dos direitos humanos, porque as narrativas são usadas em muitos casos judiciais contra seus perpetradores.

Esse procedimento, diferente de outras terapias, não foca em um único evento traumático, sendo capaz de abarcar múltiplas ocorrências, de forma a oferecer uma redução dos sintomas de TEPT como pesadelos e *flashbacks*, comuns entre refugiados. A NET se estrutura em três grandes eixos: a psicoeducação, a documentação e o uso da narrativa para fortalecer trabalhos em defesa dos direitos humanos. É uma abordagem culturalmente sensível por estar ciente das diferenças e semelhanças culturais, sem atribuir-lhes juízo de valor. Uma ferramenta cientificamente embasada em relação a qual existem revisões constantes da efetividade de seu método.

Em sua dinâmica, o terapeuta auxilia o paciente na criação de uma linha do tempo de sua vida. Cronologicamente, nessa linha do tempo são relatados os eventos traumáticos, que são elaborados nas sessões seguintes. Trata-se de uma intervenção que se organiza a partir da abordagem behaviorista comportamental, predominantemente utilizada nos EUA.

Figura 3 - Eventos significativos da vida: "life line"



O tratamento, focado na exposição imaginária ao trauma e na reorganização de memórias, é baseado na hipótese de que memórias de eventos traumáticos formam inúmeros circuitos de medo em que as informações sensorio-perceptivas predominam sem informações autobiográficas (ELBERT et al., 2011, p.230). O circuito do medo é a fisiopatologia do medo que se estabelece em decorrência de um trauma, como é o caso do TEPT. O trabalho da NET consiste na integração das memórias quentes e frias. Ao conectar essas memórias implícitas, que provocam ansiedade ao contexto episódico, a memória autobiográfica é reconstruída, permitindo a redução da ansiedade (ELBERT et al., 2011, p.232).

A padronização dessa psicoterapia busca incorporar a exposição ao trauma em um contexto autobiográfico. Trata-se de um mecanismo que, por meio da ativação do circuito do medo, é capaz de inibir a estrutura desse circuito. Ao fim da terapia, o paciente recebe o registro por escrito de seu relato detalhado, como um testemunho documentado. Assim como a psicanálise, ela se faz possível a partir da narrativa que o sujeito consegue organizar a respeito do vivido. Em outras abordagens a palavra pode até não ser indispensável, e o corpo toma seu lugar por meio de movimentos.

7 METODOLOGIA

O trabalho se trata de uma detalhada revisão teórica e pesquisa empírica realizada a partir de entrevistas com terapeutas, psicólogos e psicanalistas que atuam no campo da saúde mental de migrantes refugiados no Brasil e nos Estados Unidos. No Brasil, os profissionais atendem nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba, e nos Estados Unidos, em Mineápolis, no estado de Minesota. Todas as entrevistas foram conduzidas por mim. Os terapeutas foram convidados a compartilhar suas experiências da prática clínica com essa população.

Em primeiro lugar buscamos registrar a experiência do terapeuta de sua prática clínica com migrantes. As perguntas investigaram desde a escolha de atuarem nesse campo, a forma pela qual navegam por meio das diferenças culturais que emergem na relação terapêutica, e o tipo de queixas que registraram ao longo de sua atuação. Buscamos registrar suas percepções sobre os recursos mobilizados na relação, e como esta é construída no processo terapêutico. Procuramos entender os formatos dos atendimentos possíveis por entender que apontam para as políticas públicas que definem o lugar concedido para esses sujeitos migrantes.

Aquele que chega, e como chega ao atendimento, tem implicações no que é possível de ser dito e trabalhado. Em relação ao terapeuta, isso diz dos recursos que constrói ou que lhe são disponibilizados para uma intervenção. Assim, o tipo de atendimento, intervenção e escuta estão intrinsecamente ligados às políticas públicas que as definem.

A pesquisa de campo em seu formato final foi aprovada pelo comitê de ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e aprovada sob o número 3.059.711. Neste projeto foram apresentadas as questões e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” utilizado nas entrevistas. Elas aconteceram em língua portuguesa e inglesa, como também suas transcrições. Como a tese foi redigida em português e traduzimos do inglês as falas relevantes para nossa pesquisa.

Reunimos doze terapeutas que compartilham o campo de atuação: saúde mental de migrantes refugiados. Dois homens e dez mulheres, dois deles migrantes. Sabemos, no entanto, que não se trata dos mesmos desafios, devido

às condições distintas em que essa prática se dá. Condições essas que são, em parte, produto de esforços de políticas públicas de acolhimento, da formação dos profissionais e do histórico dos migrantes.

As entrevistas foram conduzidas à distância, em um *setting* virtual por meio de ferramentas de videoconferência como *Skype*, *WhatsApp* e *Face Time*. Entrevistas virtuais são experimentadas de maneira diferente das presenciais e a tecnologia delimita de alguma maneira a forma como a comunicação se dá (SALMONS, 2012). A escolha das ferramentas TICs (Tecnologias de Informação e Comunicação) permite, a partir das trocas visuais e verbais, uma reprodução de uma entrevista próxima às que acontecem presencialmente. Escolheu-se não usar o recurso da câmera, perdendo-se a imagem do outro e a possibilidade de observar as respostas verbais e não verbais. Essa escolha se deu de modo a privilegiar a qualidade do áudio, que poderia ser prejudicada pela conexão com a internet ser muitas vezes precária.

Trata-se ainda de uma entrevista que, mesmo acontecendo em um território virtual, exigiu etapas e preparação. Por meio da mediação tecnológica do computador, a comunicação (CMCs) e interação deve se dar de forma direta entre pesquisador e participante.

As entrevistas foram iniciadas no mês de dezembro de 2018. As perguntas semiestruturadas foram elaboradas e organizadas em função de um objetivo específico, descrito para cada uma delas, conforme o método proposto por Kvale (1996). Esse procedimento permite organizar os conteúdos das narrativas de forma que possam ser representados posteriormente em categorias e subcategorias distintas. O processo de análise dos conteúdos realizado mediante leitura exaustiva das narrativas registradas permite alcançar uma compreensão sobre o fenômeno (ANDERSON; SPENCER, 2002, p.1338-1352).

Antes de dar início às entrevistas, foi lido o “Termo de Assentimento”, e uma via assinada foi enviada por e-mail e devolvida com a assinatura do entrevistado. Iniciadas as entrevistas, as perguntas foram enunciadas uma por vez. Em algumas situações, respostas a perguntas não ainda formuladas apareceram no teor de uma fala. Nesses casos, acolhemos e investigamos a resposta quando foi dada, deixando de seguir a ordem inicial das perguntas.

Quando a pergunta formulada de acordo com o questionário submetido no roteiro não foi acessível ao entrevistado, procedemos com a sua explicação,

usando exemplos, palavras similares, porém mantendo o conteúdo e objetivo principal estabelecido para cada pergunta. Cada uma das entrevistas foi gravada após consentimento do entrevistado. Durante as entrevistas foi solicitada uma resposta discursiva a cinco questões abertas. Além da gravação, eventuais registros foram realizados pelo entrevistador/pesquisador. A duração de cada entrevista foi de no máximo 70 minutos. Durante esse tempo o entrevistado foi convidado a relatar sua experiência nos casos atendidos no último ano ou em andamento. Essas informações permitiram a identificação dos fatores e motivações preponderantes envolvidos na dinâmica clínica atual. Todo o material foi salvo em arquivo virtual de forma encriptada protegido por uma palavra-chave de conhecimento exclusivo da pesquisadora.

As perguntas surgiram em parte a partir de minha própria prática clínica com migrantes, interrogações que eu mesma já havia me colocado ao longo dos anos. De certa forma, havia no relato dos pacientes, em suas queixas, algo do sofrimento mental que parecia ir além do que a ratificação subjetiva pudesse alcançar. O conceito de ratificação subjetiva é usado aqui no sentido da tomada de responsabilidade, pela consciência do sujeito perante a repetição de algo da vida psíquica. Mesmo quando o sujeito assume sua responsabilidade diante de uma posição subjetiva ocupada, sair dela depende não somente de sua vontade.

O sujeito que faz parte de uma estrutura social, está sob o julgo de suas leis e regras de funcionamento. Para que ele possa ter condição de se movimentar nessa estrutura, no sentido de ganhar mais autonomia, ele precisa de ajuda ou essas regras precisam ser mudadas. O que o sujeito experimenta de sofrimento pode ser efeito da própria estrutura ou do lugar social em que se encontra e que o mantém excluído de certos cuidados que deveriam ser acessíveis a todos, e não privilégios de poucos. A situação da saúde mental na migração pode ser entendida como o efeito de um lugar social diante do qual determinados sujeitos estão mais predispostos a sofrer as consequências. Nele, as dificuldades para se comunicar, a falta de recursos, a perda das redes de apoio ou a violência podem ser gatilhos que, pela sua repetição, deixam aquele que é vulnerável em sofrimento psíquico.

A fase de codificação da entrevista iniciou-se com uma primeira releitura das transcrições. A narrativa foi dividida, num primeiro momento, por temas comuns, o que foi facilitado pela própria organização das perguntas. Delas foram

estabelecidas quatro categorias principais que descrevem: o vínculo que o terapeuta tem com a questão das migrações; a dinâmica terapêutica conduzida nesse campo; a experiência de sua clínica com migrantes refugiados; e como ele percebe que esta experiência é vivida pelas pessoas que atende. A delimitação dos fatores mais frequentes e preponderantes foram identificados a partir da análise do conteúdo. Esses temas foram agrupados em categorias amplas que abrangem seu contexto e descrevem as características deste em que os temas se reproduzem.

Essa etapa teve o objetivo de limitar as generalizações, permitindo uma análise que privilegiasse as percepções pessoais e as interações entre os diversos níveis. Esse primeiro tratamento das narrativas permitiu a organização de um *Code book* - Livro de códigos. Trata-se do agrupamento de um conjunto de códigos, definições e exemplos usados como guia para analisar os dados da entrevista. Por meio desta primeira operacionalização foi possível formalizar e estabelecer a maneira de abordar cada conteúdo emerso. Os códigos mais significativos foram atribuídos a frases ou parágrafos conectados a um contexto específico. Sua elaboração foi conduzida por meio de um processo iterativo, no qual foi necessária a revisão de definições, à medida que a compreensão das falas se tornava mais clara.

Em um primeiro momento, a cada tema foram atribuídas cores preliminares. As respostas foram confrontadas entre os diversos níveis, permitindo caracterizar os conflitos não percebidos, mas explicitados a partir de respostas aparentemente contraditórias. Em um segundo tempo, os temas de cada entrevistado foram reagrupados em um único arquivo. A análise de cada resposta ou grupo de respostas, permitiu consolidar as características de cada um dos grupos investigados, além de permitir a comparação entre eles. Na etapa sucessiva, as cores são reagrupadas individualmente em ficheiro único. Assim, as questões serão agrupadas para fins de análise, buscando construir os argumentos que estão subjacentes às respostas dos sujeitos. Esse procedimento permitiu compreender os diferentes aspectos que contribuem para construção, exclusão e articulação e persistência de certas práticas.

A tabela que segue é o resultado dessa organização e o produto da execução das etapas anteriores. Uma vez obtidas todas estas informações, foi

então necessário proceder para que os temas fossem nomeados e assim integrar as narrativas brutas no corpo do texto.

Quadro 3 - Análise categórica

ANÁLISE CATEGÓRICA

1. **VÍNCULO COM O TEMA** – experiências às quais se atribui o interesse pelo tema/grupo de migrantes/refugiados
 - a. **Eventos relacionados a esta escolha (1A)** – Fatos anteriores à atuação nesse campo (migração, viagem, estágio, história de vida etc.)
2. **DINÂMICA TERAPÊUTICA** – contextos em que se torna possível a intervenção
 - a. **Normas do grupo profissional para se atender este grupo (2A)** – comportamentos tipos, práticas correntes e crenças anteriores ao trabalho nesse campo (filiação a entidades e grupos que acolhem esse grupo)
 - b. **Tipo de preparo para atender este grupo (2B)** – treinamentos específicos (tipos de intervenção, regularidade do tratamento)
3. **EXPERIÊNCIA CLÍNICA** – conhecer a prática clínica e seus desafios para o terapeuta
 - a. **Experiências do Terapeuta (3A)** – *insights* gerais sobre a prática nesse campo
 - i. **Impasses da clínica (3A.1)** – tipos de dificuldades específicas desse campo
 - ii. **Manejo clínico (3A.2)** – formas de solucionar eventuais impasses
 - b. **Experiência do migrante (3B)** – maneiras de se ajustarem ao país
 - c. **Saúde Mental (3C)** – comentários sobre impactos da saúde mental e desafios na família (incluindo estratégias, busca de ajuda, estigmas e padrões)
 - d. **A língua e as linguagens clínicas (3D)** – comentários sobre as línguas e linguagens

e. **Prioridades identificadas (3E)** – comentários sobre aspectos julgados indispensáveis para tratar e manter a saúde mental

i. **Implicação social/política do ato (3E1)** – percepção política do ato clínico

4. **EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA** – conhecer a prática clínica e seus desafios para o migrante na perspectiva do terapeuta

1 **Dinâmica do migrante (4A)** – referências gerais de como o migrante percebe o atendimento psicológico e adere a ele

i. **Suporte interno (4A.1)** – suporte mútuo de outro membro próximo ou organização entre as estratégias comunitárias

ii. **Suporte externo (4A.2)** – agências, suporte estadual e federal (emprego, moradia, estudos, saúde)

2 **Navega na clínica (4B)** – referências gerais sobre dinâmicas que apontam a forma como navegam na clínica ou relação terapêutica (comentários sobre alívio, sucesso, estagnação, insatisfação na terapia)

3 **Navega na cultura (4C)** – referências gerais sobre dinâmicas que apontam para a forma como navegam entre as culturas (conflitos, coesões etc.)

4 **Prioridades verbalizadas pelo migrante (4D)** – prioridades na perspectiva do migrante (redes, idioma, condições socioeconômicas, gênero, família)

A análise das categorias se deu pela organização de quatro tempos distintos conforme a tabela acima. As categorias abordam a experiência da clínica na migração para o terapeuta e para o migrante. De forma cronológica, investigamos desde o interesse do terapeuta para com a questão da migração, até a forma como ele percebe que o migrante recebe a proposta clínica. Na tabela, os temas levantados em cada categoria ainda não aparecem. As narrativas estão representadas de forma fragmentada, de acordo com a categoria que melhor as representa.

Para que os temas pudessem ser nomeados procedemos com releituras das narrativas que também permitiram evidenciar subtemas dentro de cada arquivo de codificação. As análises foram feitas a partir de cada um dos fatores selecionados, além de investigar a articulação entre eles.

Na coluna descritiva, que organizava os relatos brutos da coleta das experiências vividas registraram-se as declarações que pareciam particularmente essenciais ou reveladoras com relação ao fenômeno experimentado. Essa etapa, de natureza mais descritiva, integra o processo de coleta das experiências vividas e protocolos de experiência dos terapeutas entrevistados.

Foram ainda isolados conceitos em uma ou duas palavras-chave que explicam, em noções gerais, o que é importante para o fenômeno. Esse procedimento possibilita reconhecer temas recorrentes ou não, que refletem o valor de um fenômeno. A análise temática, segundo Van Manen (1990), permite uma reflexão macrotêmica, na qual é detectada uma frase que tende a capturar o significado ou a importância fundamental de um contexto como um todo, de forma holística e crítica.

A fase das análises interpretativas dos temas que emergiram da organização inicial das categorias ou *Code Book* é relativa às reflexões que elas suscitaram. Nessa etapa da escrita, é possível visualizar e acompanhar sua organização. Para cada tema mais significativo e preponderante, encontrado nas diversas categorias, desenvolvemos uma análise mais aprofundada. Na tabela, introduzimos em colunas os dados brutos (transcrições) e a descrição da experiência (palavra-chave). Essas etapas antecedem a criação de conceitos chave que descrevem reações aos dados e resumo. Este é o momento teórico reflexivo, no qual o pesquisador faz observações sobre como está reagindo ao fenômeno, ao que o participante diz e como o faz. Durante o processo reflexivo e, intensamente, ao final dele, escrevemos o texto fenomenológico reunindo os resultados da pesquisa.

O objetivo da pesquisa fenomenológico-hermenêutica da perspectiva de Van Manen consiste em "elaborar uma descrição estimulante e evocativa (textual) das ações, comportamentos, intenções e experiências humanas como as conhecemos no mundo da vida" (Van Manen, 1990, p.37). Incluímos um

quarto, com o resumo das principais declarações. Todas as categorias têm um resumo, nelas nem todas as frases ou agrupamentos de frases aparecem.

Fizemos a escolha de trabalhar com a abordagem qualitativa por entender que essa é a que melhor se aproxima da possibilidade de retratar nosso campo. A metodologia qualitativa de pesquisa se justifica, primeiro porque permite coletar dados eticamente inclusivos. Segundo, pois essa metodologia permite examinar as experiências dos terapeutas sem forçar teorias escolhidas a priori. Nesse sentido, é a partir do que emerge do campo que se tece toda e qualquer interpretação. Sword (1999, p.270) definiu a pesquisa qualitativa como "um processo interativo e transformativo no qual o pesquisador procura aprender e interpretar experiências de vida". Essa metodologia é interativa, no sentido de conectar o pesquisador com o discurso dos participantes, e transformativa porque envolve a tomada de consciência do pesquisador, enquanto sujeito que molda sua pesquisa baseada também em sua própria bibliografia e percepção de mundo, conforme aponta a mesma autora: "Os pesquisadores qualitativos geralmente não reconhecem como, entre outras coisas, sua própria formação, gênero, classe social, etnia, valores e crenças afetam a construção emergente da realidade." (SWORD, 1999, p.270 – tradução nossa).

Dessa maneira, além de reconhecer nesta investigação aquilo que é próprio da minha experiência, gênero, lugar social, etnicidade, valores e crenças que permeiam a leitura do campo que me propus a observar, existe a preocupação de trazer a experiência dos terapeutas com a compreensão que eles mesmos puderam elaborar a seu respeito.

A partir da perspectiva da fenomenologia hermenêutica, do construcionismo e da teoria da aprendizagem transformativa levamos em consideração, no relato dos terapeutas, que seu modo de operar foi estabelecido entre referências mais amplas em diálogo com experiências particulares. Nas contribuições dos autores Ricœur, Mezirow, Levinas e Van Manen temos a possibilidade de discutir e refletir sobre os sentidos que as pessoas atribuem às suas próprias experiências. O modo como cada um experimenta o contexto em que está inserido tem sua origem numa etapa pré-reflexiva, que antecede a categorização ou a ponderação, um desenvolvimento ao modelo inicial proposto por Husserl e Heidegger. Portanto, as experiências dos entrevistados devem ser

entendidas dentro dessa perspectiva, isto é, suas experiências marcam a forma como realizam suas intervenções.

A articulação das contribuições do pensamento fenomenológico-hermenêutico e do construcionismo social nos permitiram balizar e trazer a experiência de terapeutas sobre sua prática clínica com migrantes em situação de refúgio e assim analisar e interpretar suas narrativas. Cada terapeuta, em sua maneira de implicar-se neste campo, atribui a ele um significado, seja ele consciente ou não. O presente estudo, ao privilegiar a análise das narrativas, revela a forma como eles experimentam isso. O método fenomenológico-hermenêutico permite revelar detalhes sobre como esses terapeutas elaboram essas interpretações e atribuem sentidos à sua prática, como se preparam para tal, os desafios que encontram e como percebem a dinâmica do migrante.

O construcionismo social diz respeito ao conhecimento da realidade enquanto socialmente construída. A realidade aqui é tomada como uma qualidade pertencente a fenômenos que reconhecemos como sendo independentes de nossa própria vontade – não podemos afastá-los –, e o conhecimento como a certeza de que os fenômenos são reais e que eles possuem características específicas (BERGER, LUCKMANN, 1972, p.13).

Na medida em que este trabalho se propõe a registrar as construções e os arranjos que nossos entrevistados fazem para organizar esse (des)encontro cultural, devemos contextualizá-las. Essas construções devem ser entendidas enquanto experiências adquiridas nas interações sociais, conforme descrito por Berger e Luckman (1972). Esses autores chamam de construcionismo social o mundo social feito de atividades em que estamos imersos desde nosso nascimento.

Os conhecimentos adquiridos ao longo das nossas experiências com os outros definem padrões que são transmitidos com base naqueles com os quais interagimos. Tais interações permitem que possamos nos tornar capazes de produzir sentidos e significados no ambiente no qual nos encontramos. O entendimento da construção de sentidos e significados proposta pela perspectiva sócio fenomenológica é organizado em torno de quatro ideias principais: a primazia dos processos sociais; a especificidade histórica e cultural; a interdependência entre conhecimento e ação; e a postura crítica em relação ao positivismo e ao empirismo.

Com relação à primazia dos processos sociais, entende-se que as experiências que acontecem por meio de interações e processos sociais determinam o conhecimento. Sobre a especificidade histórica e cultural, refere-se ao fato de que há que se levar em conta o contexto histórico e cultural em que determinado conteúdo é produzido. Já a terceira propõe reconhecer a interdependência entre conhecimento e ação, em que toda forma de conhecimento implica modos de ação que provocarão certa reação. O quarto ponto, a postura crítica em relação ao positivismo e ao empirismo, defende que todo conhecimento é histórico e socialmente específico, isto é, válido por aquele período em que se propõe.

É a partir disso que pensamos em terapeutas como sujeitos, produtos das interações sociais que organizam a forma como sentidos e significados são elaborados. No Brasil, assim como nos Estados Unidos, eles são o produto de um tempo específico. Em ambos os países essa categoria de profissionais, sobretudo aqueles que se dispõem a trabalhar com pessoas forçadas a migrar, são a expressão da resistência. Esses profissionais, diante da prática dos Estados de estabelecerem fronteiras, da recusa de acolher, da falta de políticas públicas inclusivas, são os que testemunham, que representam o desejo de se opor a elas. Seu ato de escuta pode ser entendido como uma oposição firme ao conservadorismo e radicalização normatizantes, xenófobos e discriminatórios. Esses profissionais têm origens culturais heterogêneas que são a expressão do entendimento de mundo, de humanidade, de solidariedade e de saúde mental. A noção ou consciência que cada um tem de seu ato de escuta e de intervenção também terá implicações diferentes. Sua capacidade de adotar uma postura crítica diante do lugar ocupado é indispensável para que se recue de uma perspectiva universalizante e, assim, ser capaz de acolher o outro mesmo sem o entender.

A hermenêutica nas contribuições de Ricœur é a possibilidade de acessar entendimento de um discurso ou ação. Nesse sentido, enfatiza o discurso sobre o entendimento, à medida que as palavras vão além da fala. A hermenêutica representa um instrumento de compreensão e as palavras devem ser tomadas como uma ferramenta que permite acessar um discurso, um significado oculto, porém acessível. Esse instrumento é capaz de revelar o “‘significante’ da estrutura do ser-no-mundo” (RICŒUR, 1989, p. 100), aquilo que está e que vai

para além delas. As palavras se convertem na possibilidade de explicar, racionalizar e esclarecer algo. O significado, no entanto, está relacionado a alguém e a seu contexto histórico, seu passado e presente, uma ação para além da subjetividade do indivíduo (TERRA et al. 2009, p.93-99). Significa que o sentido que se pode atribuir a ela terá então de levar em conta o contexto histórico de quem a produz, mas também de quem as revela, nesse caso o pesquisador. Para esse autor, o sentido ou interpretação que se atribui a um discurso ou narrativa deve considerar a influência do imaginário social nas ações sociais.

O imaginário ao qual Ricœur (1985, p.15 apud MORTALLA, 2001, p.300) se refere é aquele que permite revelar a imaginação enquanto o resultado de um esforço que reescreve a realidade. A narrativa do sujeito seria a tentativa de apresentar o que chama de realidade, cuja percepção é atravessada pelo imaginário que opera enquanto produção de seu inconsciente³⁵. Podemos assim contextualizar e reconhecer que terapeutas, enquanto sujeitos históricos de seu tempo, são também produtos de uma história que, mesmo implícita ou oculta, atravessa a forma como percebem a realidade. Seus relatos são a expressão do contexto percebido e, além disso, dos processos inconscientes não percebidos conscientemente.

O imaginário é também uma expressão do inconsciente que opera na leitura que o pesquisador faz dessas narrativas, como também no relato que lhe é trazido. O que se supõe que deveria fazer parte desse contexto e o que se percebe como falta tecem uma rede de sentidos. Toda ação de terapeutas e pesquisador, enquanto atores implicados na observação e reflexão do contexto da saúde mental de migrantes, está impregnada desse imaginário. A reflexão tecida dessa interlocução e observação pode apresentar elementos consonantes ou dissonantes. Isto é, a diferença entre o que Ricœur nomeia como real e irreal, que são as possibilidades em torno daquilo que é mediado pelos signos

³⁵ "O inconsciente é individual; para ser escandaloso, eu diria que ele está na cabeça de cada indivíduo. O inconsciente é essa parte de sua história subtraída não só [...] ao tecido das significações convencionais, mas subtraída também a toda intenção de comunicação [...]. Somente a metodologia inventada por Freud - e não uma metodologia pretensamente orientada para o significante -, que alia indissolivelmente livres associações e situação analítica, permite reabrir parcialmente, de um modo precário, de um modo sempre rediscutido, um inconsciente sempre prestes e pronto a se fechar de novo à comunicação, pois que esse fechamento é inerente à própria essência de sua constituição." (LAPLANCHE, 1981/1992, p.115)

(RICOEUR, 1989, p. 221). As narrativas desses terapeutas são entendidas aqui como o real dos acontecimentos do passado, e o irreal é o que deles poderá ser dito, uma experiência que se reedita com base em lembranças.

Como esta pesquisa se preocupa com a compreensão das experiências clínicas vividas por esses terapeutas, realiza sua maior contribuição pela interpretação da relação possível que se estabelece na clínica e que aponta, em última instância, para o impacto das políticas públicas migratórias sobre elas. Essas intervenções são entendidas à luz da teoria da aprendizagem transformativa de Mezirow (1990, p.1-20) no reconhecimento de suas transformações que são o produto das interações sociais.

A teoria da aprendizagem transformativa de Mezirow é o resultado da integração das contribuições de diferentes autores. Ele toma como referência a teoria da consciência crítica conforme proposta por Freire, a perspectiva dos domínios da aprendizagem de Habermas e a noção de paradigma de referência de Kuhn, além de autores da educação para adultos. Sua proposta sugere uma reflexão crítica para que se alcance uma transformação, essencial para que a experiência se torne conhecimento.

Nesse modelo, os métodos narrativos são utilizados para enquadrar o contexto das experiências vividas por terapeutas que atuam nesse campo. Eles nos auxiliam a explorar a maneira pela qual terapeutas interpretam subjetivamente diferentes significados e realidades no espaço clínico migratório. Como seu nome já diz, a aprendizagem transformativa diz respeito à aprendizagem enquanto processo transformador, e fornece uma estrutura para entender as experiências vividas, buscando entender o significado da experiência como um guia para a ação. É um processo que permite efetuar mudanças dentro do quadro de referência que Mezirow (1995) definiu como "estruturas de suposições pelas quais entendemos nossa experiência" (1995, p.5). Assim, além de uma aprendizagem que se revela transformativa, ela contribui para a percepção, interpretação e intervenção no campo em que for aplicada.

A partir dela podemos descrever de forma abrangente e complexa como um sujeito interpreta, valida e reformula o significado de sua experiência. Uma transformação possível com base numa experiência que passa pelo estágio da reflexão crítica e do discurso racional. Nesse sentido, o autor sugere que o

sujeito deve se envolver em uma reflexão crítica sobre suas próprias experiências, o que, por sua vez, levará a uma transformação de sua perspectiva (MEZIROW, 1991, p. 167). No que diz respeito aos entrevistados, pudemos selecionar, a partir das perguntas elaboradas para a entrevista, uma categoria que reflete crenças específicas no modo de proceder nesse campo. Entendemos que elas definem alcances assim como estabelecem limites.

As crenças, ações e reações são organizados em todo sujeito por estruturas de significados. A transformação de perspectiva, sobre a qual essa teoria nos alerta, é um processo por meio do qual todo sujeito se interroga e reconhece como suas crenças determinaram sua percepção do outro, do mundo e de como se intervém nele. Isso implica no fato de que, havendo mudança nessas estruturas por assim dizer tradicionais do sujeito, haverá como consequência mudança de sua perspectiva e, portanto, no tipo de intervenção que poderá fazer.

Na medida em que terapeutas que atuam no campo das migrações, podem incluir, discriminar e integrar novas perspectivas, naturalmente seu ato se torna mais inclusivo. Esse é um campo no qual é primordial poder acolher o outro de quem, a princípio, desconhecemos a estrutura de sentidos, e fazer escolhas que ecoem o que fora transformado e apreendido. A transformação nas estruturas de significados é, portanto, o que viabiliza ações novas. Entendemos que, quando o terapeuta está disposto a renunciar ao próprio referencial cultural e teórico para oferecer uma escuta inclusiva, ele acolhe a possibilidade de que se opere nele mesmo uma transformação e só aí, como consequência, a sua intervenção.

Entender como se modificam as estruturas de significados permite compreender como se dá a transformação de perspectiva. As narrativas nos oferecem essa possibilidade. A transformação opera nas estruturas que representam um conjunto de experiências culturais e contextuais que moldam como os eventos são interpretados e como influenciam as ações da pessoa. Elas são compostas por esquemas de significados que, por sua vez, integram estruturas de significado. Tanto esses esquemas como essas estruturas não são fixas. Ambos se modelam de acordo com a inclusão de novas ideias em um esquema existente. A mudança acontece a partir de um acúmulo de transformações ou de uma crise do esquema existente, que se

mostra incapaz de atribuir um sentido diante do novo. A mudança ocorre, portanto, diante do que ele nomeia de um "dilema desorientador" que é capaz de produzir uma aprendizagem transformativa a respeito da experiência (MEZIRROW, 1995, p. 50).

Mezirow (1991) sugeriu que os indivíduos aprendem quando suas percepções da realidade não estão em harmonia com suas experiências, o que permite que elas possam ser desconstruídas. A falta de harmonia desencadeia então um autoexame que requer que o sujeito se engaje numa avaliação crítica das premissas que agora se mostram inoperantes (MEZIRROW, 1991, p. 167). Esse reconhecimento possibilita, por sua vez, que novos papéis possam ser ocupados, para que novos caminhos sejam traçados e novas intervenções sejam concebidas.

No entanto, como se trata de um contexto novo diante do qual não se possui recursos experimentados, há que se traçar um plano de ação para que novas competências ou conhecimentos sejam adquiridos e executados. Esse plano é então testado para que se possa construir as habilidades e a autoconfiança necessárias ao "novo papel" (MEZIRROW, 1995, p. 50) e, assim, integrá-lo às práticas que visam novas perspectivas.

A escuta oferecida e as intervenções propostas pelos terapeutas certamente não eximem o profissional de sua responsabilidade ética para com a população migrante. Esse lugar de responsabilidade desafia todo terapeuta que atua nessa área, não só em resposta ao juramento e compromisso profissional da categoria, mais do que isso, no que o convoca a renunciar a um modo de operar já conhecido. Uma responsabilidade que não deixa de ser uma aposta que acolhe a demanda de um outro em sofrimento diante do qual ele se compromete a ajudar. Nesse lugar de escuta de um outro culturalmente distante há ainda que se manter e seguir o norte de uma ética mais além, de acordo com a perspectiva proposta por Levinas. Esse autor passou a ser conhecido como o filósofo da responsabilidade pela ênfase que atribuiu à ética.

A ética que Levinas propõe não é uma prescrição nem um ponto normativo, e certamente pode ser empregada de outra maneira. Nesse lugar de uma clínica transcultural, ela convoca o terapeuta a uma escuta responsável. Ele

introduz a ideia do que ele chama de “para além do ser”³⁶ que ocorre fora do tempo, como um fluxo dinâmico da consciência. Trata-se de uma responsabilidade que acontece mediada pela ética. Reconhecer essa ética é levar em conta aquilo que opera e se inscreve de forma inconsciente e que condiciona de forma imperceptível. Existe, então, para todos, uma ética perante a qual se responde, assim como dialogamos com a alteridade inscrita e reconhecida em nossa cultura.

Quando o terapeuta se presta a essa escuta, ele se compromete e assume uma responsabilidade para além da escuta pontual. Enquanto profissional, em seu ato há uma implicação política. Essa mesma responsabilidade, para Levinas, ocorre subliminarmente, antes que uma pessoa tenha tempo para refletir sobre ela. Em sua intervenção, o terapeuta assume uma responsabilidade perante outro sujeito. A importância dessa outra pessoa nunca desaparece de seu pensamento. No entanto, sua intervenção não deixa de ser um ato político, porque se pauta em perspectiva da ausência ou presença de ações refletidas no discurso que é trazido pelo seu paciente/cliente. A responsabilidade ético-política está, portanto, imbuída no ato da escuta e intervenção terapêutica.

A fenomenologia de Max Van Manen propõe que o pesquisador se aprofunde no estudo do significado essencial dos fenômenos e sua importância. Por meio de etapas sucessivas propostas para o manejo das narrativas, o pesquisador torna-se capaz de se aprofundar em palavras, textos e contexto para delas extrair a percepção que o sujeito falante tem daquilo que foi dito e do que foi feito. Em relação a elas, é convidado a trazer suas reflexões, portanto, únicas, e que representam a contribuição principal deste método. O autor propõe dessa forma que, na pesquisa, sejamos capazes de extrair o conhecimento do campo observado a partir do que os atores implicados nele podem dizer sobre sua experiência. Uma pesquisa cujo conhecimento é adquirido na sua “ligação com a prática” (VAN MANEN, 1990, p.107). Em se tratando de uma pesquisa aplicada ao campo da saúde mental, nosso interesse privilegia o sentido atribuído ao alcance da escuta oferecida, bem como seus efeitos na intervenção proposta.

³⁶ “*otherwise than being*” (BERGO, 2011, p.61-68)

O caminho percorrido nesta pesquisa, de acordo com Van Manen é o de natureza empírica e reflexiva, no qual o pesquisador exerce a função descritiva do material coletado. Nas etapas propostas, o pesquisador é convidado a compartilhar e descrever as experiências pessoais, as de outras pessoas ou a obtenção de descrições em fontes literárias. Durante esse percurso é importante poder: “Descobrir aspectos ou qualidades que fazem de um fenômeno o que ele é e sem os quais a natureza desse fenômeno não poderia ser mantida”, (VAN MANEN, 1990, p.107 - tradução nossa)³⁷. A reflexividade que a análise narrativa provoca é uma tentativa de analisar e determinar as estruturas da experiência observada e coletada. Como método reflexivo de análise nos propomos a realizar uma reflexão temática. A esse respeito, Eastmond aponta:

“a análise narrativa é usada em muitas pesquisas qualitativas hoje em dia fundamentada na suposição fenomenológica de que o significado é atribuído a um fenômeno por meio de experiências e, além disso, que só podemos saber algo sobre as experiências de outras pessoas a partir da expressão que lhes é atribuída por elas.” (EASTMOND, 2007, p.249, tradução nossa)

Nesse sentido, investigamos as razões que o terapeuta atribui a seu vínculo com a questão da migração e do refúgio e se esse tem alguma implicação na escuta que pode ser oferecida. Trata-se de dados alcançáveis por meio das estratégias de trabalho de campo, entrevistas nesse caso, do processamento de informações e da análise das narrativas dos terapeutas. As razões atribuídas às suas escolhas, na percepção do terapeuta, exprimem conexões imediatas como, por exemplo, conferir tal interesse à experiência de ter sido migrante. O contexto histórico de alguns países, no entanto, parece criar este cenário multicultural que desperta tal interesse para com o outro. Pertencer a uma família que, mesmo após muitas gerações, ainda faz a manutenção de suas raízes distantes é um exemplo disso em países como o Brasil e os Estados Unidos, que foram construídos e povoados por migrantes, além dos nativos. Neles, muitas das heranças de territórios distantes estão incorporados à vida cotidiana, ao ponto das novas gerações nem questionarem sua proveniência. Elas tornaram-se locais e legítimas.

³⁷ “Discover aspects of or qualities that make a phenomenon what it is and without which the phenomenon could not be what it is” (VAN MANEN, 1990 p.107)

A tentativa da fenomenologia hermenêutica é descobrir aspectos ou qualidades da natureza desse fenômeno, é isso que realizamos quando trazemos essa perspectiva do terapeuta sobre sua experiência, por seu caráter único. Organizamos diferentes saberes que ajudam a pensar e enquadrar a complexidade deste campo e que, ao mesmo tempo, falam do valor desse resgate. O método, nesse modelo, é que "não existe método" (VAN MANEN, 1990, p. 48). Esse não é um caminho ortodoxo, mas um processo dinâmico que visa um conhecimento do significado das experiências e de sua natureza.

Como referido anteriormente, esse modelo não tem **um** método. É um percurso que mobiliza "um conjunto de conhecimentos e ideias, uma história de vida de pensadores e autores que, se tomados como exemplo, constituem uma fonte e uma base metodológica para apresentar práticas de pesquisa em ciências humanas" (VAN MANEN, 1990, p.48). Ele foi definido para falar desse tempo de novos fluxos migratórios e seus efeitos que culminam num momento histórico de muitos desafios, mas também de conquistas e reconhecimentos. Os terapeutas são confrontados com realidades que muitas vezes escapam às possibilidades clínicas em que a efetividade de suas intervenções não depende unicamente de sua formação ou profissionalismo. Especialmente no contexto migratório, a partir de minha própria experiência, pode-se dizer que a clínica acontece conforme as possibilidades também do migrante.

No Brasil, atendimentos ocorrem em instituições que oferecem prioritariamente orientações para a regularização do processo de reconhecimento do refúgio, além de um teto e refeições básicas. Esses serviços são oferecidos de forma temporária. Além dessas instituições, que podem ser de cunho religioso ou não, no contexto migratório também existe um papel fundamental desempenhado pelas clínicas universitárias. Os serviços oferecidos a partir do Estado representam um volume inferior, sobretudo nesse primeiro momento, o da chegada no país de acolhimento.

Nos Estados Unidos, a atuação de terapeutas na área de saúde mental para migrantes refugiados é compartilhada entre organizações não governamentais e universidades, com ramificações em associações culturais comunitárias, fruto da mobilização da sociedade civil. Foi nelas que encontramos os terapeutas entrevistados nesta pesquisa.

Na estratégia para a seleção da amostragem de sujeitos/terapeutas, a única exigência para inclusão de suas narrativas em nossos dados foi a de estarem atendendo ou terem atendido migrantes em situação de refúgio. Definimos o número de 12 entrevistas por entender que seria representativo diante da abordagem proposta, que incluiu a tarefa da transcrição das narrativas, sua análise e categorização. Realizamos um levantamento virtual com o intuito de localizar as iniciativas públicas para o atendimento à saúde mental de migrantes e refugiados nos diferentes países pesquisados. Daí estendeu-se a inclusão, em nossa pesquisa, da categoria de terapeutas, pois inicialmente previa-se somente psicólogos e psicanalistas. Isso ocorreu porque nos Estados Unidos alguns profissionais podem obter essa autorização mediante uma formação específica, como é o caso de assistentes sociais. A seleção e contatos foram realizadas por meio da indicação de psicólogos e colegas que atuam na área.

Por ser uma entrevista que investigou tanto a experiência do terapeuta sobre sua prática, como seu relato sobre a experiência do migrante, alguns cuidados foram necessários. O questionário elaborado foi dividido em quatro etapas, que foram informadas já na enunciação das perguntas e que seria anunciado o momento em que o entrevistado responderia acerca de sua experiência ou de sua percepção sobre a experiência do migrante.

A primeira etapa da entrevista foi um questionário demográfico, seguida de relatos sobre a experiência do terapeuta e do migrante refugiado. A terceira tratava sobre saúde mental, finalizando com a quarta e última etapa, em que buscamos traçar o panorama de iniciativas e políticas existentes em cada local, como também do que seria desejável que fosse feito na perspectiva de cada terapeuta.

Questionário demográfico do profissional

1. Qual seu interesse em atender este grupo?
2. Você teve algum treinamento específico para atender este público?
3. É afiliado a alguma agência ou organização que encaminha os pacientes até você?
4. Qual é a natureza do trabalho que desenvolve junto desta população?
5. Com que frequência atende seus pacientes?

6. Como descreveria o setting no qual seu atendimento acontece?

O questionário demográfico tem seis perguntas informativas, por meio das quais buscávamos um panorama da relação do terapeuta e seu atendimento. A primeira pergunta foi sobre a implicação com a questão das migrações, com o intuito de entender quais vínculos o terapeuta mantém com essa questão. Quisemos ainda saber se ele tivera algum treinamento específico para trabalhar nesse campo e detectar o tipo de preparo que cada terapeuta teve para sua atuação em função dos desafios que emergem na prática, estabelecendo então se esse seria suficiente ou se requereria complementos. Procuramos determinar ainda, se os terapeutas pertenciam a alguma agência ou organização por meio das quais os migrantes refugiados chegavam até eles. Questionamos sobre a natureza do trabalho conduzido junto a essa população e se seriam atendimentos individuais, em grupo, conversas, atividades artísticas ou lúdicas, se seriam de caráter terapêutico, psicoeducativo, informativo ou mesmo de um conjunto que englobasse todas essas abordagens. Por fim, pedimos que descrevessem o *setting* em que os atendimentos acontecem e qual sua frequência.

Na segunda parte da entrevista, realizamos as perguntas *grand tour*. Essa etapa foi dividida em dois momentos, um sobre a experiência do terapeuta e outro a respeito da experiência do migrante refugiado, a partir da perspectiva do terapeuta. Esse tipo de pergunta tem o propósito de simular uma experiência, como quando se estuda uma cena cultural. É uma forma de recolher uma quantidade grande de amostras de termos sobre cenas culturais, incluindo diversos aspectos da experiência.

Grand Tour. Perspectiva do terapeuta sobre sua experiência

1. Pode me contar como navega por meio das diferenças culturais que emergem no relacionamento terapêutico com migrantes forçados?
2. Em termos de prioridades de saúde mental, quais são as necessidades mais urgentes desta população?
3. Como a linguagem afeta a dinâmica clínica/terapêutica?

As perguntas *grand tour* têm justamente o objetivo de criar um espaço para que o entrevistado discorra livremente sobre um tópico. As respostas a elas permitiram que percorrêssemos diversas questões por um intervalo de tempo, por meio de uma sequência de eventos. Suas respostas são tomadas como expressão de um grupo/categoria e não somente do entrevistado. Elas revelam ainda sobre as ferramentas empregadas no contexto clínico. Essas narrativas oferecem ao pesquisador características significativas do cenário cultural, sejam elas o espaço, tempo, eventos, pessoas ou atividades.

Foram realizadas três perguntas para o terapeuta poder compartilhar sua experiência como profissional. Na primeira pergunta, pedimos que compartilhasse como navega por meio das diferenças culturais que emergem na relação terapêutica com o migrante refugiado, tendo como objetivo entender, do ponto de vista transcultural, como tem sido, para os terapeutas, lidar com as experiências clínicas com refugiados.

Diante das respostas, desdobramos essa primeira pergunta incluindo outras de acordo com o contexto de cada relato com o intuito de aprofundar o conteúdo sobre cada experiência. Essas perguntas não foram necessariamente colocadas a todos os entrevistados, apenas quando o contexto permitia. Pedimos que compartilhassem alguma experiência na qual sua intervenção permitiu superar um impasse particular e, eventualmente, quais foram as áreas específicas de sucesso clínico, e qual razão atribuíam a ele. Quisemos ainda saber quais foram os desafios específicos enfrentados nesse campo, o motivo atribuído a eles, como também se haveria algum episódio que exemplificasse.

Na segunda pergunta, pedimos que compartilhassem, em termos de saúde mental, o que consideravam prioridade para os migrantes refugiados, ou seja, quais seriam suas necessidades mais urgentes. O objetivo seria conhecer a perspectiva do terapeuta sobre as necessidades do migrante no campo da saúde mental.

A terceira pergunta aborda a dinâmica da linguagem e como ela afeta a prática clínica/terapêutica com o objetivo de apontar para a construção da fronteira entre o consciente, o inconsciente e seus sintomas, que aparecem nos relatos, mas que muitas vezes não são vinculados com a experiência das diferentes formas de falta que se experimenta na condição de migrante.

No segundo momento da etapa *grand tour* das entrevistas, conforme mencionado anteriormente, o terapeuta pôde compartilhar sua perspectiva a respeito da experiência do migrante refugiado, isto é, como percebe que esses clientes/pacientes navegam por meio de desafios interculturais?

Grand Tour. Perspectiva do terapeuta sobre as experiências dos migrantes refugiados

1. Qual a sua percepção de como os migrantes forçados experimentam o processo clínico/terapêutico?

2. Em termos de prioridades de saúde mental, o que os migrantes forçados relatam como suas necessidades mais urgentes?

Nesse momento da entrevista o entrevistador/pesquisador frisou que se faria uma passagem da experiência do terapeuta para a de seu paciente/cliente — uso essa forma para me referir aos migrantes, porque cada abordagem se refere a ele de modo distinto: paciente para a psicanálise e cliente para as abordagens comportamentais. Primeiro perguntamos sobre a percepção do terapeuta sobre como os migrantes refugiados experimentam o processo clínico/terapêutico. O objetivo dessa pergunta foi o de descrever a percepção de quem é cuidado e se ela é verbalizada. Os desdobramentos dessa pergunta buscaram registrar se havia relatos sobre a experiência de alívio, sucesso ou cura.

Procuramos saber ainda se havia alguma evidência clínica de estagnação ou insatisfação e pedimos que citassem exemplos de experiências com pacientes que tivessem esse teor. Assim como o fizemos nas perguntas sobre a perspectiva dos terapeutas, nessa etapa mudamos um pouco a perspectiva e perguntamos se poderiam descrever a forma como entendem que o migrante refugiado navega pelas diferenças culturais.

Seguimos com a segunda questão, que diz respeito à verbalização dos migrantes refugiados, em termos relacionados à saúde mental, sobre o que eles consideravam ser suas necessidades mais urgentes. O objetivo foi o de distinguir diferentes causas, redes, a questão do idioma, as condições socioeconômicas, de gênero ou familiares que pudessem ser citadas como decisivas. Diante de uma abordagem ocidental, muito conhecida por esses terapeutas, buscamos

investigar se havia menção sobre aquilo que faz diferença para o outro. Na prática transcultural não há como não implicar esse outro no caminho para a sua cura.

Na terceira etapa da entrevista, dividida em três momentos, fizemos uma série de quatro perguntas sobre saúde e doença mental. Nela também iniciamos como uma pergunta principal que, dependendo da resposta, precisou de um aprofundamento dado com perguntas ulteriores.

Saúde Mental

1. Que tipo de sofrimento mental você encontra nos migrantes que atende (por exemplo, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso de substâncias)?

2. Qual é a sua percepção do estado emocional de seus pacientes/clientes?

3. Onde os pacientes/clientes buscam ajuda diante de sua saúde mental fragilizada?

4. Que estratégias você vê aqueles que você atende empregando para realizar a manutenção da saúde mental pessoal ou familiar, por exemplo: comunidade, religião, família, música, arte, adesão a alguma atividade?

Relativamente a esse cenário, perguntamos que tipo de situações os terapeutas encontram com mais frequência como, por exemplo, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias. Na segunda pergunta, investigamos qual a percepção teriam sobre a saúde mental daqueles que atendem e se os migrantes verbalizam algum tipo de estigma em situações em que seu sofrimento mental é perceptível para outros. Perguntamos ainda se havia sofrimentos recorrentes em algum contexto específico. Com a terceira pergunta, tentamos recolher informações sobre se tinham algum conhecimento sobre em que lugares os pacientes/clientes migrantes refugiados buscam ajuda diante do fato de estarem com sua saúde mental fragilizada. A quarta pergunta envolveu o registro das estratégias que o terapeuta percebia serem utilizadas pelo migrante refugiado para manter sua saúde mental pessoal ou familiar, por exemplo, recorrendo à comunidade, religião, família, música, arte e/ou alguma outra atividade.

Na quarta e última etapa de nossa entrevista, perguntamos se acreditavam que o país estaria preparado para tratar da saúde mental de migrantes refugiados e, em caso positivo, de que forma, o sistema público estaria apto a acolhê-los.

O que pode ser feito?

1. Você acredita que o seu país está preparado para abordar a saúde mental de migrantes forçados? De que forma o sistema é favorável ou não?

2. Existem iniciativas paralelas que acredita que sirvam para melhorar sua saúde mental (comunidade, religião, família, música, arte etc.)?

3. O que você acha que já foi feito para reduzir ou acolher seu sofrimento e restaurar seu bem-estar?

4. Na sua opinião, como o background cultural desses migrantes afeta o modo como os recursos psicossociais são acessados e sua eficácia (crenças, costumes, normas)?

A primeira pergunta se refere a seu conhecimento sobre iniciativas não governamentais cuja missão é tratar da saúde mental dessa comunidade. A pergunta seguinte teve o intuito de saber que outras iniciativas os profissionais consideravam importantes para a manutenção da saúde mental, por exemplo, comunidade, religião, família, música, arte etc.

As últimas perguntas da entrevista foram sobre iniciativas que agiam com o intuito de acolher essa população de modo a reduzir seu sofrimento e restaurar seu bem-estar. E ainda, o que influenciava para que alguns acessassem os recursos psicossociais mais que outros, e se isso seria atribuído a crenças, costumes, normas, educação ou algum outro fator.

Concluímos as entrevistas convidando os entrevistados a compartilharem qualquer outra informação que porventura não tivesse sido colocada até aquele momento e que considerassem importante. E, por fim, se achavam que haveria outros profissionais que recomendariam envolver em nossa pesquisa para a compreensão e defesa das questões de refúgio e saúde mental.

Conclusão

1. Existe alguma outra informação que você gostaria de compartilhar sobre suas experiências clínicas com as comunidades de migrantes?
2. Que outros profissionais você recomendaria para se envolver na compreensão e defesa do migrante forçado em saúde mental?

7.1 MÉTODO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise das narrativas nos permite expor a compreensão de mundo dos terapeutas, por meio da experiência do sujeito. Como apresentado anteriormente, lançamos mão da fenomenologia hermenêutica de Van Manen (1984) para organizar e extrair dessas narrativas os sentidos atribuídos pelos entrevistados a sua experiência, e de Mezirow (1995), com seu conceito da aprendizagem transformativa, para descrever como ela influenciaria uma mudança nos próprios terapeutas.

Essa teoria vem sendo utilizada para entender a experiência dos migrantes que se deslocam para um novo território e que, portanto, enfrentam mudanças. A aplicação desse recorte para falar da experiência dos terapeutas que atuam junto a eles não foi encontrada em nenhum registro bibliográfico. No entanto, sua validade nesta leitura se dá pelo reconhecimento de que os terapeutas também estão diante de um novo no contexto migratório.

Também o *setting* terapêutico se improvisa e se renova, passando do consultório para um pátio, um corredor, uma sala de espera, os dispositivos móveis. No que diz respeito aos atendimentos que acontecem pelos aplicativos, por meio de telefones celulares, esse é um desafio novo tanto para terapeutas como para migrantes. Os moldes da oferta de escuta também adquirem novas formas em que a demanda não chega somente de maneira espontânea. Há que se oferecer, convidar o outro para que se crie esse espaço e possibilidade de cura/escuta.

O tempo das sessões e das intervenções também muda. Os atendimentos que tradicionalmente ocorrem semanalmente podem se ver diluídos em mensagens que, durante a semana, vão constituindo um diálogo de pergunta e resposta entre terapeuta e paciente/cliente, enviadas de acordo com a disponibilidade de tempo de cada um. O migrante pode ainda comparecer uma

única vez e não retornar mais. Além disso, o novo ainda se presentifica na experiência do terapeuta quando, diante de um outro culturalmente distante, precisa renunciar a seu referencial teórico para que possa escutar sem se precipitar a fazer uma patologização deslocada.

Nesse sentido, parece-nos legítima a proposta de Mezirow (1995) a respeito do que pode ser apreendido nessa nova experiência, que muda o sujeito e reorganiza seu referencial. Diante do novo, existe uma aprendizagem transformativa, cuja essência é a possibilidade de dar sentido por meio da interpretação da própria experiência. Segundo o autor, o processo de criação de significado pode ser entendido usando dois conceitos: esquemas de significado e perspectivas de significado (Mezirow, 1997, p.7).

Os esquemas e perspectivas de significado nos ajudam a entender nossa experiência. Ambos se constituem a partir de interpretações baseadas em experiências anteriores que provêm de forma automática um enquadre para a cena, sem necessariamente refletir sobre ela. Os esquemas de significado são compostos por um conjunto de hábitos e expectativas e as perspectivas de significado são grupos de esquemas de significados relacionados, segundo Mezirow, conforme citado por Negata (2006, p. 42).

Por meio do método proposto pelo Van Manen (1984), realizamos registros em que identificamos elementos ou frases significantes sobre essa experiência. Partindo daí, formulamos sentidos para, em seguida, agrupá-los em temas comuns encontrados nos relatos de diferentes participantes e integramos os resultados em uma descrição exaustiva do fenômeno. Após essa etapa, validamos os achados com os participantes, incluindo suas observações ao final da descrição, para só então realizar uma interpretação do fenômeno.

Para a identificação dos conteúdos significativos das falas dos sujeitos entrevistados, utilizamos o método baseado na redução em unidades significativas que propõe quatro passos:

- 1) leitura de todos os dados colhidos para apreensão do sentido geral;
- 2) discriminação das unidades de significado com foco no fenômeno pesquisado;
- 3) agrupamento por temas com categorias abertas;
- 4) realização da descrição das categorias e *insights* contidos nas unidades de significado sintetizadas no terceiro passo.

Quadro 4 - Fases do método fenomenológico-hermenêutico

Fase	Conteúdo	Atividade
I Observação	Reconhecimento da natureza da experiência vivida: hipóteses e ideias preconcebidas; espaço, tempo, sistema sociológico, referencial do fenômeno	- Leitura exaustiva das narrativas - Apreensão do sentido geral
II Descrição	Descritivo: Discriminação da experiência vivida diretamente Discriminação da experiência vivida indiretamente	- Descrições pessoais anedóticas. - Protocolos pessoais de experiência pessoal (anedotas)
III Interpretação	Interpretativo: Reflexões sobre a experiência vivida	- Entrevistas e conversas - Análise temática e uso de métodos de redução - Escrita de transformação linguística
IV Descrição + Interpretação	Reflexivo: Escrita - Reflexão da experiência vivida	- Preparação do texto fenomenológico - Revisão da documentação fenomenológica

Os relatos, tanto do terapeuta como daquele que ele representa, são tomados enquanto prática social, sendo, portanto, o reflexo de contextos variáveis.

“Assim, ao olhar para a linguagem como discurso e como prática social, compromete-se não apenas a analisar textos, nem apenas a analisar processos de produção e interpretação, mas a analisar a relação entre textos, processos e suas condições sociais, tanto as condições imediatas do contexto situacional quanto as condições mais remotas das estruturas institucionais e sociais.” (FAIRCLOUGH, 2001, p.26, tradução nossa.)

O discurso mobiliza condições sociais tanto em sua produção como em sua interpretação. A perspectiva do pesquisador também reflete essa mesma dinâmica. Assim, após cada entrevista, redigiu-se um relato do entrevistador/pesquisador em primeira pessoa a respeito dos elementos que chamaram a atenção durante essa conversa, seguido então pela transcrição da entrevista.

A análise da pesquisa reflete ainda as experiências vividas e o lugar ocupado pela pesquisadora, o que se torna uma contribuição significativa diante

da escassez de literatura que apresente a perspectiva da experiência de terapeutas na clínica com migrantes. Este estudo é, portanto, crítico – pois pouco se sabe sobre a descrição qualitativa dessa experiência – e traz em si uma conscientização sobre as necessidades particulares desses profissionais. O que também pode ser de auxílio para prestadores de serviços, educadores e formuladores de políticas públicas, para que desenvolvam práticas mais próximas de satisfazer as demandas dos que vivem essa realidade.

De um lado, reconhecemos naquilo que é vivido pelo migrante a expressão de relações de poder, em que ele tem pouca ou nenhuma voz sobre aquilo que lhe diz respeito. De outro, existe a possibilidade de intervenção deste que, de certa forma, pode se tornar porta voz de um mal-estar que ambos experimentam, devido à restrição de seu campo de ação em razão da precariedade em que vive.

Como já foi dito anteriormente, não tomamos o migrante como uma categoria homogênea, mas como o resultado de uma sucessão de eventos que levaram a pessoa a deixar seu território. O refugiado, nesse sentido, é aquele que partiu por ter sua vida posta em risco por uma ameaça real. Entretanto, reconhecemos que existem pessoas e grupos que são mais vulneráveis do que outros. A mulher, nesse cenário, faz parte de um grupo que se torna vulnerável em função de seu gênero. Ela corre riscos específicos que são o reflexo de uma opressão que é universal. Assim, o recorte de gênero é determinante, e seu reconhecimento se caracteriza como um ato também político. Certamente não podemos falar das mulheres como categoria homogênea, mas reconhecemos que existe uma dimensão transversal e que se enquadra nas relações de poder.

Na etapa que se segue, apresentamos os resultados da pesquisa integrando as narrativas e as reflexões produzidas a partir do meticuloso trabalho anterior. Organizamos os temas dentro das categorias mais amplas. Se em um primeiro momento foi preciso estabelecer categorias e subcategorias para em seguida poder perceber os temas ali emergentes, nesta etapa da integração, um outro caminho foi necessário. Agrupamos algumas categorias para que alguns dos temas que se repetiam pudessem ser apresentados. Em outras situações os temas reaparecem em categorias diferentes, no entanto, a função em cada uma delas é específica, e por isso a necessidade de separá-las e analisá-las dentro desse outro contexto, portanto, pode parecer que há uma repetição, mas

essa é apenas aparente. Dessa forma, no capítulo que segue, nos propomos a apresentar essas categorias, explicando a intenção tida ao criá-las, um resumo das falas nelas agrupadas, os temas que delas emergiram em números e as reflexões que delas se produziram.

8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As ações no campo das migrações vêm consolidando novas práticas. A depender do país, esses avanços acontecem mais rapidamente. Ao longo do trabalho de tese, algumas mudanças foram perceptíveis, sobretudo no cenário brasileiro que, mesmo diante do não investimento e da apatia política, vê um crescendo de ações que visam a saúde mental da população de refugiados. É certo que não será possível incorporar todas as novas iniciativas, porém, aquelas que chegaram ao meu conhecimento devem aparecer em meu relato que, em alguns momentos diferirá da experiência dos entrevistados, pois essa se deu em um tempo passado, ainda que recente.

Esta análise qualitativa privilegia a presença ou ausência de determinadas variáveis reportadas pelos sujeitos nas narrativas. Por meio da descrição e interpretação foi possível construir reflexões sobre minha experiência durante a escuta e a nomeação teórica dos eventos observados. Os mesmos fatores que serviram de base para a organização dos instrumentos de pesquisa também foram o alicerce para a organização do material registrado, bem como as discussões propostas. Ou seja, no decorrer do desenvolvimento, essas etapas foram incorporadas à descrição, interpretação, reflexão e, finalmente, discussão.

Em um primeiro momento, as categorias e temas que emergiram foram organizados em números, sem que a frequência determinasse sua relevância. Temas são eventos que possuem uma implicação que imprime uma qualidade ao campo observado. Como citado anteriormente, eles não refletem exatamente todas as categorias elaboradas de antemão.

Alguns dos temas podem se repetir, como é o caso da relação com a língua, que aparece na análise das narrativas em quatro momentos distintos. Primeiro esse tema aparece dentro da categoria que ilustra as experiências às quais se atribui o interesse pelo trabalho com migrantes/refugiados. Em um segundo momento, representa comportamentos, práticas correntes ou crenças anteriores ao trabalho nesse campo. A língua aparece ali como exigência para o fazer clínico. A relação com a língua aparece mais uma vez dentro da categoria que ilustra os *insights* gerais sobre a prática nesse campo. Nesse ponto, ela emerge como o tema que representa os desafios encontrados na prática pelos terapeutas. Na categoria que retrata a experiência dos migrantes a partir da fala

dos terapeutas, ela volta a aparecer enquanto tema, dessa vez representando a dificuldade de alguns em manifestar quando precisam falar do que dói. Assim, o que a princípio pode parecer repetição de um tema, na realidade representa as funções que esse mesmo elemento pode ter em contextos diferentes. Sua análise, portanto, também diferirá, dependendo da categoria na qual foi expresso.

As reflexões suscitadas pelas narrativas são observações críticas que levam em consideração a fala no contexto em que foi produzida, gênero e contexto social, cuja análise é também a expressão das minhas experiências. Ainda que alguns fatores possam não ser significativos para todos os entrevistados, eles são apresentados pela implicação que entendemos terem com o campo. Como este não se pretende um estudo comparativo, essas narrativas foram organizadas em um fluxo único. Incluímos os temas e a narrativa na qual emergiram, tanto de terapeutas brasileiros como estadunidenses.

Usaremos a expressão “poucos terapeutas” quando nos referimos até quatro entrevistados cujas falas apresentam um tema comum. Faremos referência a “alguns terapeutas” quando estivermos representando um número de cinco a oito e a “maioria dos terapeutas” quando for entre nove e doze. As falas foram identificadas pela sigla BR (Brasil) ou EUA (Estados Unidos da América) e um número referente a data da entrevista ao lado de cada terapeuta para que o leitor possa identificar perante qual alteridade o discurso é pronunciado. Os relatos devem funcionar neste trabalho como o reflexo de uma experiência que entendemos também cultural. Tratamos por **terapeuta** os psicólogos, psicanalistas e assistentes sociais. Todos atendem sob essa categoria principal, por uma questão didática de entender que trabalham na área da saúde mental mesmo reconhecendo que seu alcance, métodos e escuta diferem. Durante a discussão dos dados, eventuais diferenças que se explicam no contexto do território serão abordadas.

Onze dos entrevistados atuam dentro de alguma instituição e somente um deles o faz em consultório próprio, onde recebe encaminhamentos de outras instituições em razão de seu longo e reconhecido trabalho com essa população. Dentre esses terapeutas, oito atuam em ONGs, um em instituição de cunho religioso e dois no serviço prestado pelo Estado.

Existem instituições de acolhimento ao migrante, cujo objetivo principal é a orientação desse público no tempo da chegada, e outras que oferecem abrigo. Nelas, também há auxílio para aprenderem a navegar entre as burocracias que lhe permitem o acesso a serviços básicos. Ainda, ocasionalmente, esse migrante tem a possibilidade de falar com um psicólogo/terapeuta ou integrar algum grupo em que sua implicação é, na maioria das vezes, eventual.

No Brasil, a participação em algum tipo de intervenção terapêutica acontece em casos em que o migrante precisou passar pela instituição, sem que seja possível de fato dar início ou continuidade a algum tipo de tratamento nos moldes tradicionais, que incluiriam diagnóstico, prognóstico e intervenção. Em Mineápolis o acesso aos cuidados com a saúde mental acontece pela mediação de agentes comunitários que orientam casos de seu conhecimento ao assistente social encarregado de uma região específica. Este, por sua vez, poderá realizar por si mesmo o atendimento caso tenha a habilitação ou encaminhar para uma instituição parceira da rede.

São duas as abordagens teóricas que prevalecem nas intervenções. Sete dos entrevistados atendem a partir do referencial teórico cognitivo comportamental e sistêmico. Cinco atendem a partir da perspectiva psicanalítica. No Brasil, os referenciais teóricos não se apresentam com a mesma homogeneidade, mas no que diz respeito a sua aplicação ao campo da transculturalidade parece receber forte influência da psicanálise e da etnopsiquiatria europeia. A psicanálise representa o referencial da maioria dos terapeutas entrevistados num total de cinco dos seis. Nos Estados Unidos, a terapia cognitivo comportamental é a corrente teórica de maior reconhecimento. Esse referencial prioriza não apenas o comportamento, mas também os processos e estados mentais. A terapia cognitivo comportamental é, portanto, o referencial da maioria absoluta dos terapeutas entrevistados. Uma particularidade da atuação dos terapeutas nesse campo, sobretudo no Brasil, é o fato de atenderem frequentemente de forma voluntária. Dessa forma, os terapeutas realizam outras atividades remuneradas para obter sua renda.

Nos relatos dos terapeutas que atuam no território brasileiro descreveu-se uma clínica em que, mesmo diante de sua implicação pessoal, há carência de estruturas voltadas para as necessidades específicas desse público. Necessidades que também vão além da clínica para migrantes. O atendimento

à saúde mental de refugiados acontece frequentemente em instituições cujo intuito primário não é o atendimento psicológico, mas este está incluso entre os serviços prestados. Essas instituições disponibilizam a ocupação de espaços pelos terapeutas, de uma sala de estar, um corredor, um lugar de passagem ou um pátio, no qual o terapeuta oferece sua escuta a quem busca nas instituições algum tipo de ajuda que diz respeito a sua instalação no novo território.

Desde o início o intuito desta pesquisa não foi o de fazer uma comparação entre o que acontece no Brasil e nos Estados Unidos, portanto as narrativas que escolhemos trazer e elaborar são predominantemente da realidade brasileira. Essa escolha também se justifica no fato de se tratar de um território no qual existe uma urgência de trabalho que contribua para o avanço de ações dirigidas a essa população. Foi somente ao longo dessa última década que o Brasil começou a receber um volume de solicitações de refúgio, o que justifica ainda mais um investimento teórico, econômico, político e social nessa área. Também não é de se minimizar que essa é uma formação oferecida pela UFRJ e que se propõe transdisciplinar, mas também transcultural para a qual as fronteiras geográficas não representem um limite ao conhecimento. Dessa forma, a realidade de Mineápolis aparece como um contraponto ao que pode ser feito, tomando-se como exemplo o que já é colocado em prática em outro lugar.

A seguinte apresentação do campo foi organizada de acordo com as quatro categorias respectivas aos eixos temáticos delimitados nas narrativas: Vínculo com a questão da migração, Dinâmica Terapêutica, Experiência do terapeuta, Experiência do migrante. Para cada tema descrevemos a proposta que orientou a escolha das narrativas. Os temas foram, ainda, apresentados em números com o objetivo de acompanhar a experiência dos terapeutas em suas falas. Mesmo não representando um número significativo, são relevantes para acompanhar a complexidade do próprio campo. A parte reflexiva da apresentação da análise das narrativas traz as falas dos entrevistados. Essas foram adaptadas para texto escrito, em vez de manter a original, mais coloquial. Escolhemos fazer a integração com a teoria em um momento sucessivo para conservar o fluxo da observação da experiência.

Organizamos na tabela abaixo a relação dos temas a partir das narrativas registradas, como anunciado, em quatro eixos:

Quadro 5 - Análise temática

ANÁLISE TEMÁTICA

1. VÍNCULO COM A QUESTÃO DA MIGRAÇÃO – experiências e eventos aos quais o terapeuta atribui seu interesse pelo trabalho com migrantes refugiados

Temas

- Ter sido estrangeiro: reconhecer o lugar do “outro”;
- Valor do contexto social: ter vivido em um contexto em que as migrações atuais alteraram de alguma forma a dinâmica social e política;
- Valor da cultura: ter vivido em um ambiente cultural, familiar ou no qual as migrações e o refúgio transpassam o cotidiano;
- Demanda da instituição: ter atendido uma solicitação institucional que aproximou e despertou interesse pelo tema;
- Proximidade com o tema do trauma: ter competências desejadas nesse campo;
- Relação com a língua: proximidade ou dificuldade com o idioma;
- Envolvimento: interesse que nasceu do contato com a literatura na área.

2. DINÂMICA TERAPÊUTICA – o que organiza o trabalho clínico com imigrantes/refugiados

(2A) Presença de crenças e normas dos profissionais

Temas

- Necessidade de diagnosticar o trauma: acreditar na necessidade de antemão de um diagnóstico do trauma;
- Obrigação do uso da língua local: exigência de comunicação numa língua imposta;
- Não existência de especificidade nesse grupo: acreditar que não há peculiaridade mesmo se requer escuta específica;
- O valor do grupo de terapeutas: um formato que pode oferecer uma escuta específica.

(2B) Sobre a formação para atender esse grupo

Temas

- Não especificidade de formação: não reconhecimento da necessidade de formação específica;
- Além de uma formação específica: reconhecimento da importância de um preparo;
- Busca de formação por iniciativa própria: reconhecimento da necessidade de realização de formação específica.

3. EXPERIÊNCIA CLÍNICA DO TERAPEUTA – prática clínica e seus desafios para o terapeuta

(3A) Experiência do Terapeuta e seus impasses: *Insights* gerais sobre a prática nesse campo

Temas

- Acolhimento como aposta para um laço: oferta de um possível ponto estável;
- Estabelecimento de limites às demandas: um exercício necessário;
- Teste de possibilidades: implicações no *setting*, na escuta e na intervenção;
- Oferta da escuta enquanto convite à fala: criação de uma demanda;
- A complexa relação com a língua: ela como instrumento, ela na interação, ela como afeto;
- Navegar dentre as condições institucionais: o migrante, o funcionário e o terapeuta;
- Precariedade do serviço voluntário: um cenário comum.

(3B) Manejo clínico – gerenciamento e superação dos impasses

Temas

- Necessidade de dar lugar à palavra: fazer desse seu espaço;
- Problematizando o referencial: oferta de uma escuta que renuncia a um saber pressuposto sobre o outro;
- Desafio da resistência: o exercício de reformular;
- Interpretação cultural: contextualizando as novas realidades;
- O manejo da língua: gerenciando impasses.

(3C) Experiência do Migrante – verbalizações do que dói e do processo terapêutico

Temas

- Descoberta do racismo: uma nova representação de si;
- Dificuldade de adaptação: um estado de melancolia;
- Disputa com locais: a escassez de recursos;
- Vulnerabilidade compartilhada: o ciclo das violências;
- Um processo de cuidado: a percepção da proposta terapêutica.

(3D) Saúde Mental – observação dos impactos na saúde mental, desafios familiares e estratégias de restabelecimento e ajuste no novo território

Temas

- Respeito ao tempo do trauma: os desafios da nova realidade;
- Apelo do sofrimento: o sintoma como “estratégia”;
- Psicoeducação necessária: uma estratégia para reconhecer o sofrimento;
- Ato clínico: o potencial de uma escuta ético política;
- A língua não é impedimento: há sempre algo que se perde;
- Reconhecendo prioridades: as urgências apontadas.

4. EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE – a prática clínica e seus desafios para o migrante na perspectiva do terapeuta

(4A) Como o migrante responde ao sofrimento – as manifestações e construções em torno dessa condição

Temas

- Sofrimento na cultura; um lugar condicionado;
- O que a instituição oferece faz apelo para muitos: uma articulação com as necessidades;
- Busca de recriar familiaridades: estratégias no novo território.

(4B) Suporte e efeito – como o migrante percebe o atendimento psicológico e adere a ele (alívio, sucesso, estagnação, insatisfação na terapia)

Temas

- Movimento de aceitação do processo clínico: os sinais do engajamento;
- Compartilhando o reconhecimento do espaço terapêutico: a efetividade da intervenção;
- Compartilhando de sua cultura: uma equivalência simbólica.

(4C) Como o migrante navega na nova cultura – dinâmicas que apontam para a forma como operam conflitos e coesões entre culturas

Temas

- Intolerância: do outro e com o outro;
- Empatia seletiva: uma experiência para poucos;
- Ausência na clínica: um sinal de integração?
- Mediação de conflitos: a ameaça da cultura outra.

8.1 1A) VÍNCULO COM A QUESTÃO DA MIGRAÇÃO

O vínculo com a questão da migração é a primeira categoria registrada e sinalizada em vermelho no *code book*. Essa categoria foi criada com o intuito de levantar os eventos relacionados à escolha de atuar no campo da saúde mental com populações migrantes. Contabilizamos dentro dessa categoria sete temas que representam experiências que tenham acontecido antes de atuar nesse campo, aos quais o terapeuta atribuiu seu interesse pela temática das migrações.

Ter sido estrangeiro é o primeiro tema, ter vivido em um contexto em que as migrações atuais alteraram de alguma forma a dinâmica social e políticas, o segundo. Ter vivido em ambiente cultural familiar ou não no qual as migrações e

o refúgio são questões cotidianas foi o terceiro tema. A casualidade do interesse é trazida por um dos entrevistados de forma explícita como resposta aos motivos de seu interesse pelo grupo. Em sua fala, esse entrevistado não aponta relação direta com um ou mais eventos específicos, atribuindo seu interesse ao acaso. De certa forma, entendo que essa condição permeia a todos, na medida em que tanto o Brasil como os Estados Unidos são países de migrantes, portanto não reconhecemos completo acaso. Mesmo depois de gerações fixadas nesses solos, esses migrantes carregam, em alguma medida, marcas de seus antepassados, fato que pode ou não ser reconhecido pelo terapeuta em sua entrevista.

Em alguns dos relatos, o interesse pelo trabalho com esse grupo deve-se em parte à demanda da instituição em que o terapeuta atuava, então nos pareceu importante incluí-lo como quarto tema da categoria. Para outros terapeutas, foi a partir de seu preparo e atuação diante do tema do trauma que sua intervenção foi solicitada junto a essa população, incluímos assim como quinto tema a proximidade com o tema do trauma.

O interesse vinculado à relação com a língua emerge como mais um tema para descrever a relação do terapeuta com o que o aproxima desse outro. Essa relação, tanto pela facilidade, no caso daqueles que dominam outros idiomas estrangeiros, como pela dificuldade, figura como sexto tema da categoria. A literatura aparece como parte das razões que despertaram o interesse. Esse sétimo tema, envolvimento com a literatura, foi relatado como um encontro em que as descrições dos contextos migratórios ajudaram a pensar e refletir sobre esse campo. Resta esclarecer ainda que para cada entrevistado pode ter sido atribuída uma ou mais causas de seu interesse e vínculo com a questão da migração.

8.1.1 Temas em números

Seis pessoas relataram terem ocupado ou ocuparem o lugar de estrangeiro. Dois entrevistados atribuíram valor ao contexto social e político das migrações em massa a razão de seu interesse. Dois atribuem o valor de seu vínculo a suas culturas familiares. Para seis dos entrevistados foi a partir da demanda da instituição que ocorreu o seu contato com as necessidades dessa

população. Referente ao tema que aponta esse vínculo em função de conhecimentos sobre o trauma, um terapeuta apontou que sua relação se deu a partir disso. Três terapeutas relataram que sua sensibilidade veio da relação que têm com a língua. Dois entrevistados relataram que seu interesse vem de uma leitura sobre o sofrimento mental dessa população.

8.1.2 Reflexão

Diante da pergunta que possibilitou a organização desta categoria, apareceram nos relatos diversos motivos que justificam esse interesse. Alguns dos entrevistados relatam sobre sua primeira experiência ou contato com essa população para responder à questão. Entendemos que o primeiro contato e, sobretudo, as experiências vividas durante ele, guardam em si o valor dessa ligação e, por isso, aparecem em seus relatos. Buscamos, no entanto, investigar experiências anteriores que poderiam ter alguma relação com a escolha.

A organização dos temas segue a ordem de sua aparição durante a análise, entretanto foram apresentados não de forma aleatória ao longo da reflexão. Sua disposição no texto foi feita visando dar fluidez ao texto, com um encadeamento de temas que se sucedem, respondendo a problemáticas que emergem no seu decorrer. Os temas apareceram em respostas a perguntas específicas, ou não foram reagrupados. Cada entrevistado apontou para um ou mais temas como fator determinante para operar nesse campo. Incluímos como tema o fato de o Brasil e os Estados Unidos serem países com histórico de imigração, parte das suas culturas, mesmo não tendo sido apontado diretamente pelos entrevistados, por ser um fator importante e que não pode ser ignorado.

8.1.3 Ter sido estrangeiro: reconhecer o lugar do outro

No relato de quatro dos terapeutas entrevistados verifica-se que terem sido eles mesmos estrangeiros deu-lhes a possibilidade de reconhecer alguns dos desafios de estar nesse lugar. Sabe-se que existem infinitas formas de se ocupar um espaço e que nele há uma experiência que traz um saber, o qual gera empatia com esse outro, culturalmente distante. Dentre os relatos, há quem foi estrangeiro quando estudante e aqueles que o foram porque migraram.

Então, na cronologia, assim, do percurso profissional, surge nesse momento do mestrado e quando eu mesma me vi numa condição de

estrangeira, num outro contexto, e essa vivência própria me despertou interesse. Despertou a questão em mim. BR131218.1

Nesse relato, a terapeuta conta que foi estudante na França e que ter-se visto na condição de estrangeira despertou seu interesse. Ela reconhece experiências que marcaram seu vínculo diante de um contexto social e que possibilitaram sua empatia com o fenômeno. Uma experiência que aparece como fundante na medida em que pôde ocupar esse lugar outro que é o de estrangeiro. Um segundo terapeuta contou ter vivido também como estudante e que percebeu que o que viveu foi difícil mesmo tendo todo o suporte da instituição que o acolheu. Comenta ainda que foi complicado estar no lugar de estrangeiro, diante dos desafios da língua e da cultura, mesmo tendo recebido acolhimento. Um terceiro terapeuta relatou que o fato de ser estrangeiro torna ele mais próximo e sensível à temática das migrações. Como se o fato de ser estrangeiro por si só também trouxesse um saber que aproxima naturalmente desse campo. Para um quarto, sua relação com esse grupo não viria pela experiência de migração, mas pela dificuldade que teria de encarar fazê-lo. Ele diz:

Eu sempre fui bastante enraizado e isso foi uma questão, pensando na minha análise, o desafio é sempre ir embora. O que eu vejo nessa ideia de pessoas indo embora, às vezes com dificuldade, mas às vezes com facilidade imensa, passando entre lugares, e isso para mim é quase uma inveja. Sempre foi uma luta nesse sentido, dessa questão do 'ir embora'. Talvez eu comece por aí, a me engatar. BR150119.5

Nesse relato percebemos um resgate muito sensível desse lugar que o aproxima do outro estrangeiro. Sua experiência amplia a perspectiva que se pode haver sobre o vínculo com o tema em que não somente a proximidade, mas também a distância dele podem mobilizar um olhar.

8.1.4 Valor do contexto social: ter vivido em um contexto em que as migrações atuais alteraram de alguma forma a dinâmica social e política

Nesse contexto específico o terapeuta encontrava-se na França, quando o país enfrentava o desafio do acolhimento em debates polarizados que refletiam o dilema dos países europeus. Ali, o fechamento de fronteiras e as restrições da mobilidade daqueles que não pertenciam à comunidade Shenguen se fortalecia diante de respostas humanitárias à questão. A sociedade civil e os intelectuais, junto de instituições de ensino superior prosseguiram suas produções e debates

tentando restituir humanidade ao tema discutido em termos de economia e números. Dessa experiência ela diz:

Agora claro, assim, tem a questão que é também a França em relação ao tema das migrações, né? A efervescência desse tema era perceptível, desde os idos anos 2010, 2011, então não era só o tema em mim, eu vivenciando uma condição de estrangeira, uma língua estrangeira, num país estrangeiro, mas também a temática do estrangeiro naquele contexto, que era uma temática também muito presente, que interpelava, e interpelou muito meu olhar, por ser uma problemática muito pungente, assim, da conjuntura naquele momento.
BR131218.1

Ela relata que se encontrava para seus estudos em um país no qual o refúgio era algo atual e presente. Dessa forma, além de se encontrar na condição de estrangeira, falando um outro idioma, foi também aquele contexto que capturou seu olhar. Outra terapeuta relatou estar ela mesma no lugar de estrangeira, mas ser a situação social e política que em parte a mobilizou para trabalhar com esse grupo.

Diante dos fluxos contemporâneos que reassentam numerosos grupos de etnias distintas, a mobilização e implicação dos profissionais de saúde mental é urgente na sua opinião.

8.1.5 Valor da cultura: ter vivido em um ambiente cultural, familiar ou no qual as migrações e o refúgio transpassam o cotidiano

A cultura na qual se está imerso também se configura como parte do que sensibiliza. Esse tema reúne diferentes espaços que foram apontados como contextos que propiciaram, mesmo que em parte, o interesse pelo lugar do estrangeiro. A cultura familiar é um lugar em que essa experiência pode ser vivida de maneira distinta, dependendo do lugar que os vínculos ou memórias ocupam. A esse propósito, uma terapeuta relata:

Mas eu penso que trabalhar também com migração, trabalhar com essa temática, remonta permanentemente problemáticas familiares que a gente vai portando e vai retrabalhando ao longo da atuação.
BR131218.1

Ela reconhece que o interesse em trabalhar com migração remonta permanentemente a transmissões de estrangeirismos que se dão ao longo da vida e que se constroem nas relações familiares. As experiências carregadas pelo sujeito adquirem novas formas conforme sua existência avança. Essa

crença, compartilhada por outra profissional que atribui também ao contexto cultural o valor de seu vínculo, revela:

Primeiro eu sou migrante, na verdade assim, meus avós foram migrantes, eles fugiram da Segunda Guerra Mundial, dos nazis e vieram para o Uruguai. Minha mãe argentina e meu pai uruguaio. Todos os pais deles fugiram, uns vieram de Viena, outros da Polônia.
BR141218.2

Existe para ela também o reconhecimento de uma história que deixa marcas e que inevitavelmente sensibiliza para algumas causas mais do que outras. Ela reconhece que fazer parte de uma família de migrantes certamente contribuiu nessa trajetória pessoal e profissional e teve efeitos em sua escolha. As origens distantes da família são lembradas com orgulho e as histórias do deslocamento de seus membros fazem parte dos relatos lembrados em reuniões familiares.

Para uma terapeuta, seu vínculo se dá de forma casual, quando perguntada sobre o porquê, justifica seu interesse em atuar na área de saúde mental de migrantes refugiados da seguinte forma: “Então, é... na verdade foi um acontecimento, então não foi exatamente um planejamento do curso de vida”.
BR150119.5

Não ter planejado formalmente ou não reconhecer as origens do vínculo não responde à pergunta, quando se aponta para uma ideia de casualidade. O terapeuta relata que seu interesse se deu por um acaso, pela exposição à temática dos direitos humanos no ambiente de trabalho, em que a questão das violações às quais migrantes estão expostos está presente. Registramos sua fala como dentro do tema cultural por entender que viver num país de migrantes atravessa de certa maneira o sujeito, cujas marcas podem trazer desfechos distintos ou até opostos. Alguns podem se sensibilizar, enquanto outros criam resistência ao que se identifica como externo, estranho, estrangeiro. Esse contexto inevitavelmente influencia as escolhas daqueles que se encontram nesse território.

Para outra entrevistada, foi a proximidade profissional que lhe deu a possibilidade de atuar junto desse grupo sem fazer nenhuma aproximação com a cultura, e sim deixando implícito certa causalidade em seu interesse. Antes trabalhava numa instituição na área da saúde mental para grupo considerados vulneráveis. Ela relata que:

E o que eu tinha de contato com isso era com relação com a saúde de grupos vulneráveis, da garantia do acesso e tudo mais. E aí surgiu uma vaga aqui na esta organização que atende migrantes refugiados, e aí eu participei do processo seletivo e passei. BR230119.4

Mesmo não tendo apontado uma relação direta, entendemos que ter trabalhado com grupos de pessoas vulneráveis é uma experiência que desperta sensibilidade com aqueles que necessitam de mais cuidados. Esses grupos são compostos por pessoas que, de alguma forma, necessitam de vozes que advoguem por suas causas, que reivindiquem seus direitos porque sua condição de vulnerabilidade não permite que o façam por si mesmos. Os migrantes refugiados também fazem parte desse grupo. Eles acumulam vulnerabilidades e violências, além dos desafios de aprender a navegar na nova cultura.

A prioridade de quem trabalha na área dos direitos humanos é o combate às violências perpetradas contra indivíduos ou grupos em função de alguma característica discriminada no contexto social, político e religioso em que se encontram. As pessoas que migram se enquadram nessa lógica e é nesse sentido que resgatamos parte do vínculo e interesse. Morar num país de migrantes como o Brasil ou os Estados Unidos confronta as pessoas com as diferenças culturais. Isso é reconhecido pelo terapeuta quando relata que: “Nossa relação com o objeto ou pesquisa ou com a própria clínica tem bastante a ver com a nossa história, nossa subjetividade”. BR130219.6

Esse reconhecimento permite restituir à cultura em que se está imerso seu valor na constituição das escolhas. As diferenças podem ser percebidas entre a cultura familiar e aquela compartilhada na escola, com colegas, ou a veiculada nas mídias. Nessas exposições integram-se alguns elementos de outras culturas e rechaçam-se outros, vivências que deixam marcas e tornam algumas sensíveis e dispostos a escutar sobre elas.

8.1.6 Demanda da instituição: ter atendido solicitação institucional que aproximou e despertou interesse pelo tema

Seis terapeutas relataram que foi a pedido da instituição em que trabalham que passaram a conhecer as problemáticas inerentes a esse universo que afetam grupos específicos em função de sua cor, credo, orientação política, gênero e pela forma como exercem sua sexualidade. Uma terapeuta relata o seguinte: “É, na verdade meu primeiro trabalho foi trabalhando com expatriados.

Os expatriados foram os funcionários de empresas multinacionais que são transferidos de um país para outro”. BR141218.2

Nesse caso específico, a terapeuta trabalhou com migrantes econômicos, expatriados. Esse grupo que, contrariamente à crença popular, não gozava das facilidades e mordomias que com frequência são atribuídos a esse tipo de migração, vivia inúmeras dificuldades no país de acolhimento. A psicóloga foi acionada pela empresa que os contratava para acolher e orientar a família diante do sofrimento psíquico que experimentavam. A mesma terapeuta entende que os migrantes refugiados são pessoas vulneráveis e que sofrem diversas formas de violência que os coloca em perigo. Diante de sua experiência anterior com populações de risco, percebe similaridades e diz ainda que talvez esse seja mais um motivo que a sensibiliza. Quatro terapeutas passaram a atender migrantes dentro de instituições, dois em universidades e dois em organizações não governamentais. Um terapeuta relata:

Em 2014 o escritório da ONG recebeu um paquistanês que veio para algum evento esportivo, no Rio. Por conta desse contato inicial, daí para frente eu não sei explicar organizacionalmente como os contatos começaram a ser feitos, mas a organização começou a receber refugiados sírios, tanto por conta da guerra, como por conta de perseguição religiosa. A gente nunca tinha trabalhando com refugiado antes, mas indicaram a ele que viesse procurar informação do que fazer aqui. BR130219.6

Esse terapeuta passou a trabalhar com esse grupo quando a instituição a qual pertencia foi solicitada por um migrante que buscava refúgio. Foi, no entanto, por meio da universidade local que conseguiu orientações necessárias para oferecer algum tipo de orientação, que depois se tornou apoio psicológico. Nesse caso específico, a instituição encontra-se em uma cidade pequena que não recebia, até aquele momento, solicitações dessa ordem. A comunidade local se mobilizou para acolher os migrantes que foram chegando, após essa primeira demanda. Outro terapeuta relata que seu contato com pessoas em situação de refúgio se deu a partir da clínica da universidade:

*I did it an clinical internship at a free anonymous mental health clinic, where I worked with some people who had that history. Then I started to work as a therapist in another mental health clinic, in a paid job, where I started to work with this population again.*³⁸ USA130419.7

³⁸ “Realizei num estágio clínico em uma clínica de saúde mental anônima gratuita, onde trabalhei com algumas pessoas que tinham esse histórico. Em seguida comecei a trabalhar como

Os atendimentos nas instituições de acolhimento acontecem com tempo determinado e são propostos para acolher demandas emergenciais daqueles que estão em processo de reconhecimento do status de refugiado. As assistências oferecidas pelas universidades beneficiam a população desfavorecida que dificilmente tem acesso a atendimento psicológico. Tanto pelos valores aplicados em consultórios particulares, como pelas regras de atendimento determinadas pelos planos de saúde, essa é a única opção para muitas pessoas. Além disso, a maioria das iniciativas que se propõe a tratar da saúde mental de refugiados, restringe suas ações no primeiro tempo da migração. As instituições de ensino têm a vantagem de oferecer atendimento gratuito de qualidade.

8.1.7 Proximidade com o tema do trauma: ter competências desejadas nesse campo

Para uma das terapeutas que participou de uma missão no Haiti, essa é uma marca importante em sua trajetória nesse campo. A esse respeito ela diz:

Por conta do meu envolvimento com desastres, por causa do Haiti, eu fiz uma especialização em uma abordagem que chama "EMDR". Eu fiz essa especialização que me ajuda a trabalhar com essas pessoas. É uma especialização focada no trabalho com trauma. Como eu tinha já esse instrumento em mãos, a aplicação desse instrumento tem um resultado considerado rápido para situações de trauma, a gente começou a atender esses refugiados que estavam chegando. BR220119.3

Seu interesse se deu pelo viés da clínica do traumático, que em parte é uma das principais marcas das experiências desse grupo. O fato de ter tido experiência e formação para trabalhar com pessoas que carregam traumas permite que possa atuar nesse campo.

8.1.8 Relação com a língua: proximidade ou dificuldade com o idioma

Neste ponto, o elemento língua aparece pela primeira vez na análise das narrativas, representando algo que para o terapeuta o aproximou do campo do trabalho com migrantes. O tema aparece como o sexto dessa categoria, apontado por três terapeutas. Mais precisamente, a dificuldade ou facilidade que

terapeuta em outra clínica de saúde mental, em um emprego remunerado, onde comecei novamente a trabalhar com essa população." (tradução nossa)

alguns dos entrevistados possuem, passa a adquirir valor de aproximá-los do trabalho com o outro culturalmente distante. Para dois deles o vínculo se dá a partir do conhecimento que têm de uma língua estrangeira e que querem colocar a serviço de sua prática clínica para facilitar a comunicação com seus pacientes/clientes. Nesse sentido um deles relata: “Aí, eu migrei para o Brasil junto com meu marido e meus filhos e aqui eu comecei a trabalhar nas três línguas que eu sei falar. Então isso foi uma ajuda por um lado, fui atendendo pacientes nas três línguas e continuo fazendo”. BR141218.2

A terapeuta relata que falar em diferentes línguas é um facilitador para atuar nesse campo. O que para uma é uma facilidade, para outra é a dificuldade com a língua que representa, em parte, um dos fatores que permitem aproximação. Para outra terapeuta, sua proximidade e percepção do que é vivido por um migrante vêm de sua própria experiência. Ela aponta uma compreensão desse campo baseada nas dificuldades que carrega. Ela relata o seguinte:

tem um monte de coisas, tem a experiência da própria fala, tem a experiência minha com a fala, com a linguagem, que eu acho que também me aproxima, no sentido de uma fala às vezes não ser compreendida, porque eu tenho uma certa disfluência, uma certa gagueira na minha fala, desde sempre e acho que isso aproxima dessa diferença. BR230119.4

Ela entende sua proximidade com o grupo pela relação que carrega com a língua pelo fato de ter uma disfluência que dificulta ser compreendida em algumas situações. O que o estrangeiro naturalmente carrega na sua fala e que causa estranhamento e faz com que não seja entendido com facilidade é um lugar que ela reconhece. Ambos carregam uma diferença que os destaca em relação aos outros e que, no entanto, os aproxima. Ela não atribui seu vínculo exclusivamente a um elemento, mas reconhece, na constelação de possibilidades, que sua relação com a língua faz parte das muitas razões possíveis.

8.1.9 Envolvimento: interesse que nasceu do contato com a literatura na área

Trata-se de uma população que sofre violências constantes e que apresenta uma alta incidência de traumas. Para debater essa questão existem grupos de discussão para estudantes e profissionais. Um dos entrevistados

relatou participar de um por muitos anos. Esse grupo discute e produz material escrito sobre essa clínica, que é uma forma diferente de se preparar para ela. Por ser um campo relativamente recente no Brasil, esses grupos são pioneiros e se tornam referência em todo o país. A literatura é apontada por dois autores como uma oportunidade em que o vínculo com a migração foi estabelecido. Uma das terapeutas relatou a importância desse encontro, que se deu ainda na faculdade, e que considera fundamental em sua trajetória profissional. Ela relata:

um outro encontro que para mim foi preponderante é o encontro com os trabalhos de uma autora brasileira que também é professora, socióloga e psicanalista. Ela é uma das precursoras para pensar a questão do estrangeiro e da migração na psicanálise no Brasil. BR131218.1

A literatura e o encontros com autores que articulam perguntas e apontam direções têm o poder de conquistar ou reforçar o interesse numa determinada área do conhecimento. Nesse sentido, outro terapeuta relata serem as leituras que foram aparecendo que despertaram seu interesse:

Quando comecei na clínica, por um tempo foram caindo na minha mão algumas leituras sobre vivências traumáticas, algumas coisas ligadas ao trabalho com refugiados, com imigrantes, essa questão do rompimento com o lugar de origem, uma necessidade de ficar como sobrevivência. Eu entendo também como sobrevivência física, portanto, porque no fundo no fundo o refúgio é uma escolha, a pessoa pode escolher ficar, mas no sentido de que é uma escolha de sobrevivência de outras ordens. BR141218.2

Foi a partir desses encontros que tiveram subsídio para pensar a mobilidade e seus efeitos. O vínculo, como pudemos observar, constitui-se de várias formas e em diferentes etapas da vida do sujeito, que de forma consciente ou não, consegue reconhecer e descrever essas marcas.

8.1.10 Dinâmica terapêutica

Nesta segunda categoria, identificamos alguns enquadres descritos pelas terapeutas sobre possibilidades de intervenção nesse campo. A categoria foi dividida em duas subcategorias, marcadas pela cor verde no *code book*. Na primeira delas reunimos narrativas relativas às crenças adquiridas a priori, mas também normas ditadas pela instituição em que atendem (2A). Na segunda categoria estão experiências que preparam o terapeuta para atuar nesse contexto (2B). Os temas apontados dizem respeito à forma como o contexto é percebido e como delimitam as intervenções.

8.2 2A) PRESENÇA DE CRENÇAS E NORMAS DOS PROFISSIONAIS

Nesta primeira subcategoria, selecionamos um total de quatro temas sobre como as crenças do terapeuta que atravessam o enquadre e pautam suas intervenções. Para alguns dos entrevistados o primeiro passo a ser realizado com o paciente/cliente é um diagnóstico do trauma, antes de qualquer intervenção, que será o primeiro tema, seguido da obrigatoriedade do migrante falar no idioma local. O que alguns terapeutas relataram a respeito de não existir uma especificidade própria neste grupo será o terceiro tema. O quarto tema é o valor do atendimento em grupo.

8.2.1 Temas em números

Seis entrevistados afirmam ser importante e necessário diagnosticar o trauma antes de propor qualquer intervenção. Um tema recorrente é a questão da língua. Uma terapeuta exige que a comunicação se faça na língua local. Três terapeutas relataram considerar não existir uma especificidade relativa à saúde mental dessa população a ser levada em conta. Os atendimentos em grupo têm para dois dos terapeutas o valor de oferecer acolhimento específico.

8.2.2 Reflexão

Profissionais que atua nessa área reconhecem que essa população sofre incontáveis violências, desde as que os obrigaram a fugir até as que vivenciam no país de acolhimento. Nesse sentido, muitos compartilham da perspectiva de que as marcas dessas violências continuam operando, tornando mais difícil sua inclusão social. Para responder a essa situação alguns sugerem que desde a chegada o migrante refugiado seja submetido a uma avaliação para que um trabalho direcionado a esses sofrimentos traumáticos possa ser realizado, mas isso não é consenso. Existe o risco de uma precipitada patologização do trauma de refúgio que não pode ser negligenciado. Sabendo do percurso comum da patologização à criminalização do fenômeno dentro dos sistemas institucionais de controle, todo profissional precisa ouvir do outro sobre seu próprio sofrimento

antes de se pronunciar. Para outros deve-se respeitar o tempo necessário para que o paciente/cliente esteja disposto a falar sobre si.

8.2.3 Necessidade de diagnosticar o trauma: acreditar na necessidade de antemão de um diagnóstico do trauma

Seis dos terapeutas entrevistados realizam diagnósticos antes de proporem uma intervenção. Essa é uma realidade predominante nos Estados Unidos, país no qual a maioria dos estados integrou essa prática ao acolher o migrante refugiado. Um dos entrevistados relatou:

I make assessments and diagnoses of clients who are looking for our services and I can diagnose people who have some commitment. We carry out continuous therapy to determine the extent of functional impairment, to determine the nature of the trauma and to identify traumatic experiences. We make use of various modalities to work with traumatic experiences, including narrative exposure therapy, cognitive-behavioral therapy, and client-centered Rogerian therapy.³⁹EUA260419.9

Além de realizar diagnóstico, nessa instituição é oferecido atendimento contínuo para acompanhar a evolução dos sintomas. No decorrer da entrevista, esse terapeuta relata que no estado em que trabalha todos os migrantes refugiados passam por avaliação psicológica para saber se desenvolveram algum trauma. Nesse sentido outro terapeuta relata:

When I perform a diagnostic evaluation, I can conclude with my clients and indicate which psychiatrist would be clinically indicated for the case. With the referral certificate, the client can make an appointment for a psychiatric consultation. The psychiatrist will make his own assessment, always taking my opinion into account.⁴⁰ EUA190419.10

Nesse caso, a instituição conta com um grupo de profissionais de áreas distintas que trabalham de forma coletiva. Todo aquele que busca ajuda passa por um diagnóstico que avalia e propõe intervenção. Nos casos observados existe um trabalho desde o diagnóstico do trauma até diversas propostas de intervenção. A equipe é composta por cinco terapeutas, dois dos quais podem

³⁹ “Faço avaliações e diagnóstico de clientes que estão buscando nossos serviços e posso diagnosticar pessoas que possuem algum comprometimento. Realizamos terapia contínua para determinar a extensão do comprometimento funcional, para determinar a natureza do trauma e identificar experiências traumatizantes. Nós fazemos uso de várias modalidades para trabalhar com experiências traumáticas, incluindo terapia de exposição narrativa, terapia cognitivo-comportamental e terapia rogeriana centrada no cliente.” (Tradução nossa.)

⁴⁰ “Quando realizo uma avaliação diagnóstica posso concluir junto com meus clientes e indicar que psiquiatra seria clinicamente indicado para o caso. Com o atestado de encaminhamento, o cliente pode marcar sua consulta psiquiátrica. O psiquiatra fará sua própria avaliação, sempre levando em consideração minha opinião.” (Tradução nossa.)

prescrever psicofármacos. Os terapeutas fazem seu diagnóstico e encaminham o sujeito, eventualmente, para atendimento psiquiátrico, que pode ser marcado facilmente no mesmo local onde o terapeuta atua. A terapeuta relata ser um incentivo para que possam realizar a transição para o novo país. As práticas exigidas e reforçadas em nível institucional são estabelecidas a partir de pesquisas que ganharam consenso dos estudiosos e acadêmicos trazendo mais recursos para o profissional.

8.2.4 Obrigação do uso da língua local: exigência de comunicação numa língua imposta

Toda instituição tem sua cultura e estabelece seu modo de operar, ao qual o profissional deve se adequar. Uma terapeuta relata que na instituição em que atua, os terapeutas devem atender na língua do país de acolhimento, em português portanto:

Pensamos muito em torno disso, e a nossa condição é que o atendimento vai ser em português. É uma questão difícil. Eu acho que a língua aparece como uma ponte que possa linkar eles. O que nós decidimos é que o país de migração deles, ou de refúgio, é o Brasil, então essa vai ser a língua oficial, inclusive às vezes eu faço as recepções, tem vindo pessoas que falam espanhol, da América Latina e eles falam em português comigo e eu com eles. Eu acho que isso tem a ver com uma certa situação de transição que eles vão ter que aceitar. Porque eu acho que o refúgio tem a ver com fugir de situações de violência, perigo de vida etc. BR141218.2

De acordo com sua experiência essa condição é posta com o intuito de ajudar na transição para a nova realidade. A língua, no seu entender, funciona como uma ponte que traz o estrangeiro mais próximo da nova realidade. Ela relata que precisam fazer o esforço de se comunicar em português e quando falta alguma palavra eles podem dizê-la na língua materna. Diz que existe o efeito de mobilizar o afeto em torno da palavra mesmo quando o interlocutor, no caso o terapeuta, não entende o que é dito. Mesmo quando se fala a mesma língua há sempre algo que se perde, o que não compromete a terapia em si.

8.2.5 Não existência de especificidade nesse grupo: acreditar que não existe peculiaridade mesmo se requer escuta específica

Uma das terapeutas relatou que não acredita haver especificidade neste público, que verbalize um discurso único e que, portanto, requeira formação específica:

Uma das conclusões que eu mais tiro dessa minha fase trabalhando com refugiados é que não tinha um padrão, não teve um discurso único que permeava todos os casos, cada um trazia demandas específicas, traumas em relação a questões específicas, não tinha um único discurso. BR130219.6

Ela não trata a categoria migrante como um grupo homogêneo com características específicas, e sim como pessoas que, em dadas contingências, podem se encontrar psicologicamente fragilizadas. Para ela, por não se tratar de um grupo, também não há possibilidade de haver formação específica.

Entendemos que, nessa afirmação, o que está em jogo é esse lugar do saber do outro. Existe um saber sobre si e sobre sua história que somente o outro pode enunciar e isso valeria para todo sujeito, independentemente de sua cultura de origem. Não existe, portanto, formação que torne o terapeuta mais hábil na escuta desse ou daquele sujeito. Em contraponto a essa afirmação, alguns dos terapeutas afirmam ser necessário um preparo em relação a temática vivida pelas pessoas que se encontram em situação de refúgio, haveria necessidade de “uma certa formação”. Esse tema será abordado no tópico 2B, que trata justamente das questões da formação.

Todos carregamos na forma de perceber o mundo e sua dinâmica marcas de uma experiência vivida ou transmitida. Terapeutas não são diferentes, porém, de seu exercício espera-se que sejam capazes de renunciar a uma postura que universalize seu referencial para poder saber do outro. Nesse sentido, a terapeuta relata que não existe especificidade no grupo diante da qual seria possível se preparar. Entretanto, no que diz respeito às contingências nas quais o sofrimento é produzido, existe algo que pode ser apreendido e reconhecido para que se possa escutar.

Para ela, há conteúdos que permitem navegar na clínica com os devidos cuidados com aquele cuja realidade se desconhece. Ela relata:

É importante ressaltar que toda temática que envolve questões da moral, o lugar do sexual, o lugar do religioso em cada cultura, são questões que exigem esse exercício, porque, rapidamente, se você não tiver essa disposição à alteridade, é muito fácil cair nesse lugar

que pode ser moralizante ou normatizante, ou normalizador da psicanálise. BR131218.1

Há um consenso entre os entrevistados de que os temas da moral de cada cultura, do sexual, do religioso, são questões que exigem um exercício de relativizar seu olhar. É relativo a essas temáticas que o terapeuta precisa estar preparado e oferecer uma escuta atenta. Entendemos que existem temas perante os quais o terapeuta precisa estar alerta, pelo valor que esses assumem em diferentes culturas. Ele precisa fazer um esforço de criar o espaço para que a palavra do outro possa emergir trazendo sua perspectiva.

8.2.6 O valor do grupo de terapeutas: um formato que pode oferecer uma escuta específica

Os atendimentos em grupos são estruturados com a presença de mais de um terapeuta, normalmente pares. A essa dupla, um ou mais pacientes/clientes se juntam, constituindo um grupo. O formato do grupo ou pares de terapeutas nos atendimentos é, para uma terapeuta, uma aposta que pode ter um efeito diferente da presença individual. Para os terapeutas, a presença de seu par no grupo tem o papel de reconhecer, contextualizar, validar ou recusar determinadas práticas. Num tempo de encontro entre saberes distintos, o grupo parece poder oferecer outra forma de abordar o sujeito. Poder compartilhar entre pares legitima ou não determinadas escolhas. Nesse sentido ela relata:

Geralmente os atendimentos podem ser tanto em grupo, mais pessoas, em dupla ou individuais. Geralmente são individuais, mas a equipe nunca, a gente tem um pouco como ideia de ser uma equipe e, portanto, não ir sozinho. É um grupo. Um grupo referenciado em tal dia. Então tal dia vão três ou quatro pessoas, no outro dia vão outras três. Tem uma função também estar lá como grupo e não como, sei lá eu, voluntário individual. BR220119.3

O grupo que se constitui é formado por dois terapeutas e a pessoa atendida. É importante ressaltar que o investimento clínico é uma aposta e não existe nenhuma garantia a priori. Sabe-se que os franceses da etnopsicanálise propõe a presença de muitos terapeutas, coterapeutas ou intérpretes fazendo função grupal e trabalham dessa forma. A princípio, trabalhar com um modelo é estereotipar e tratar a partir de pressupostos. Nada garante que um terceiro produzirá efeito de grupo e deixará aquele sujeito que vem de uma cultura mais coletiva ou coletivizada num contexto mais familiar e, portanto, capaz de deixá-

lo mais à vontade para um trabalho clínico mais profícuo. O efeito da intervenção como aposta se confirma ou não no seu decorrer. Pode sim haver um efeito para algumas pessoas, que torne a fala mais segura, o ambiente mais confiável, mas isso depende da experiência de cada sujeito. Todas as intervenções acontecem dentro de um espaço que pode ter limitações e exigir flexibilidade naquilo que é considerado *setting* terapêutico ou até na forma como a interação pode se dar.

Para uma das entrevistadas o grupo constituído por mais migrantes é o que tem trazido certos avanços, sobretudo no que diz respeito a psicoeducação. Há um limite para o grupo do que pode ser compartilhado na presença de outros, dependendo do teor da fala. Mas no grupo emerge a possibilidade de apontar para algo que pode ser trabalhado no particular, caso haja demanda. De acordo com a experiência de uma das terapeutas:

Essa roda de conversa com mulheres é uma roda em que a gente trata desde temas de saúde, orientações gerais sobre saúde da mulher, até questões sobre como circular na cidade, questões voltadas para o direito da família, direitos da criança e do adolescente, enfim, é um grupo que dá para trabalhar temas diversos de uma forma bem abrangente. Também sobre o que é ser mulher no Brasil, esses grupos são para tratar temas nesse sentido. Enfim, passa muito por aí, e também pela escuta de como é isso na cultura dela porque às vezes, de como essa violência está naturalizada tem a ver com isso também. Então, não só isso, quando outros temas que aparecem, a ideia é sempre ouvir e entender melhor do que se trata, como que funciona, como que é, do que impor algo, dizer: "Olha, tem que ser assim". Acho que passa mais por aí. BR141218.2

As rodas podem ser também um espaço didático. Elas assumem o valor de desvelar ou interpretar valores de uma determinada cultura. Na presença de mais pessoas há troca de perspectivas, como de experiências, que podem ser acolhidas. Surgem perguntas que podem ser respondidas e outras que permanecem enquanto tal e que precisam de outro espaço. Nessa experiência de escuta, o que o terapeuta oferece é a possibilidade de constituir uma demanda e de se oferecer acolhimento.

8.3 2B) SOBRE A FORMAÇÃO PARA ATENDER ESSE GRUPO

Nesta subcategoria reunimos falas sobre a necessidade ou não de haver preparo específico. Os terapeutas possuem experiências distintas, mesmo que similares, uma mistura entre busca própria e o que é oferecido pela instituição na qual participam. Conseguimos identificar três temas preponderantes: os que

não reconhecem a necessidade de uma formação específica, os que acreditam existir a necessidade de algo além de uma formação inicial e aqueles que sentem a necessidade de uma formação e a buscam.

8.3.1 Temas em números

Dos entrevistados, três relataram não reconhecer necessidade de formação específica e nem ter tido alguma nesse sentido. Seis contaram ter realizado e achado importante haver formação prévia com intuito de familiarizarem-se com a categoria jurídica do refúgio. Quatro deles consideram relevante se aprofundar em temáticas próprias da migração para que o terapeuta possa conhecer a dimensão da complexidade da realidade vivida pelo seu paciente/cliente. Dois sentiram necessidade e realizaram por conta própria estudos culturais sobre aqueles que atenderiam.

8.3.2 Reflexão

Os três temas que seguem têm o objetivo de apresentar a relação que terapeutas enunciaram sobre uma eventual formação que os capacite para trabalhar com esse público. Neles aparecem os recursos mobilizados por alguns, quando essa necessidade se manifesta e não é atendida institucionalmente. Em ambos os países não existe formação específica que prepare o profissional de saúde mental a acolher o sofrimento do migrante em situação de refúgio.

A maioria dos terapeutas relatou que realiza pesquisas por meios próprios, em que busca saber sobre a cultura do outro. Essa postura visa deixar para o paciente/cliente as perguntas que somente ele pode responder. Com essa atitude o terapeuta evita perguntar sobre contexto histórico, por exemplo, que motivou o deslocamento do paciente, preservando o tempo clínico para o relato da história única desse sujeito. Mesmo reconhecendo não existir especificidade própria do grupo, há uma contingência que os torna particularmente vulneráveis. Sobre isso o terapeuta precisa estar ciente, pois disso também depende sua escuta.

8.3.3 Não especificidade de formação: não reconhecimento da necessidade de formação específica

De acordo com uma das entrevistadas:

Não haveria uma especificidade própria da formação, ou seja, são temáticas de pertencimento, da língua, das diferentes culturas, da violência. Ou seja, as diversas temáticas que vão atravessar esse campo são do campo do sujeito. No sentido de que todas as temáticas que a gente trabalha no campo das migrações, na clínica das migrações, são temáticas da complexidade do humano de forma geral. BR 131218.1

Em sua colocação, ela aponta para temas que são recorrentes quando se trabalha com migrantes. O trabalho da psicanálise ou a própria psicologia, contrário ao que muitas vezes é afirmado, de que seria estranho para muitas culturas, não o é. Isso pois, no limite, se trata de uma conversa, algo que está presente em toda cultura. Os atendimentos têm qualquer coisa de muito estranha, mas também de muito familiar. Nessa proposta, o terapeuta se dispõe a acolher aquilo que é da palavra, que é do encontro. A narrativa que se dá produz compartilhamento num solo onde um encontra outro de outra cultura. Entretanto, existem temáticas que são comuns e dizem da complexidade humana, e que todo terapeuta, a priori, está apto a acolher.

8.3.4 Além de uma formação específica: reconhecimento da importância de um preparo

Mesmo que a abordagem psicológica seja uma proposta que abrange todo o ser humano, existe um lugar outro ocupado pelo terapeuta de onde opera de forma singular com cada um. Isso independe se é com migrantes ou não. Mesmo não acreditando na necessidade de uma formação específica, alguns terapeutas relataram a necessidade de um preparo que vai além daquele do qual já dispõem. Com essa população precisam mobilizar um manejo culturalmente sensível, segundo alguns entrevistados. Uma das entrevistadas relata:

Nesse sentido sim, penso que haveria necessidade de uma certa formação, de um certo olhar, de uma instrução. Nesse sentido sim, há determinadas especificidades, que passam por conhecer outros funcionamentos culturais. BR230119.4

O preparo que terapeutas precisam ter diz respeito a conhecimentos da cultura do outro que lhe possibilitem um certo olhar e, portanto, uma escuta das especificidades de um funcionamento cultural. Uma entrevistada relatou:

As a therapist, I prepare myself by reading, studying about the country, about political conditions, about conflicts. It is also reading narratives by authors of people who have experienced different types of violence in the country. I address this issue not only in a way in the world, in a superficial way, but it is deep, like this, trying to really get interested in the subject, by knowing more about the context, like that, what I need to know within the dynamics, which is what concerns my client⁴¹. USA130419.7

O intuito do preparo é poder buscar as informações que ajudam a conhecer o contexto político, geográfico e histórico que motivaram o deslocamento do paciente/cliente. Assim fazendo, ela diz, o espaço terapêutico pode ser tomado pela palavra única daquele que ela se propõe a escutar. O espaço é tomado por um relato e uma narrativa que somente o sujeito pode produzir sobre si mesmo.

Na experiência de outra entrevistada o preparo se deu na universidade:

The training I have is in my Master of Social Work program at my University. Also, in trauma informed trainings through various worksites. And also, through training I've done in my own research I've conducted on my own time⁴². EUA230419.11

Essa terapeuta sentiu a necessidade de buscar outros conhecimentos além daquele obtido na universidade. Realizou inúmeros treinos de diagnóstico de traumas em seu local de trabalho, portanto oferecido na instituição onde atuava. Por vontade própria, realizava pesquisas, quando a situação assim requeria.

8.3.5 Busca de formação por iniciativa própria: reconhecimento da necessidade de realização de formação específica

Uns poucos entrevistados verbalizaram que, em muitas ocasiões, sentiram necessidade e então buscaram por iniciativa própria conteúdos que pudessem responder suas questões. Uma entrevistada relatou que dentro da instituição de ensino em que realiza o atendimento não existia qualquer preparo

⁴¹ “Como terapeuta eu me preparo lendo, estudando sobre o país, sobre as condições políticas, sobre os conflitos. É lendo narrativas também de autores de pessoas que passaram por diferentes tipos de violência no país. Eu me dirijo para esse tema não só de uma maneira no mundo, de uma maneira superficial, mas é profundo, assim, tentando realmente me interessar pelo tema, por saber mais sobre o contexto, assim, que o que eu preciso saber dentro da dinâmica, que é aquilo que diz respeito ao meu cliente.” (tradução nossa)

⁴² “Eu não tinha nenhum. Encontrei um mentor que está trabalhando dentro da estrutura da receptividade cultural. Então essa era uma prioridade para mim. Eu queria alguém que me orientasse sobre o que significava resposta cultural e que fizesse esse trabalho a partir dessa estrutura.” (Tradução nossa.)

prévio para a escuta dessa população. Por iniciativa própria buscou, ainda dentro da faculdade, saber mais a respeito e construir um saber que a deixasse sensível às diferenças culturais. A esse respeito relata:

Na faculdade, apesar de ter o Núcleo de Apoio a Refugiados, que é um núcleo ligado ao curso de relações internacionais, isso ainda não foi traduzido de forma muito prática para dentro da psicologia, então não tem muita aula sobre isso, eu nunca tinha tido aula sobre isso. Eu tive que construir dentro da faculdade o que era psicologia de desastres. Tive que procurar professor fora, livro, enfim. BR130219.6

Essa afirmação adquire ainda mais valor quando constatamos que poucos dos entrevistados recebem algum tipo de preparo específico. Lembrando que as formações se restringem aos aspectos jurídicos. Para essa categoria resta o apoio que é oferecido pelos grupos já estabelecidos de profissionais que atuam há mais tempo. Nesse sentido, acontece do profissional que possui uma prática clínica mais longa com essa população oferecer supervisão aos novos colegas. Muitos dos entrevistados participam de grupos com os quais fazem o acompanhamento e a supervisão dos casos atendidos, possibilitando a troca entre profissionais. Dos grupos, podem participar profissionais que pertencem a instituições diferentes possibilitando a criação de redes.

O grupo que a gente participa é um grupo que atende essas pessoas há muitos anos, eles têm um material clínico, um material escrito muito importante sobre essas experiências. Eu acho esse material precioso para todos nós. Então, a gente se reúne, as reuniões são semanais em que a gente discute os casos, mas muito mais que só discutir os casos a gente discute essa clínica. BR150119.5

Nesses encontros semanais são discutidos casos que apresentam desafios e as implicações dessa clínica. Esses grupos de troca entre profissionais também são os que produzem material teórico que serve de apoio clínico para outros que atuam na área. Neles é possível encontrar experiências, discussões e direções para intervenções. O terapeuta faz da sua prática uma aproximação entre a teoria, suas experiências, as de seus pares e o que é possível ser feito no campo. Essas trocas são a possibilidade de ganhar experiência e trocar entre pares, aprendendo um com o outro. Outra terapeuta relatou que não teve formação e que buscou dentro da universidade professores que pudessem orientar sua escuta. A esse respeito, relatou:

I had none. I found a mentor who is working within the framework of cultural responsiveness. So that was a priority for me. I wanted

*someone who would mentor me in what cultural responsiveness meant, and who sort of did that work from that framework*⁴³. EUA171119.12

Atuar nesse campo, segundo ela, requer receptividade ao que é da ordem cultural. Essa competência é algo fundamental no trabalho com migrantes, em sua opinião.

A formação ou preparo se dá junto a grupos, professores universitários que orientam e trazem conteúdo específico, ou o aprendizado se dá na prática. Para alguns, esses grupos são fundamentais para se prepararem antes de ir a campo, enquanto outros têm experiências anteriores que servem de referência. Na experiência de uma das entrevistadas, a oportunidade de se aprofundar nesse campo se deu com sua experiência de atendimento a imigrantes expatriados para os quais desenvolveu uma abordagem específica. Sua experiência de trabalho prévia permitiu que organizasse formas de intervenção com migrantes refugiados. Por sua própria iniciativa foi definindo temas que era necessário tratar para convidá-los à fala.

Os modelos de intervenção propostos são variados e delineados tanto a partir da experiência do profissional, como de sua formação e recursos aos quais tem acesso. Recursos esses que, como vimos, podem ser ofertados dentro de uma instituição de forma restrita, mas que na maioria dos casos dependem da mobilização do profissional. Nesse último caso, a sugestão de temáticas é feita no intuito de instigar a palavra. Toda intervenção na clínica é, de certa maneira, uma aposta. Não há garantias do efeito que ela pode produzir, de modo que essa sugestão também pode vir a inibir a palavra, a depender da experiência do interlocutor.

8.4 3 – EXPERIÊNCIA DO TERAPEUTA E SEUS IMPASSES – *INSIGHTS* GERAIS SOBRE A PRÁTICA NESSE CAMPO

Esta categoria, identificada em amarelo no quadro inicial desse capítulo, representa as respostas às perguntas *grand tour*, momento em que convidamos os terapeutas a falar sobre sua clínica. Quando trabalhada inicialmente, esta

⁴³ “Eu não tinha nenhum. Encontrei um mentor que está trabalhando dentro da estrutura da receptividade cultural. Então essa era uma prioridade para mim. Eu queria alguém que me orientasse sobre o que significava resposta cultural e que fizesse esse trabalho a partir dessa estrutura.” (Tradução nossa.)

categoria havia sido dividida em oito subcategorias. Na etapa que segue, as subcategorias foram agrupadas em quatro grandes categorias por meio das quais se buscou ouvir os terapeutas a respeito de sua clínica. Essa redução do número de categorias teve o objetivo de facilitar sua análise e discussão no capítulo seguinte. Na primeira subcategoria, 3A, identificamos a experiência do terapeuta trazendo a descrição de determinadas dinâmicas e impasses, sendo a língua um deles. Na segunda subcategoria, 3B, retratamos o manejo clínico, ou seja, estratégias mobilizadas pelos terapeutas para enfrentar os desafios do campo. Em 3C, reunimos observações sobre a experiência do migrante na cultura e na clínica pela perspectiva do terapeuta. Em 3D, trouxemos as observações sobre a saúde mental que descrevem, na medida do possível, aquilo que foi apontado como sendo prioridade para atender as demandas de migrantes refugiados.

Assim como anteriormente apontado, os temas aparecem mais em função da relevância do que propriamente da frequência em que foram relatados. O que chamamos de *insights* gerais são as formas de proceder e as percepções do que é reconhecido como impasse específico desse campo. A língua emerge mais uma vez como sendo um elemento que desafia o fazer clínico.

8.4.1 Temas em números

Seis dos entrevistados consideram necessária uma abertura ao outro, ao diferente, por meio de acolhimento para que um laço possa ser estabelecido. Quatro entrevistados contam sobre sua angústia diante do alcance de suas intervenções. Três terapeutas mencionam a necessidade de restabelecer limites quando as demandas trazidas vão além de seu alcance. Para três dos entrevistados, esse é um campo que demanda flexibilidade, a fim de que possibilidades possam ser testadas na medida em que se conhece um pouco mais desse outro.

Para cinco dos entrevistados é necessário poder ofertar uma escuta para que a demanda seja criada. Para seis terapeutas a língua representa um elemento que não pode ser negligenciado na dinâmica terapêutica. Dois relataram que existem desafios específicos relacionados à forma como administram as demandas da instituição para todos os atores envolvidos. Três

trouxeram a realidade da precariedade do serviço voluntário como fator que interfere em suas práticas clínicas, uma realidade predominantemente brasileira.

8.4.2 Reflexão

Segundo os entrevistados, o terapeuta que trabalha nesse campo precisa oferecer acolhimento e escuta com interesse e abertura, sempre no exercício de relativizar um pouco o próprio lugar cultural. A questão do acolhimento é uma prioridade para se pensar a integração. O clínico se inclui nessa lógica de pensar acolhimento, em contraponto à lógica do muro, da fronteira, das expulsões, mortes, naufrágios, impedimentos muitas vezes vividos pelas pessoas que se deslocam. Nesse lugar, o terapeuta precisa poder acolher o outro.

8.4.3 Acolhimento como aposta para um laço: oferta de um possível ponto estável

De acordo com uma das entrevistadas, esse é um fazer que precisa se dar: “Com interesse, com abertura e com a possibilidade permanente de conseguir fazer um exercício permanente de relativizar o próprio lugar em que eu estou instituída e colocada”. BR220119.3

Nesse lugar é estabelecida uma dinâmica em que o terapeuta pode representar o ponto estável para seu paciente/cliente. Na experiência do exílio existe algo que se perde ou que fica para trás que é reeditado. Esse exercício que possibilita uma reedição se constrói simbolicamente no ato de ir e vir do paciente. Nesse movimento de se perder e se encontrar novamente existe um lugar que permanece, o do terapeuta. Dessa forma, mesmo depois de deixar o que era conhecido, ele pode estabelecer algo que resista diante daquilo que não encontra mais. Um movimento que simbolicamente busca reconstruir uma familiaridade numa narrativa que é implicada e política.

De acordo com a entrevistada, há de se apostar nos efeitos desse acolhimento:

Então, vamos dizer, de efeitos que eu vejo do lado de lá, eu aposto nesses efeitos que é da possibilidade de construir laço com esse estrangeiro/familiar que seria eu. Isso como uma certa metáfora de um processo muito mais longo, muito mais complexo que é da própria integração e permanência da pessoa no novo país. BR141218.2

Sua aposta é da construção de um laço. Dentre suas idas e vindas, em seu exílio do familiar, o paciente pode, a partir da função que o terapeuta exerce, investir num laço, que tem a função de fazer deste espaço novo um ponto estável. O migrante, quando pode estabelecer uma relação de transferência com o terapeuta, encontra a possibilidade de criar simbolicamente um ponto firme com esse outro que é também um representante da cultura de acolhimento. Uma terapeuta verbaliza nesse sentido que:

Eu penso que há um efeito que eu aposto e que eu penso que acontece algumas vezes, que é o efeito que eu chamo na tese de produzir ancoragem, de âncora, e de uma certa presença porto do analista. Alguém que consegue navegar com limitações, evidentemente, mas consegue ter abertura e o interesse de navegar um pouco naquilo que é do lado de lá ou do lado do analisando, daquilo que é os referenciais que ele traz. BR131218.1

A terapeuta aposta nos efeitos de sua intervenção, na possibilidade de constituir um laço com o estrangeiro/familiar, o terapeuta. Ela trabalha com essa lógica enquanto metáfora de um processo muito mais longo e complexo, que é da integração e permanência da pessoa no novo país. Aposta que seu lugar possa produzir um efeito de ancoragem nesse outro que a procura. Sua chamada presença porto, carrega uma ambiguidade da analista, ser brasileira, e estrangeira a ele, o migrante. Estrangeiro aqui adquire o sentido de estranho, diferente, distante, culturalmente desconhecido. O analista é representante do país e, ao mesmo tempo, alguém que tem interesse e consegue, com limitações, navegar naquilo que é do outro e de suas referências mesmo sendo estrangeiro perante o migrante. Na mesma lógica dessa metáfora, diante de sua mobilidade real, o terapeuta interpreta o movimento do migrante que ora vem e ora falta às sessões. Nesse cenário, o terapeuta representa um ponto estável.

Então, de alguma forma, a possibilidade de eles repetirem a transferência, aquele vai e vem, se perde e se encontra, mas sabendo que vai ter alguém fixo que vai aguardar por eles. Então essa é uma das características ao ponto que nós sempre pontuamos, que os terapeutas têm que tolerar a possibilidade da solidão também, as vezes eles estão aguardando e não vem ninguém, outras vezes vêm todos, podem vir uma vez e não voltar nunca mais. BR150119.5

O terapeuta se presta ou se empresta nesse jogo simbólico para estar ali quando o resto muda com rapidez e de forma imprevisível. Nesse testemunho parece que esse ponto estável demanda que o terapeuta possa lidar com a solidão com que muitas vezes é confrontado, quando o migrante refugiado não

comparece. Nesse caso trata-se de uma terapeuta que realiza atendimentos em grupo dentro de uma instituição.

Entretanto, há de se oferecer um acolhimento cuja escuta se dê com o reconhecimento da complexidade do problema. Para tanto, ela não deve produzir:

[...] efeito de patologização, como uma problemática que se desdobra um pouco do discurso que criminaliza as migrações, também tem o discurso que patologiza as migrações. BR131218.1

Ou seja, essa escuta não pode estar alheia à complexidade política e humana que envolve as vivências de sofrimento agudo a que essas pessoas estão submetidas, que não trate desse sofrimento como uma problemática própria da migração pois, de acordo com o entrevistado, esse é um discurso que viabiliza a criminalização do fenômeno. O discurso despolitizado e que não é capaz de reconhecer essa complexidade também viabiliza uma lógica que patologiza e que toma as expressões do sofrimento como se fosse uma patologia da condição migratória.

Para a mesma entrevistada, o acolhimento é uma forma de resistência às lógicas hegemônicas nesse sentido ela relata que:

É prioridade hoje poder pensar um acolhimento que seja humano, que seja solidário, que reconheça o outro como igual, não na lógica hegemônica que é da expulsão, que é a dos migrantes como populações invasoras, resto, e que devem ser só impedidas e em última instância mortas, se a gente pensar o que vem sendo feito. BR131218.1

O acolhimento então se torna prioridade. Ele tem o intuito de resistir à lógica hegemônica que expulsa e mata o outro, visto como diferente. A prática comum de se considerar a chegada do migrante como uma invasão serve de argumento para tratar da questão na perspectiva da crise, em vez de abrir o questionamento da própria lógica das fronteiras.

8.4.4 Angústia do alcance das intervenções: problematizar e gerenciar limites

Nesse campo circula uma certa angústia no que diz respeito à precariedade que não pode ser atendida e também em relação ao fato de o terapeuta não poder acompanhar, ver o desfecho de suas intervenções.

Com frequência, sem renda fixa e vivendo de pequenos serviços, migrantes maximizam a viagem com uma passagem de ônibus, aproveitando a quantidade de atividades a serem feitas. Assim, o comparecimento na sessão terapêutica tem mais probabilidade de acontecer, quando houver outro assunto a ser resolvido. De acordo com um terapeuta que atua em uma instituição: “Quando trabalhamos com o pessoal do CRAI, muitas vezes eles se sentem muito angustiados, porque, por exemplo, onde tem lugar para albergar os refugiados, muitas vezes estão todos cheios, não tem lugar.” BR220119.3

Para os terapeutas, as sessões são o momento em que o migrante refugiado traz muitas palavras sobre suas necessidades básicas. Essa narrativa, mesmo que importante, quando limitada a isso, invalida o valor terapêutico da intervenção, se não se puder dar uma direção a elas e então buscar uma narrativa outra. Nesse sentido, uma das entrevistadas relata que, diante dessa dinâmica, existe uma tentativa do terapeuta de produzir nesse espaço um outro tipo de fala:

A gente tem um pouco essa perspectiva da própria clínica com refugiados, que é um pouco ir para além dessa demanda prática, objetiva e dar espaço à palavra, porque a gente defende a ideia de que o refugiado fica um pouco reduzido a essa coisa de somente um corpo. A experiência de guerra, a experiência de deslocamento forçado, faz com que o sujeito seja um pouco expulso de uma certa vida cultural, uma vida até meio da política, sem tomar decisões importantes sobre a própria vida. Então, fica reduzida a um corpo que precisa se alimentar, em casa, de um emprego para de alguma forma fazer a roda continuar girando. BR150119.4

É necessário poder fazê-lo sair desse lugar de objeto e se tornar sujeito. Dar espaço à palavra, nesse sentido, significa poder também sair desse lugar de repetição de um corpo que apenas padece com algo que lhe é imposto. O sujeito, além de seu corpo, precisa poder escolher do que se alimentar emocionalmente. A palavra tem um valor e adquire um sentido específico de acordo com a abordagem teórica.

Nessa escuta, porém, existe uma angústia verbalizada explicitamente pelo terapeuta em relação ao curso que seu atendimento segue:

A gente fica com mal-estar, pensando: “que fim que deu?”. Por exemplo, eu atendi um senhor recentemente que estava bastante mal, em surto psicótico, agressivo, tentamos fazer uma série de coisas e ele não volta mais. A gente fica: “puxa, e aí? O que será que deu?” BR150119.4

Ele relata um mal-estar que, de certa maneira, evoca também a ideia da responsabilidade do profissional. Assim como no relato anterior, outro terapeuta também verbalizou o que não poder acompanhar o desfecho de sua intervenção causa nele:

É curioso, mas a gente não vê o final do processo, isso é uma coisa que bastante angustia quem está, quem atende, porque às vezes você escuta uma história horrível, naquela hora específica, naquele dia específico, e aí acontece qualquer coisa ali naquela hora, a pessoa fala: "eu preciso ir ali", sai de perto e você não vê o fim daquela história, e você não sabe que desdobraimento deu, e você espera: "acho que amanhã vai voltar ou semana que vem" e nunca. BR 220119.3

8.4.5 Estabelecimento de limites às demandas: um exercício necessário

Na prática surgem diversos mal-entendidos em que o papel e lugar do terapeuta/analista é confundido. O paciente/cliente deduz que a conversa é pressuposto de uma amizade e que pode haver encontros de lazer fora da instituição, ou que existe a possibilidade de se casar ou namorar com o terapeuta/analista. Compartilhar intimidades se transforma em pretexto para fazer da cena algo familiar. O terapeuta/analista tem que se dispor, num exercício que é o de dizer os limites daquilo que é proposto.

A partir desse limite colocado, realocar a relação, entendo que tem uma função, de que é um trabalho e não uma relação ordinária. Mas, é algo que precisa ser dito para algumas pessoas, não todas. Acho que o limite tem que ser colocado e explicado e não é só por tabu, porque eu acho que a gente também não tem nenhuma regra de conduta muito estrita: "Não pode me ligar". Não existe isso, mas existem limites sim. Mas isso tem que ser comunicado e explicado. BR131218.1

O que se propõe na relação terapêutica precisa ser comunicado. Toda relação pressupõe um acordo terapêutico. Independentemente da cultura de origem, esse é um momento que precisa acontecer em toda a relação terapêutica. Quando o paciente/cliente procura ajuda, aquele que o recebe reconhece na demanda se é algo que sua função pode ou não oferecer. Nesse campo, onde as precariedades são tantas, a demanda vem em termos de pedidos práticos que o profissional rapidamente encaminha para o serviço competente. De acordo com o relato de um terapeuta:

Porque na clínica a gente acaba esbarrando nisso, então, por exemplo, as demandas de atendimentos são muito voltadas para essas questões, por exemplo, dificuldade de conseguir emprego, e aí quando você vai ver por que é difícil, tem a ver com o estranhamento da sociedade para lidar com refúgio. BR230119.4

Quando se desconhece o outro, os limites culturais podem ser facilmente ultrapassados. A esse respeito uma das entrevistadas conta que a relação terapêutica:

[...] não se faz sem diversos mal-entendidos, como por exemplo: você aqui conversando comigo e por que você não é minha amiga? Por que você não vai para minha casa, então, jantar comigo hoje à noite? Por que, então, você não namora comigo? Por que você não casa comigo? É muito frequente esse tipo de mal-entendido. Já que estamos fazendo uma coisa tão familiar que é conversar e contar sobre mim e pensar nas minhas experiências. Por que não fazer disso outras relações? E nesse sentido sim, há esse exercício que é o de dizer os limites daquilo que eu estou propondo. Que sim, é uma conversa, que sim é algo que é familiar naquela pessoa, mas que é diferente porque não é uma amizade como outras relações que a pessoa tem, ou namoro ou qualquer coisa assim. BR141218.1

Esses limites trazem a possibilidade de desfazer mal-entendidos que podem prejudicar o curso da relação e o desfecho da intervenção.

8.4.6 Teste de possibilidades: implicações no setting, na escuta e na intervenção

Por se tratar de um campo que está em permanente construção, que se dá em um espaço no qual não existem muitas ações políticas concretas e por tratar de um outro, cujo funcionamento se desconhece, o terapeuta se vê diante de um terreno fértil para criar possibilidades. Elas podem se dar em relação ao espaço, à intervenção, à escuta e ao formato oferecido. Uma das entrevistadas relatou:

Uma coisa que eu fiz, isso foi por conta minha. É um grupo aberto, vou testando várias possibilidades: as pessoas não vêm com frequência, aparecem de vez em quando. Mas é um horário que já está consolidado, elas sabem que existe e de tempos em tempos vêm e voltam. Eu convido quem está na recepção. BR141218.2

O terapeuta se dá a liberdade de organizar o atendimento no molde que o espaço, o tempo e as pessoas permitem. De acordo com a adesão, ela recria e repensa o formato. As possibilidades podem ser criadas em relação ao *setting* e a esse respeito a terapeuta relata:

Sim, atualmente eu tenho uma sala de atendimento, mas também é bem fluido aqui, nem sempre os atendimentos acontecem só nessa sala porque isso é avaliado a cada momento, com a pessoa que chega, com a demanda que ela chega, enfim, eu avalio também se de repente é interessante ter aquela conversa ali na varanda ao invés de ter dentro de uma sala, então isso é muito relativo. BR220119.3

O *setting*, o espaço em que a escuta se dá, passa a ser relativo e não determinante nesse campo. Outro terapeuta faz sua possibilidade de escuta numa dinâmica estabelecida a partir da música. No espaço institucional, ele convida a compor. Nessa relação, conteúdos e histórias vão aparecendo e dando espaço para o sujeito parecer e com ele a possibilidade de uma demanda. Ele relata:

Aí, eles passam por lá e a gente compõe. Eles vão me contando, começam a participar do grupo, a gente vai falando: "de onde você veio?" e começam aparecer umas histórias, as conversas, e aí eu vou anotando algumas coisas que eu acho importante em uma lousa, algumas palavras, algumas histórias, a gente vai marcando, vai criando uma música. É um jeito específico que eu acabei criando a partir de uma conversa. O grupo vai se fazendo, porque é um lugar que eles vão para ver questões de documentos, e, enquanto eles esperam eu fico com essa oficina aberta. Não é um grupo fixo, do tipo: "vou vê-los outra vez, um outro dia", às vezes aquilo ali se esgota em si mesmo. Houve alguns episódios em que as pessoas retornaram, mas no geral tem essa especificidade que é um lugar pelo qual as pessoas passam [...]. BR150119.5

As reinvenções nesse campo têm um objetivo de oferecer uma escuta, porque dela nasce toda possibilidade terapêutica.

8.4.7 Oferta de uma escuta enquanto convite à fala: criação de uma demanda

A forma encontrada para se oferecer a escuta é variada. Há quem proponha atividades que funcionam para criar um primeiro contato. Há ainda aqueles que circulam pela instituição oferecendo escuta. No que diz respeito aos atendimentos individuais, uma terapeuta relata:

Nessa experiência que a gente faz lá, que é uma experiência de corredor, muito parecida com a experiência em hospitais que eu tinha tido, em hospital clássico, de que você passa nos quartos e leitos, e que não é uma demanda, como a que recebo no consultório quando alguém me procura, quando alguém te liga e fala: "Estou com um problema", ou, "Estou precisando de alguma ajuda específica. Você pode me ajudar?" BR150119.5

Numa instituição na qual existe um trabalho consolidado, a prática e intervenção terapêutica se dão pela transmissão da informação entre aqueles que circulam por ela. No relato de um dos terapeutas aparece que, pelo tempo de trabalho, os moradores mesmo novos acabam conhecendo pelos antigos essa possibilidade e, dessa forma, aproximam-se, quando precisam. Ele relata:

É, o que a gente pensa é que a gente tem uma certa oferta de escuta. Nosso grupo está lá há muitos anos, então também tem uma

transmissão que vai se dando de moradores mais antigos para moradores mais novos e a própria instituição também que, eventualmente, nos casos mais sensíveis, nos casos mais graves nos chama ou nos encaminha. BR131218.1

Outro terapeuta que compartilha dessa mesma perspectiva relata:

Mas assim, digamos que, ao longo de todos esses anos, a gente tem um lugar instituído, um lugar um pouco estrangeiro, né, de certa forma, porque a gente não é a instituição, a gente é um grupo de fora, né, que vai lá. Mas temos sim este lugar de certa forma instituído e que a gente faz, grosso modo, uma certa oferta de escuta e dessa oferta surgem demandas eventualmente, né. BR131218.1

Existe um lugar instituído que permite que a oferta da escuta se desdobre numa demanda.

8.4.8 A complexa relação com a língua: ela como instrumento, ela na interação, ela como afeto

O terapeuta propõe que se restabeleça a confiança no outro, reconheça o humano e se coloca como tal. Ele oferta a possibilidade de constituir um laço que fora rompido para que possa haver novamente confiança. A língua tem uma estreita relação com a própria constituição do sujeito e sua identidade, ela dialoga com uma alteridade pressuposta. O sujeito se constitui enquanto tal nas interações sociais por meio da língua e das linguagens que organizam a cultura na qual está inserido. Assim que, estando fora do familiar, o contato com a nova língua e o exercício de se apropriar dela tem impacto no sujeito, sua identidade e forma de se relacionar. A língua instrumento, a língua do afeto e da comunicação que envolve as questões com o intérprete se apresenta na experiência de uma das entrevistadas como uma barreira quando não é igualmente familiar a ambos, terapeuta e migrante: “Então tem essa barreira na hora do atendimento que são duas pessoas conversando, um atendimento que acontece que não é na língua mãe de nenhum dos dois”. BR141218.2

Diante de uma língua que não é familiar a ambos, existe algo que os coloca no mesmo lugar ou grau de dificuldade para se comunicar. Nessa ocasião, o que opera é o desejo e a necessidade de se fazer entender. O que a terapeuta aposta no seu ato clínico é que, com a oferta de um laço, o migrante possa superar o sofrimento que o isolamento em que se encontra traz.

Existe uma ambiguidade da clínica com migrantes que se refere ao familiar e estrangeiro. Compartilhar experiências que são familiares, numa língua

estranha, que não é a sua, às vezes uma língua de contato, a língua do colonizador para alguns, língua estrangeira, pode ser um processo doloroso. Diante das dificuldades, vão se criando dispositivos para estabelecer uma comunicação possível e nisso deixar operar a língua do afeto:

Então, eu acabei, por meio de alguns artigos que eu tinha lido, desenvolvendo aqui um método, que é quando a pessoa não consegue expressar em português o que ela quer me dizer, eu peço para ela falar na língua dela, no idioma dela, e aí a informação ela fica captada pelo afeto, o que é que eu sinto, quando na língua dela está me explicando aquela situação. BR141218.2

Para ela, mesmo quando não há possibilidade de encontrar uma palavra em comum para descrever algo, essa palavra precisa ser dita, pois o afeto pode ser descarregado mesmo sem que o interlocutor capte integralmente a mensagem, o que de certa forma acontece mesmo quando se fala a mesma língua. Na crença de que na comunicação há sempre algo que se perde, o terapeuta renuncia a ter de entender tudo que é falado pelo seu paciente/cliente. Ainda sobre essa tentativa da comunicação, a questão com a língua aparece para um dos entrevistados como:

um desafio muito grande para mim me ver realizando atendimento em outra língua, é algo que ainda era falho e vai melhorando, é um desafio, nas primeiras sessões ainda dou uma engasgada. Porque é difícil se comunicar e escutar o sofrimento do outro. Para algumas pessoas não é a primeira língua deles, e aí é o que eles falam é o que aprenderam na escola, e tem a língua de casa, e aí pode variar um monte. BR230119.4

Para alguns terapeutas, não falar a língua do outro é encarado como um desafio que pode ser superado. A língua como instrumento aparece na experiência do terapeuta que usa dela para realizar um diagnóstico, o que nesse contexto perde completamente sua validade, como também na relação com o intérprete. Nessa relação, existem muitos inconvenientes, tanto no Brasil, onde essa função é muitas vezes improvisada, quanto nos Estados Unidos, onde existe uma formação para atuar nesse sentido. A esse respeito, registramos de um entrevistado:

Sim. Para mim é claro que a presença de um intérprete nunca é neutra. Ela pode ser mais fácil ou mais difícil em função de várias coisas, entre elas, a relação entre o terapeuta e o intérprete, a formação do intérprete, a postura do intérprete ou a própria representação que o analisante vai ter do intérprete. Mas, pode ser bom ou ruim, mas nunca é neutro. É sempre um terceiro que está ali presente, que está ouvindo, que está testemunhando. E, mais do que isso, é alguém que está traduzindo, e traduzir é sempre trair, traduzir é sempre mudar, né. Não é uma máquina, não é o computador. BR131218.1

De certa forma que bom que ele não é uma máquina, mas a presença do intérprete não é neutra. Tanto quando é possível construir uma relação com aquele que se presta a essa função, como quando ele é improvisado. Mais do que tudo, o que se retém do testemunho desse terapeuta é que sempre haverá a presença de um terceiro. Ainda de acordo com a mesma entrevistada, a relação com o intérprete é nova no manejo clínico local. Suas experiências com eles foram variadas:

Aqui a gente não tem uma larga experiência disso, intérpretes formados para trabalhar com psicoterapia. Aqui a gente não tem, então, minha experiência com intérpretes: tive experiências boas e tive experiências ruins, mas... tive. Pessoas que eram intérpretes, estudantes de letras ou pessoas de letras ou mesmo pessoas que falavam a língua e se dispunham voluntariamente para fazer o trabalho de intérprete. BR220119.3

No local onde atua não há disponível um intérprete profissional, assim que, em algumas ocasiões, há o auxílio voluntário de estudantes. A relação com a língua aparece ainda no mesmo relato, quando descreve as dificuldades que as crianças migrantes enfrentam na escola. Ela relata:

Então muitas vezes a criança, o filho de, por exemplo, filhos de bolivianos que são taxados na escola de autistas porque não falam. E aí você tem que fazer de tudo para ver: é autista ou não sabe a língua? Ou se está fazendo uma resistência a aceitar a mudança de outro país e abandono da cultura de origem? O que é muito distante de ser autista. BR 141218.2

O desconhecimento da língua do país de acolhimento implica consequências sérias no percurso do aluno. Quando, por exemplo, em função disso, ele passa a ser considerado portador de uma condição que limita sua habilidade de aprender; o terapeuta traz essa realidade, levantando outras hipóteses para a dificuldade do aluno.

Já o conhecimento da língua do outro foi apontado por um dos entrevistados, enquanto facilitador do acolhimento. Ela relata: “Eu acho que devido à língua, como a pessoa já chega aqui com o idioma nosso, o acolhimento fica mais pessoal, todo mundo se entende”. BR230119.4

Essa fala foi compartilhada por uma terapeuta que fala a língua do migrante, além do idioma local, o que entendo a partir da ideia de familiaridade evocada pela habilidade de poder falar o mesmo idioma.

8.4.9 Navegar dentre as condições institucionais: o migrante, o funcionário e o terapeuta

As condições institucionais são uma realidade que toca terapeutas, funcionários e migrantes. Todos, a seu modo, devem lidar com os limites do que é estabelecido pela instituição e, mesmo diante deles, conseguir criar e estabelecer seus alcances.

Cada instituição exige uma forma diferente. Numa eles ficam espalhados no corredor. Os imigrantes, os pacientes, as pessoas, é uma dificuldade essa porque tem toda uma discussão sobre como que a gente faz essa abordagem, que demandas a gente cria a partir de uma abordagem e como lidar com essa posição do analista que demanda. A instituição é importante. Em outra a instituição permitiu um ritual xamânico, da terra. Eu percebo que foi uma puta diferença no trabalho. BR150119.5

Os funcionários que lidam diariamente com essa população acabam sendo confidentes de muitas angústias. No entanto, eles não recebem nenhuma formação para lidar com isso, o que, segundo uma das terapeutas, os deixa vulneráveis. Segundo ela, é necessário poder olhar para esses grupos e oferecer a eles um olhar ou até uma escuta.

Eu acho que os outros lugares necessitavam cuidar mais, e o pessoal que trabalha com essa população está bem assustado agora para ver qual vai ser a política pública para dar sustentação a eles. No CRAI são pessoas que assistem pessoas das migrações, que vem de refúgio. Ajudam informando sobre como se faz a papelada na Polícia Federal e outras coisas, mas eles também escutam todas essas doenças e tristezas que eles trazem. Eles precisam de uma escuta um tanto institucional, com olhar pros técnicos, pros funcionários, pra própria instituição. BR141218.2

Nessa troca de experiências que acontece entre funcionários e moradores da instituição pode haver uma aproximação, a partir de um lugar social comum compartilhado.

Existe um sofrimento que se atualiza no contar para o outro sua história. São esses relatos que fazem emergir a fragilidade do sujeito e que precisam ser acolhidos. Além desse contexto, foi apontado também a falta de preparo que, em algumas situações, acaba provocando um sofrimento desnecessário para o migrante. A esse respeito ainda a mesma terapeuta relata:

Por exemplo, eu já atendi um adolescente que era africano mulçumano e foi muito sofrido para ele. Era o mês do Ramadã e ele precisou fazer jejum. O abrigo não flexibilizou os horários. Enfrentou muita dificuldade porque ele precisava comer em um horário e não podia pelas regras. Eles não foram capazes de abrir uma exceção só durante o período do Ramadã. BR141218.2

8.4.10 Precariedade do serviço voluntário: um cenário comum

A prática clínica com migrantes é uma atividade que enfrenta inúmeros desafios. Em cada país, esses desafios assumem contornos específicos de acordo com a realidade dos migrantes e das possibilidades oferecidas em termos de políticas públicas. No Brasil, a realidade do refúgio é recente e as experiências estão permitindo a consolidação de alguns serviços, sobretudo de iniciativa da sociedade civil. Essas iniciativas se organizam em torno de instituições que acolhem essa população. Os terapeutas que colaboram com elas são com frequência voluntários.

Nos Estados Unidos, a longa experiência nesse campo se reflete também na quantidade de serviços prestados a essa população, além de produções teóricas em torno do tema. A atuação dos profissionais raramente é voluntária e, mesmo quando isso acontece, algumas precauções são tomadas para preparar para essa intervenção. Registramos o relato de uma das terapeutas:

Eu sou voluntária na organização, meu trabalho com eles atualmente é quando precisam de alguma palestra, alguma coisa muito específica sobre saúde emocional do trabalhador humanitário. Antes eu realizava atendimentos individuais de pessoas com trauma. BR130219.6

Outra entrevistada, mesmo não sendo voluntária, opera num regime de horas reduzido diante do volume da demanda que a instituição recebe. Ela relata: “Trabalho numa instituição em regime de horas, tendo outro trabalho de atendimento clínico, mas não com migrantes, nem com refúgio especificamente”. BR220119.3

No que diz respeito ao terapeuta, ela é a única dentre um grupo de dez advogados trabalhando em regime de contrato autônomo de 16 horas e isso faz com que precise ter um consultório. Esta profissional precisa conciliar seu exercício na instituição com seu trabalho autônomo.

8.5 3B) MANEJO CLÍNICO: GERENCIAMENTO E SUPERAÇÃO DOS IMPASSES

Nesta categoria separamos as declarações ou frases que parecem particularmente essenciais ou reveladoras sobre como os terapeutas solucionam eventuais impasses. Os entrevistados verbalizaram a necessidade de fazer do espaço terapêutico o lugar para se restituir a palavra ao migrante refugiado, o que incluímos como primeiro tema. Como segundo tema, trataremos do fato de

que, nesse lugar, constituem-se diferentes possibilidades de escuta baseadas na percepção que o terapeuta tem de seu paciente/cliente, e que para tanto ele precisa poder problematizar seu referencial teórico. Como terceiro tema verificamos que o terapeuta reconhece que enfrenta o desafio da resistência ao seu papel, que o obriga a reformular como se coloca para o outro. Em seguida, o quarto tema trata da função de interpretar para o outro os elementos da própria cultura. Por fim, o quinto tema é o manejo da língua, trazendo as resoluções tomadas para conduzir eventuais impasses.

8.5.1 Temas em números

Relativamente à escuta proposta, cinco terapeutas afirmam que aquele é o lugar para se restituir a palavra ao migrante refugiado. Três relataram ser necessário problematizar seu lugar cultural para oferecer uma escuta culturalmente sensível. Dois citaram que precisam contornar a resistência que se tem ao psicólogo. Três relataram que algumas vezes precisam fazer uma interpretação cultural do que acontece para a cultura que hospeda. Relativamente ao manejo da língua, diante dos impasses que ela coloca, registramos essa questão nas falas de três terapeutas.

8.5.2 Reflexão

A psicanálise tem uma construção própria que organiza a compreensão do que é dito pelo sujeito para dar uma direção ao tratamento. Para nossos entrevistados, existe um cuidado que implica poder resistir e não pensar nos pilares da teoria como se fossem universais para poder dar espaço à palavra. Por exemplo, as questões sexuais, do erotismo, dos casamentos ou da homossexualidade são organizadas culturalmente. Esse é, portanto, o lugar onde é preciso dar espaço à palavra. Neste tema trago as falas em que os entrevistados verbalizam essa necessidade.

8.5.3 Necessidade de dar lugar à palavra: fazer desse seu espaço

Segundo a terapeuta, quando seu referencial não contempla a dimensão do outro, quando não faz função, ele deve interrogar o outro sobre si. A esse respeito relata:

Acho que o lugar do psicanalista permite, de forma fundamental, não entender e poder perguntar, para que às vezes aquilo que aparece como não entendido possa ser colocado em palavras para poder ser entendido e isso às vezes tem a ver com costumes. BR141218.2

Com a pergunta abre-se a possibilidade de restituir ao contexto cultural, dos costumes do sujeito, comportamentos que não são compreendidos e que eventualmente poderiam ser entendidos como patológicos quando descontextualizados. O terapeuta representa a possibilidade de apontar para esse sujeito o lugar que algumas de suas ações ocupam na cultura de acolhimento. Para isso se dispõe a fazer uma pergunta e não avançar um saber a priori sobre o outro:

[...] eu tento ser estrangeira e me perguntar sobre esses costumes, perguntar isso para eles também e não dar por subentendido muitas questões e poder entender que nós temos uma compreensão do mundo que também é cultural, nunca é consciente disso. Então, poder aceitar que nunca pensamos nisso e que temos que por isso em palavras para entender e não achar que com minha cabeça eu vou entender o que está acontecendo com o outro. Poder perguntar. BR220110.3

Em toda dinâmica clínica se estabelece uma proposta de escuta. Ela permite realizar um enquadre que cria possibilidades de intervenção. Dois dos entrevistados compartilharam a importância de poder dar espaço à palavra nesse contexto clínico. O referencial teórico estabelece o lugar que ela ocupa na dinâmica terapêutica. Na perspectiva desta entrevistada, essa é a possibilidade de organizar uma narrativa sobre aquilo que foi vivido e que ela não pôde comparecer. Isso acontece diante de uma violência em que o sujeito muitas vezes é privado da palavra, situação em que ocupa o lugar de objeto que sofre as consequências de uma ação. Ela diz:

Vamos dizer que, do ponto de vista clínico, o que a gente teria como horizonte, como direção, seria a possibilidade de produzir palavra. Que o sujeito possa produzir palavra sobre o seu acontecimento, que ele possa fazer do acontecimento uma experiência inscrita, uma narrativa sobre o que ele viveu, narrativa que também é implicada, é política etc. BR131218.1

Além de organizar uma narrativa, essa palavra é pensada enquanto implicada e política. O sentido que a palavra comprometida adquire nesse contexto diz respeito ao valor que lhe é conferido. Uma palavra que é testemunha do desejo do sujeito que se engaja no tratamento. Algo que somente ele pode dar, quando as possibilidades são escassas nessa vivência. Ela também é política, porque reconquista o lugar de um sujeito que fala por si e renega o lugar

de objeto que lhe foi imposto em tantos momentos. Ainda para a mesma entrevistada esse produzir palavra, aparece da seguinte forma:

Eu acho que o enquadre psicoterapêutico da própria psicanálise ou a própria psicologia pode ser estranho a muitas culturas enquanto técnica, enquanto teoria, enquanto prática, porém o que a gente está fazendo e trabalhando é conversa e encontro e isso tem em toda cultura. Então, assim, tem algo que é muito estranho, mas tem algo que é muito familiar que é você ofertar e acolher aquilo que é da palavra que é do encontro, que é da conversa que é da narrativa. BR131218.1

Ela, a palavra, enquanto instrumento terapêutico permite intervenções diversas. Na abordagem psicanalítica, a palavra é o que dá uma direção clínica, assim produzi-la é decisivo. A palavra é um tipo de intervenção efetiva para que a experiência do trauma possa ser inscrita numa narrativa. Nesse sentido ela continua:

Mas a gente está às voltas com o fato de muitas vezes a palavra ser um pouco esburacada nesse encontro de diferentes culturas, de diferentes línguas entre analista e analisando de culturas diferentes e línguas diferentes. Nesse sentido a gente não está fazendo exatamente o mesmo trabalho que estaria entre brasileiros, ou entre naturais da mesma língua. BRBR131218.1

Na dinâmica terapêutica o sujeito é convidado a ir além do que são as experiências de um corpo que carece para tratar de um corpo que padece. Para que o terapeuta possa realizar qualquer tipo de intervenção, o outro precisa estar em condições para tanto. Para a construção do espaço da escuta é necessário poder liberá-lo dos pedidos práticos, que podem ser encaminhados para a instituição ou profissional dessa competência.

Este é o papel mais importante dessa disciplina, trabalhar para conhecer a diversidade do corpo social integrando-a a novas perspectivas críticas, com o objetivo de desconstruir as atribuições identitárias.

8.5.4 Problematizando o referencial: oferta de uma escuta que renuncia a um saber pressuposto sobre o outro

Relativizar a cultura significa oferecer uma escuta que renuncia a um saber pressuposto sobre o outro. A habilidade e disposição de renunciar a um a priori na escuta do outro foi apontada como necessária. Os terapeutas entrevistados deixaram explícito que esse cuidado é algo priorizado em sua escuta. Relativizar sua cultura significa, para um dos terapeutas, ser capaz de renunciar a uma visão universalista de suas referências culturais e teóricas. O

migrante refugiado possui sua cultura e referências que se articulam numa rede de significantes e significados já constituídos. Nesse sentido, a forma como certos elementos estão postos e são experimentados podem criar uma distância para a compreensão daqueles que não compartilham do mesmo referencial. Na fala de um entrevistado, a escuta no campo das migrações apresenta desafios e cuidados.

Esses cuidados dizem da própria escuta e da renúncia a seu próprio referencial teórico, como abordado acima. O paciente/cliente é convocado a trazer sua palavra e dela delinear a construção que faz com sua realidade. Relembrando que, enquanto produto de sua cultura, existe um lugar que ocupa em relação a eventos diferentes. A esse respeito:

Acho que trabalhar com migrantes me põe permanentemente nesse desafio e nesse exercício que é ter uma escuta que consegue perceber aquilo que vem de um outro lugar, pela diferença, que correlativamente produz estrangeiridade em mim, né, produz diferença em mim. Então, faz com que eu também tenha que, vamos dizer estrangeirizar aquilo que é muito materno a mim. BR150119.5

Para esse entrevistado esse é um campo de desafios permanentes que não se limitam a uma escuta que precisa renunciar a um referencial universalista, mas também exige um outro exercício. Ele relata a necessidade de estrangeirizar o materno, como possibilidade de resgatar aquilo que produz diferença nele. Diante de um relato, existem falas que podem deixar o terapeuta mais ou menos confortável, inibindo a possibilidade de sinalizar algo importante ou fixar-se naquilo que não faz questão para o outro. É pela diferença que ele se torna capaz de apontar o que vem do campo do outro. No relato de outra entrevistada:

Conseguir ter uma escuta que relativize o seu próprio aparato cultural, ter sim determinado interesse naquilo que se refere a alteridade ao outro. Ter um olhar sócio-político-geográfico daquilo quem são os conflitos e as modalidades todas geopolíticas que impelem os deslocamentos hoje. BR131218.1

Para ela, poder oferecer uma escuta que relativize o próprio aparato cultural é a possibilidade de manter o “interesse naquilo que se refere a alteridade do outro”. O terapeuta precisa estar ciente do contexto social, geográfico e político de seu paciente/cliente e das contingências que o forçaram à migração. O espaço terapêutico que for ocupado somente por investigações dessa ordem seria de certa forma ineficaz. Nele quem precisa comparecer é o sujeito, e o terapeuta com sua escuta precisa poder reconhecer perante qual

alteridade a narrativa está sendo posta. Além do tipo de escuta que se precisa poder oferecer, aparece em alguns relatos que o formato do acolhimento também tem seu valor. Na prática de algumas instituições e terapeutas o acompanhamento em grupos é recorrente.

Problematizar diz da possibilidade de suspender seu referencial para a interpretação do que acontece com seu paciente/cliente. Ele, em vez disso, dispõe-se a perguntar:

Eu fui tomando cuidado o tempo todo de não querer impor o nosso saber médico e de cuidado de saúde como verdadeiro tratamento. Eu não podia resolver o problema dela, mas fui tentando desconstruir de dentro das suas crenças, mas precisa criar uma estratégia estando aqui. BR141218.2

Na sua experiência, não impor seu saber e abrir espaço para o saber que o outro pode trazer a respeito de sua condição formam a possibilidade de traçar possíveis estratégias. A escuta e não a imposição permitiram a desconstrução de uma crença.

8.5.5 Desafio da resistência: o exercício de reformular

Este tema tem o intuito de exemplificar a experiência de como algumas terapeutas contornam as resistências que percebem a respeito da aceitação de seu lugar de psicólogo. No relato de uma delas, registramos que evita se apresentar como psicóloga, tanto por achar que não faz sentido se anunciar como tal, como também para evitar a ideia preconcebida que se tem dessa categoria profissional:

Eu falo muito que é atendimento de saúde mental, porque para alguns não faz muito sentido falar atendimento psicológico. Eu falo que é saúde mental porque eles conseguem entender algo mais amplo. Muitos entendem que eu sou uma profissional da saúde, simplesmente, chegam fazendo até queixa física e eu acabo fazendo encaminhamento para o SUS, isso acontece eventualmente. Se eu fosse pensar agora uma oficina, uma coisa assim, não colocaria: sou psicanalista, trabalho com saúde mental – a gente está falando de afeto, de encontro, de laço. Então, às vezes é um nome que está muito associado à patologia, saúde mental. BR141218.2

Tratar da saúde mental, em vez da doença mental, o que pode ser percebido como tratar da loucura, encontra menos resistência. Portanto, ela prefere se apresentar como profissional da saúde mental. A mesma entrevistada relata dizer já de início para seus pacientes/clientes que são eles quem decidem o que vão falar:

É uma coisa que eu sempre coloco no início do atendimento, em uma primeira conversa, que é assim: aqui não é espaço que eles precisam necessariamente falar do que aconteceu com eles, até para não ser uma questão de necessariamente reviver esse trauma, mas sim, é um espaço para falar caso eles queiram. BR141218.2

Respeitar o tempo próprio da fala do traumático também aparece como recurso para se lidar com a resistência de alguns. Sabe-se que migrantes forçados experimentam inúmeras violências que podem eventualmente resultar em trauma. Existe na experiência clínica uma escuta que parece priorizar o traumático, em que o sujeito é convidado explicitamente a falar dele, no entanto, há nessa fala um cuidado em respeitar o tempo próprio do sujeito. Essa postura é compartilhada por outros terapeutas que, diante da pergunta sobre o relato de conteúdos traumáticos em suas escutas terapêuticas, relataram que eles não aparecem com a frequência que se imagina, ou como pode ser atribuído a essa população. O não aparecimento de relatos com esse teor é explicado por outras entrevistadas como sendo também um mecanismo do migrante de seguir adiante, como se fosse uma tentativa de não reviver aquilo que ainda dói.

8.5.6 Interpretação cultural: contextualizando as novas realidades

Este tema surge em falas que dizem respeito ao racismo ou ao machismo na cultura brasileira. A interpretação cultural também se fez necessária diante de alguns episódios em que se precisou pesquisar para compreender a fala do outro. A necessidade de interpretar elementos da cultura surge no relato de uma das entrevistadas quando ela se vê na necessidade de explicar o racismo: “Olha, isso não é contigo. As pessoas estão projetando em você algo que é da nossa história. Não é à toa que o Brasil seja desse jeito!” BR141218.2

Diante da queixa de sua paciente, que descreve episódios em que conta ter sido discriminada ou ignorada, ela interpreta esse acontecimento. Explica para a paciente que a atitude é o resultado de um processo histórico e que ela é tratada de uma forma que reflete algo que se projeta nela.

Na medida em que aprendem a observar, as terapeutas tentam transmitir esse saber para outros. A mesma terapeuta que também atende profissionais de dentro de uma instituição que lida diretamente com migrantes relatou:

Por exemplo, acontecia em um grupo das educadoras que atendiam mulheres africanas e elas eram brasileiras, e elas vinham para o grupo falando: “Ah, as mulheres africanas não cuidam das crianças e elas são tão desleixadas, essas crianças choram, choram, choram e

ninguém cuida delas, coitada das crianças não tem quem cuide delas.” E uma vez estávamos em um grupo e a mãe pedia para os filhos trazerem meias e casacos porque ela estava com frio. Então, fomos atrás de poder entender isso, por que essas mães não acudiam frente ao choro da criança? BR141218.2

Na dinâmica surgem naturalmente contextos que não são compreendidos pelos profissionais. Com a orientação do terapeuta, eles puderam buscar em outras fontes as informações para conseguir fazer a leitura da cena e, eventualmente, intervir. Essa é a resposta diante de dificuldades em que o recuo permite enquadrar apropriado.

A relação com o outro, cuja cultura se desconhece, demanda uma certa iniciativa do terapeuta para entender o contexto do migrante e traduzir o seu para ele. Assim, o terapeuta orienta e ajuda funcionários que atuam numa instituição e mobiliza recursos para poder entender certos comportamentos. Ainda no relato da mesma terapeuta temos mais um exemplo desse tipo de contexto:

E o que era muito interessante era que as educadoras brasileiras falavam: “Mas elas são porcas, porque elas ficam sem calcinha, estão cozinhando comida para todo mundo e estão nuas.” Até que elas foram entendendo que era um rito essa forma de cozinhar. Era uma forma de se doar aos outros fazendo uma panela gigante para todo mundo comer. E o que era inaceitável para as ocidentais era que elas estavam sem calcinha, mas estavam vestidas de uma forma cultural de cozinhar. BR141218.2

Para encontrar as informações necessárias o terapeuta recorre com frequência ao uso das tecnologias da informação e comunicação (TICs). Na prática clínica, o atendimento à distância foi algo que muitos terapeutas resistiram por muito tempo. No entanto, os dispositivos são usados com frequência para buscar informações que possam trazer esclarecimentos contextuais sobre esse outro culturalmente distante. Um episódio que ilustra essa dinâmica foi o caso de uma pessoa que achava que precisava de uma planta específica que crescia em seu país para curar seu sofrimento em função de uma praga que lhe teria sido lançada pela sogra. Nessa situação a terapeuta acolheu a demanda e sugeriu que ela entrasse em contato pelo aplicativo para se comunicar com o curandeiro no país e descobrir se haveria como encontrar a planta no Brasil.

Essa resistência não reflete o cenário atual em que, em função da pandemia que impôs ao mundo novos modos de operar e se relacionar, os atendimentos virtuais passaram a ser uma modalidade quase exclusiva. Com o

surgimento da COVID-19, a mobilidade humana adquire novos contornos em que as muitas formas de movimentação humana passam a ser suspensas de forma temporária ou permanente. Nesse contexto, as pessoas migrantes, refugiadas ou em reassentamentos ficaram ainda mais vulneráveis. Muitos não têm acesso a um celular e não conseguem ter acesso a essa escuta, permanecendo numa situação de exclusão em que as violências e sofrimento se repetem sem que possam reverter suas realidades. Outros poucos conseguem, uma vez contornada a barreira da língua da própria tecnologia e do acesso à rede.

8.5.7 O manejo da língua – gerenciando impasses

Este tema traz formas como terapeutas relatam terem resolvido eventuais impasses que a relação com a língua colocava. Os impasses foram apresentados na terceira categoria, sob a temática que apresentou a relação que se estabelece na clínica em torno da língua. Alguns terapeutas relatam poder criar um espaço para o não saber. Mesmo que de imediato desconheçam o significado de algo que foi dito, isso era dito. De acordo com um entrevistado: “Eu peço para ela escrever, de repente, aquela frase, e aí no próximo encontro, numa próxima vez eu já trago aquilo traduzido para ver se é mais ou menos isso que ela queria dizer, e a gente vai fazendo desse modo” BR230119.4

Na dinâmica que pôde estabelecer, era possível pesquisar posteriormente o conteúdo compartilhado assim que, no encontro sucessivo, aquilo tivesse um sentido eventualmente poderia se desdobrar em algo mais. Nem tudo podia ganhar sentido imediatamente ou até mesmo a posteriori. Assim, outro terapeuta relata aceitar a possibilidade de não saber:

Então, eu acabei, por meio de alguns artigos que eu tinha lido, desenvolvendo aqui um método, que é quando a pessoa não consegue expressar em português o que ela quer me dizer, eu peço para ela falar na língua dela, no idioma dela, e aí a informação ela fica captada pelo afeto, o que é que eu sinto, quando na língua dela está me explicando aquela situação. BR141218.2

Mesmo não sabendo o sentido do que é dito, o entrevistado diz apostar no efeito para o sujeito falante. Em sua percepção da cena existe algo que é capturado pelo afeto mesmo quando o interlocutor não captura o sentido. Para outro terapeuta, o uso da tecnologia por meio de motores de busca é uma opção mobilizada para trazer a explicação sobre o significado que se desconhece: “Se

aquela situação específica ela pode relatar para nós, a gente usa recurso da tecnologia mesmo, como o Google Tradutor, para entender o significado, mas o sentido só ele sabe”. BR150119.5

Conhecendo uma língua ou não, sempre há algo que escapa ao interlocutor e que diz de um saber que somente o sujeito detém sobre si mesmo. Mesmo que significados possam ser compartilhados sobre o sentido, refere que somente o sujeito pode alcançá-lo, ou dizer sobre o valor que adquire para ele. As tecnologias são incluídas na dinâmica e assumem um valor não negligenciável na tarefa da comunicação possível.

8.6 3C) EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE - OBSERVAÇÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE NA CULTURA E NA CLÍNICA

Nesta subcategoria reunimos as falas da percepção do terapeuta sobre as experiências desses migrantes no país. Dessa maneira os temas trazidos relatam as experiências de como os migrantes navegam na cultura e na clínica. Conforme vimos no tópico anterior, a questão do racismo aparece no tema da interpretação cultural. Foi necessário trazer novamente a mesma temática aqui no lugar de uma fala que expressa essa descoberta pelo migrante, primeiro tema da subcategoria. As dificuldades de adaptação são trazidas como segundo tema, expressando os diferentes e mais relevantes contextos trazidos. A disputa com os locais, o terceiro tema, se refere aos contextos em que o acesso aos serviços ou auxílios são disputados com autóctones. A vulnerabilidade compartilhada com o terapeuta é apresentada como quarto tema. O espaço que a possibilidade de escuta e de fala criam, faz dele um processo de cuidado para os migrantes de acordo com o relato, sendo o quinto tema da categoria.

8.6.1 Temas em números

Um terapeuta relatou que há migrantes que revelam sua primeira experiência de racismo no país de acolhimento. Dois outros entrevistados compartilharam algumas das razões que constituem suas dificuldades no processo de adaptação. Um profissional trouxe a realidade da disputa com locais pelos serviços em que a população autóctone recrimina as ajudas destinadas a

migrantes, sentindo-se menosprezados pelo governo, enquanto acreditam que migrantes seriam privilegiados. Cinco relataram sobre as diversas formas de violência a que estão expostos como consequência da vulnerabilidade daqueles que atende. Três outros entrevistados trazem a perspectiva do processo do cuidado como sendo dessa forma o lugar que o migrante atribui a dinâmica terapêutica estabelecida.

8.6.2 Reflexão

Entre os temas, as necessidades diretamente ligadas à saúde mental se misturam às premências práticas dos migrantes refugiados. Nessa interligação, revela-se a profunda conexão que existe entre a possibilidade de escuta diante daquilo que o falante tem ou o que lhe falta, para que possa se implicar na relação terapêutica. Nos relatos registrados a respeito de como terapeutas entendem a experiência do migrante refugiado, o primeiro tema trazido e que permeia a experiência de uma grande maioria de migrantes é o racismo, mesmo diferente em cada país de acolhimento, ele é comum, aqui no caso, aos dois países de acolhimento. Para o migrante negro, a discriminação representa um elemento que se sobrepõe a outras violências que ele já sofre. Alguns enfrentam pela primeira vez essa realidade no exílio e, em algumas situações, foi ao terapeuta que coube a responsabilidade de explicar mais a esse respeito.

8.6.3 Descoberta do racismo: uma nova representação de si

Na ocasião em que uma das entrevistadas ouviu relatos de discriminação em sua clínica, buscou deixar claro que: “Essa é a forma como a população negra do Brasil é tratada, e você está entrando no conjunto e ainda com o desafio de ser migrante”. BR141218.2

O tema do racismo aparece nesse momento como experiência do terapeuta, porque aqui ela envolve a sua percepção e necessidade de mobilização diante dessa experiência. O mesmo tema aparecerá mais adiante, na categoria 4, no relato dos migrantes e suas vivências. Os entrevistados trouxeram ainda a ideia de que muitos deles enfrentam enormes dificuldades na adaptação no novo território. Essas dificuldades, no entanto, têm razões diversas.

8.6.4 Dificuldade de adaptação: um estado de melancolia

Uma das razões diz respeito às dificuldades de pessoas que viajam com crianças e adolescentes. A esse respeito:

Eu acho que tanto essa questão de ansiedade em relação a essas novas possibilidades, novo país, nova cultura, principalmente os que vêm com criança, que aí não é só a sua vida, você tem uma família para dar conta e para fazer dar certo. BR130219.6

Estar com dependentes acrescenta uma carga de responsabilidade ao sujeito que chega a um novo país e precisa estabelecer sua independência. Dentre as urgências do dia a dia, precisa deixar a criança que ainda está aprendendo a língua em lugares cuja cultura e funcionamento lhe são desconhecidos. Se a criança for pequena e estiver ambientada, será ela quem muitas vezes passará a intermediar e até mesmo a interpretar a nova cultura para os pais. Muitos relatam a angústia da perda da própria cultura por parte dos filhos, que deixam de reconhecê-la como primordial. Acaba-se por fazer uma simbiose ou até mesmo agindo ora de acordo com a cultura de origem quando diante da família, modulando para a local quando em outros ambientes. Outra razão apontada para a dificuldade de adaptação é a saudade. De acordo com um dos relatos: “se fala muito das saudades, do que se perdeu, daquela coisa de laços muito difíceis de achar”. BR220119.3

A saudade diz de algo que fora perdido, um sofrimento psíquico, do que precisa ser reintegrado. Na história desses migrantes, muito foi perdido ou permanece afastado, trata-se de coisas para as quais é impossível retornar. Nesse novo território, ele busca restabelecer a familiaridade. Na medida em que vai conhecendo a nova cultura e aprende a ali se deslocar, novas conquistas e desafios aparecem.

8.6.5 Disputa com locais: a escassez de recursos

De acordo com uma das entrevistadas, existe na experiência de adaptação um confronto que se dá com as pessoas do local. Segundo ela:

As pessoas reclamam, como se tivesse mais oportunidade para quem é de fora do que quem é de dentro. "Para o venezuelano tem programa especial de acolhida. E para gente?". Isso gera conflitos importantes, inclusive físicos, tem problemas sérios nos albergues. BR220119.3

A realidade apresentada acima diz respeito ao Brasil, mas esse discurso pode ser encontrado também nos Estados Unidos. É comum haver episódios de violência em que um migrante é acusado de receber mais ajuda do que os próprios locais. Nos Estados Unidos, existe uma literatura que documenta esse discurso entre os negros americanos.

8.6.6 Vulnerabilidade compartilhada: o ciclo das violências

Em sua prática clínica, o terapeuta escuta sobre as muitas violências sofridas. Essas são o resultado de uma situação da vulnerabilidade psíquica e social em que se encontram, mas essas mesmas violências, em suas diversas formas, podem também provocar esse estado de fragilidade. Em sua opinião:

E essa vulnerabilidade eu sei que pode dizer de muita coisa, mas o recorte que eu faço é no sentido assim, pessoas que foram atravessadas por questões sociais que acabam atravessando e causando de algum jeito um impacto de sofrimento na vida delas, que é de uma ordem maior, não tem a ver com questões subjetivas só, porque é algo externo delas. BR150119.5

Para esse terapeuta, existe um reconhecimento de que a vulnerabilidade do sujeito não depende somente de questões subjetivas. Ela aponta para as implicações que a sociedade tem na produção do sofrimento do sujeito migrante. Em sua perspectiva, não se pode atribuir somente ao sujeito a responsabilidade perante o que experimenta. Para outra entrevistada:

Os traumas do deslocamento vêm mesmo adicionar um segundo tempo de violência, em seguida as violências na chegada, no desacolhimento, na rejeição, na expulsão, na necessidade extrema, na carência, no desamparo. BR131218.1

Nesse relato, ela reconhece diferentes tempos de violências aos quais se somam as que existem no país de acolhimento. Nomeia algumas delas que desde a chegada ao novo território, compõe as experiências de violência no exílio. Como já mencionado, para alguns desses migrantes as privações continuam presentes. Essa realidade foi, no entanto, citada principalmente por terapeutas no território brasileiro. As instituições são locais nos quais, além da ajuda e orientação documental, eles conseguem ter acesso ao menos a uma refeição. Pode acontecer do migrante circular por ela somente com esse intuito, mesmo sem ter nada de imediato para resolver: “Muitos deles não tem almoço, então as pessoas são obrigadas a aceitar só o café da manhã e a janta, elas não têm como se alimentar se não tiver dinheiro na hora do almoço.” BR150119.5

A precariedade que se traduz nas necessidades básicas também se soma a outras formas de violências, como a física, dentro da própria conjugalidade, conforme testemunha outra entrevistada:

Aquele que vem muito maltratado, com uma história de vida muito traumática, que por ser agredido, vem sendo muito agressivo também. Temos pessoas que têm vivido situações de maltrato dentro da conjugalidade. BR130219.6

Essas são algumas das inúmeras formas de violência, cuja resolução depende de instâncias diversas. Quem as relata é o terapeuta testemunha, de quem a escuta e intervenção tem um potencial de trazer algum alívio para esse sujeito em sofrimento, por meio desse processo de cuidado. Uma das terapeutas diz perceber que quando estão na instituição, estão precisando de ajuda, porque quando conseguem emprego, não retornam.

Então, acho que quando as pessoas conseguem trabalhar, isso também de algum modo mantém elas saudáveis, porque é muito comum quando eles começam a trabalhar, não aparecerem mais aqui, porque estão de algum modo inseridos e tem a ver também com nosso horário de funcionamento e tudo mais, mas as demandas diminuem para a instituição, porque eles conseguiram alguma inserção, então o trabalho de algum modo organiza essas pessoas. BR230119.4

Quando inseridos no mercado de trabalho conseguem uma certa autonomia e independência financeira, organizam-se e, de algum modo, seguem adiante.

8.6.7 Um processo de cuidado: a percepção da proposta terapêutica

De acordo com a percepção do terapeuta, o migrante entende sua intervenção e a oferta de escuta como um processo de cuidado:

Eu acho que experimentam como um processo de cuidado. Eu não me lembro de ter escutado especialmente essa palavra, mas acho que tem disso, cuidado e acolhimento. A gente está ali, em frente à porta, praticamente, então as reações são de uma certa alegria, um certo entusiasmo. A gente percebe e expressões corporais nesse sentido. BR220119.3

Esse processo requer cuidado dos terapeutas para estabelecer um lugar possível que, nessa relação, possibilite a eles estabelecer o laço necessário para que a fala seja produzida. No relato de um dos entrevistados, o estabelecimento desse lugar com algumas culturas pode ser mais desafiador pela própria proposta do trabalho terapêutico, esbarrar no que a cultura autoriza esse sujeito. Nesse sentido ela conta: “Uma vez um africano falou pra mim que talvez os

africanos não venham tanto para a terapia porque eles não têm costume de falar do que dói e menos para estranhos, é uma situação difícil de ser pensada para eles”. BR 141218.2

A mesma entrevistada relatou outro episódio:

Os homens demoravam bastante e todos eles falavam a mesma coisa: "Homem árabe não chora", mas aí chegava uma hora que se fosse preciso, até eles conseguirem ver o espaço terapêutico como esse espaço seguro para expressar essas emoções, e entender que não era doença, não era transtorno, que era processo normal do que eles tinham vivido. Então, acho que para mim essa era uma das maiores demandas”. BR141218.2

8.7 3D) SAÚDE MENTAL - OBSERVAÇÕES SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL - ESTRATÉGIAS, BUSCA DE AJUDA, ESTIGMAS E PADRÕES

Nesta categoria reunimos comentários sobre impactos na saúde mental observados pelos terapeutas. Os temas dizem respeito às formas de sofrimento decorrentes de uma saúde mental fragilizada ou que está na origem desse sofrimento. Nesse sentido está a importância de respeitar o tempo até que ele possa ser compartilhado. Respeito ao tempo do trauma representa, nesta categoria, o primeiro tema. O tema seguinte retrata os relatos que trazem as formas de sofrimento que podem ser percebidas como uma estratégia para pedir ajuda. A psicoeducação emerge como terceiro tema. Em seguida, o ato clínico, percebido por dois terapeutas como ferramenta de resistência, diante da ausência de solidariedade e da falta de políticas públicas migratórias que ofereçam condições dignas para a população que migra, sobretudo na condição de refúgio, é o quarto tema. A língua entendida não como um impedimento é o quinto tema. Também reunimos comentários que expressam o que é entendido como prioridade para essa população, sendo esse o sexto tema.

8.7.1 Temas em números

Cinco entrevistados trouxeram a ideia de poder respeitar o tempo do trauma daquele que é escutado. Quatro relatam a relação com o sintoma como possibilidade de lidar com o sofrimento. A psicoeducação se faz também necessária, de acordo com um terapeuta, como forma de auxiliar o paciente/cliente a reconhecer seu sofrimento. O ato clínico aparece para três dos entrevistados como ato político e de resistência às políticas de rejeição às

peças migrantes. A língua não é um impedimento e, para três dos entrevistados, ela pode ser colocada no lugar de um desafio. Quatro dos terapeutas relataram algumas medidas prioritárias para oferecer acolhimento apropriado para essa população.

8.7.2 Reflexão

A questão da violência aparece frequentemente na experiência dos migrantes refugiados. E ela é reforçada e mais presente quando se trata de pessoas negras, mulheres, crianças, população LGBT e idosos. Essas são vivências do cotidiano de quem migra e, como vimos anteriormente, marcam diferentes momentos da vida. As marcas do acontecimento traumático são carregadas, mas nem sempre compartilhadas. A necessidade de se respeitar esse tempo necessário para se chegar ao ponto de poder falar disso, representa o primeiro tema desta categoria. Reunimos, dessa forma, testemunhos que compartilham dessa perspectiva.

8.7.3 Respeito ao tempo do trauma: os desafios da nova realidade

Em sua escuta, essas marcas aparecem nos relatos de sofrimento em relação ao que se perdeu e à dificuldade de se restabelecer no novo território. Ela nota que relatos específicos da cena traumática não aparecem com frequência.

No relato abaixo se pode ler:

Tinham pessoas que traziam cenas específicas e momentos específicos da guerra, tinham pessoas que traziam uma dor maior de ter deixado a família, da separação em si, tinham pessoas que traziam o desafio da adaptação, o desafio do desconhecido, do idioma novo, da cultura nova, então, foi bem variado, o trauma em si não era uma temática comum, como a principal. BR130419.6

Na experiência de outra psicóloga, o que mais aparece como expressão de um sofrimento diz respeito às experiências vividas no país de acolhimento. Nos relatos, raramente aparecem naturalmente o que provocou a decisão de deixar o próprio país. Ela conta:

Eu estou aqui, nesses dois anos, o que aparece são coisas muito do cotidiano, então, essa coisa do trauma da saída do país, ou da guerra sofrida no país de origem, por exemplo, situações de violência vividas no país de origem, que enfim, geraram a saída, essas coisas não aparecem nos atendimentos. E o que me levou a pensar é que também, essas pessoas estão, realmente, quando chegam aqui,

dispostas a construir um outro percurso. Então, eu acho que essa desconexão, ela é um pouco necessária também. BR230119.4

Para essa terapeuta, alguns conteúdos traumáticos relativos às razões da partida do país não aparecem nos relatos devido a um mecanismo necessário, que é entendido pelo entrevistado como um sinal que reflete a disposição desse migrante para reconstruir um novo percurso, uma desconexão com aquilo que ainda não pode ser dito em palavras: “Quem está em muito sofrimento vem com essas demandas concretas: Eu preciso dormir. Eu preciso conseguir me alimentar. Eu preciso esquecer o acontecimento que me invade o tempo inteiro. Pedem ajuda para viver”. BR131218.1

As demandas concretas são reais e comprometem o andamento de toda intervenção. Eles aparecem em termos de necessidades básicas que mostram um sujeito em sofrimento agudo.

Depende do grau de sofrimento que a pessoa está. Se é um grau muito agudo, geralmente é dormir, necessidade de dormir à noite sem ter pesadelos a noite inteira. Enfim, de conseguir minimamente descansar, comer – não só a falta de comida material – mas muita gente pelo trauma ou pelo sofrimento acaba tendo muitos problemas somáticos, dificuldade mesmo de se alimentar, de estômago, intestino, às vezes há rejeição a comida nova. Eles dizem: preciso esquecer o acontecimento que me invade o tempo inteiro. Uma cena traumática, uma cena de violência. Como é que eu faço para apagar isso? Como é que eu faço para me esquecer disso? Como é que eu faço para dormir? Como é que eu faço para viver, minimamente? BR131218.1

As demandas de quem está em sofrimento agudo encobrem pedidos concretos, mas que dizem de algo que o sujeito não suporta mais e do qual precisa se livrar e para isso busca ajuda porque suas habilidades primárias estão comprometidas.

Eles pedem ajuda para dormir ou até para se alimentar. Quem não está em sofrimento agudo também chega com pedidos concretos, mas esses de ordem material, reflexo da precariedade na qual se encontram. De acordo com a mesma entrevistada:

Quem está em um sofrimento não tão agudo, mas também sofrimento, chega às vezes ao psicólogo, por incrível que pareça, com demandas muito concretas: Bom, eu preciso de um trabalho. Você vai me dar 1 real? Preciso de uma casa. E eu acho que essas demandas têm que ser acolhidas, porque não dá para escutar ou fazer trabalho de psicoterapia ou análise em alguém que está com fome ou frio. Mesmo que a gente não tenha recurso para responder, porque isso é mais função de assistente social, de outras pessoas elas precisam ser acolhidas. BR131218.1

A terapeuta, mesmo sem poder atender essas demandas de ordem prática, precisa poder conhecê-las e acolhê-las. Ela diz que não há possibilidade de trabalho terapêutico com quem está com fome ou frio.

O tema a seguir se refere aos efeitos que o sofrimento traz na vida do migrante que muitas vezes não encontra a ajuda e o acolhimento necessários. Quando consegue, em alguns casos, há ainda que enfrentar os estigmas e barreiras culturais. Neste tema trazemos, assim, as falas que exemplificam essas experiências.

8.7.4 Apelo do sofrimento: o sintoma como estratégia

O sofrimento pode se manifestar de inúmeras formas, e essas diferem ainda entre adultos e crianças. Essas manifestações podem ser tomadas como um apelo, um sinal de alerta. Cada sujeito, para se manter minimamente organizado, lança mão dos recursos que disponibiliza. Para alguns, esses recursos estão na mobilização de ajuda de pessoas externas e, para outros, o sintoma é o que possibilita que o sujeito funcione. O sintoma funciona como uma válvula de escape diante do que não foi possível ser colocado em palavras até então. A esse respeito, um dos entrevistados reconhece:

Então, é uma população que está sujeita a muita violência e isso produz efeitos psíquicos graves, sejam eles de desorganização, de surto, de sofrimento extremo, de alcoolismo, o que for. Cada sujeito vai lançar mão aí das suas estratégias de organização. Mas muitos me procuram porque estão com alguma questão no corpo, sem dúvida tem alguma causa de somatização. BR141218.2

Pensar na somatização como possibilidade de o sujeito continuar operando abre para a possibilidade de incluir diferentes manifestações que aparecem na clínica. Nesse caso, o uso de substâncias e adicção fazem parte das expressões do sofrimento psíquico. O entrevistado relata:

E eu já atendi alguns casos, e aí acaba sendo uma coisa que nem se sustenta muito nesse modelo que eu faço aqui de atendimento, situações de alcoolistas, de homens que passaram a fazer uso abusivo da bebida, por falta de trabalho, por uma série de coisas. É menos frequente mas já apareceu um caso ou outro de uso de alguma droga, uma coisa mais pesada, por exemplo, teve um caso, que ele negou que estava fazendo uso de craque, mas dava pra ver que já estava avançado, já estava em situação de rua, dizia que só fumava maconha, mas dava para ver pelos traços que aquilo não era só maconha. BR141218.2

O profissional relata que o modelo de escuta e de intervenção que oferece não é suficiente para ajudar de forma apropriada a quem sofre dessa forma. Para

outro profissional, esse tipo de situação representa uma minoria. Em sua experiência, o que mais recebe são pessoas que se encontram em estado de desorganização que compromete a autonomia do sujeito. A esse respeito ela relata:

E o que aparece mais, é que tem pessoas que aqui a gente chamaria de surto psicótico, se comparado com o uso de álcool e drogas. É uma coisa que é curiosa, eu já até comentei com a equipe, eu não sei se é coincidência ou não, mas são mais casos de latinos. Comprometimento com a realidade. Alguns que eu já conversei já tinham um histórico disso anteriormente, no país de origem, que já tinha conversado com psiquiatra, já tinha tomado medicações, mas também há um contingente que nunca tinha tido nada e aqui. É muita solidão, muito desamparo, sem ter suporte das famílias para cuidar. BR150119.5

O adulto não compartilha de imediato seu sofrimento, tanto por temer o estigma, como pela necessidade de funcionar mesmo que minimamente para continuar dando conta das urgências da adaptação. As crianças, em sua experiência, manifestam mais facilmente a desorganização que o sofrimento impõe. Este terapeuta relata:

A criança acho que denuncia mais fácil, então é xixi na cama, perda de sono, e elas compartilhavam mais, contam mais dessas situações. Os adultos apresentavam insônia, dor de cabeça, estresse. Isso aparece de forma bem generalizada. BR141218.2

Nesse relato aparece que o que aponta para esse sofrimento são manifestações do corpo que são visíveis para o outro e demandam dele uma ação. Certamente que o sofrimento das crianças não se resume ao que se passa pelo corpo, mas nesse caso elas funcionam como sinais de que algo está errado, na falta da palavra. Para poder falar do próprio sofrimento há que se poder reconhecer e encontrar palavras que o descrevam e, nesse sentido, a psicoeducação parece auxiliar alguns terapeutas na direção da intervenção.

8.7.5 Psicoeducação necessária: uma estratégia para reconhecer o sofrimento.

Por psicoeducação entende-se a tarefa de transmitir um determinado conhecimento. Proposta que difere da escuta clínica, em que a aposta é que somente o sujeito tem um saber sobre si. Na experiência deste entrevistado, foi a partir do oferecimento de grupos com propostas de temas específicos sobre o sofrimento que alguns puderam se reconhecer e também pedir ajuda. Ele relata:

A gente fez no ano passado um grupo para falar de ansiedade e depressão. E aí muitas pessoas acabaram se reconhecendo, mais

pelos sintomas que a gente foi dizendo do que pelo nome, diagnóstico. Então a gente tem esse cuidado de trazer alguns temas a partir do que a gente observa nos atendimentos, a partir do que as assistentes sociais também nos atendimentos delas sinalizam para a gente. Então, elas falam: "Ah, a gente reparou que tem algumas pessoas que estão apresentando um humor mais triste. Fulano está muito triste e está assim há muito tempo". BR220119.3

Os grupos são a ocasião criada para se estabelecer conversas em que se pode pontuar algo importante sem apontar especificamente para ninguém. Além desses momentos, eles recebem indicação de outros profissionais que puderam perceber algo mais preocupante. Numa dinâmica que precisa se reinventar a todo o momento, a clínica com migrantes se mostra também um terreno no qual existe uma implicação do profissional para além da demanda profissional. O alcance de suas intervenções depende, em parte, da rede que pode estabelecer e de ações mais amplas. Outro tema desta categoria é o valor dessa intervenção, uma escuta que é um ato clínico implicado.

8.7.6 Ato clínico: o potencial de uma escuta ético política

Este tema dialoga com o objetivo deste trabalho no sentido de apontar para as implicações políticas na prática clínica com migrantes. Essas implicações dizem respeito também ao terapeuta, que parece se engajar com esse campo, a partir de certa consciência social que o move. Esse engajamento se dá também com base no reconhecimento dos efeitos socioeconômicos, ou seja, como determinadas pessoas são afetadas pelo lugar social que ocupam. A implicação do terapeuta, como vimos anteriormente, também se constrói ao longo de sua história cultural, familiar e pessoal. Ela é uma escuta de resistência também por se dar em oposição à tendência mundial que é de fechamento de fronteiras, de construção de muros. De acordo com a entrevistada:

O clínico não está apartado dessa grande política e de conseguir produzir resistência a essas lógicas hegemônicas, pensar que na sua intervenção clínica, na sua atuação e na sua escuta tem aí um puta potencial de resistência, de produzir acolhimento, de produzir possibilidade das pessoas se deslocarem, seja do ponto de vista psíquico, e se instalarem onde elas desejarem e conseguirem também se apropriar do próprio projeto, de migrar, de permanecer no lugar que elas acabaram por chegar ou por se instalar. BR131218.1

O ato clínico não pode ser pensado fora das implicações políticas que ele tem. Além disso, o terapeuta também precisa poder reconhecer o potencial de resistência que existe nele. Nesse sentido, a entrevistada aponta para o

acolhimento em contrapartida à tendência hegemônica de fechamento, recusa. No acolhimento existe a possibilidade desse migrante resgatar sua posição de sujeito em contraposição a de objeto que foi forçado a ocupar. Outro entrevistado aponta para a urgência de reconhecer na própria escuta essa posição de resistência. A esse respeito relata: “Eu acho que essas são questões bem urgentes nossas: pensar o acolhimento e pensar uma escuta política e implicada no sofrimento”. BR131218.1

Em sua opinião, para os terapeutas é urgente poder oferecer uma escuta capaz de reconhecer sua implicação política. O lugar do terapeuta na clínica com migrantes é de resistência, de insistência na escuta. A esse respeito relata: “Para mim sempre foi uma arma, um desafio pensar o meu trabalho como psicóloga atendendo pessoas que estão em situações mais vulneráveis.” BR220119.3

Em sua leitura, seu trabalho é pensado como arma. Nessa perspectiva, existe o reconhecimento do valor político do ato clínico. Porque esse viés desengajado permite intervenções que se restringem a via medicamentosa ou por terapias cognitivas comportamentais que podem ter efeito bastante nocivos para o sujeito.

8.7.7 A língua não é impedimento: há sempre algo que se perde

A relação com a língua que apareceu em outras categorias anteriores é trazida aqui como expressão de um manejo em que ela não se constitui como impedimento para a realização da escuta e intervenção. Assim, trago relatos que dizem respeito a possibilidades que ela oferece. Mesmo na clínica em que só se fala a língua portuguesa, o atendimento é possível. A terapeuta compartilha que:

Eu acho que é mais tranquila de lidar, por exemplo, com o impasse da questão do idioma. Hoje, na prática aqui do trabalho, eu só falo português, e atendo pessoas do mundo todo com vários idiomas diferentes. E isso não é um impedimento para fazer clínica. Definitivamente, nesse tempo que eu estou aqui, para mim está claro isso. E claro que eu acho que algumas coisas se perdem quando você não fala a mesma língua, mas acho que outras coisas também surgem e outras coisas que são possíveis são criadas. Então, o idioma, que de repente poderia ser um impasse, é um desafio que eu vejo que dá para mover, entende. BR230119.4

Ela relata que em sua experiência ficou claro que não falar a língua não necessariamente constitui um impasse que impossibilita a escuta. Nessa escuta ela diz saber que há algo que se perde, mas também que isso abre espaço para

outras coisas serem criadas no lugar. O que poderia ser um impasse passa a ser entendido como um desafio. Para terapeutas que têm a psicanálise como arcabouço teórico e prático existe a possibilidade de realizar leituras que elucidam o valor da linguagem na experiência do sujeito. A esse respeito um entrevistado relata:

Eu acho que nesse sentido a clínica lacaniana, que eu estudo bastante Lacan, me ajuda um pouco a pensar de como a linguagem vai atravessando a experiência. O lance com os significantes que vão aparecendo, e que mesmo que não pertençam a minha cultura, a gente faz uma certa investigação sobre o significante que está sendo dito. BR150119.5

O tipo de escuta psicanalítica que privilegia o manejo e a interpretação dos significantes ganha nesse contexto outras formas de operar que não se distanciam muito do tradicional. Ele relata que os significantes que vão aparecendo e que pertencem a outra cultura vão sendo investigados. Nessa relação, há um desencontro que é próprio da interação entre dois. Para outra terapeuta quando as origens culturais são claramente marcadas, esse desencontro parece estar mais exposto. Ela revela o seguinte: "Você pode falar inglês, francês, mas tem alguma coisa que rola de um desencontro, que acho bem importante esse desencontro." BR130219.6

Nesse relato, a entrevistada traz o reconhecimento desse desencontro de duas pessoas na clínica, o que faz parte do próprio dilema da comunicação.

8.7.8 Reconhecendo prioridades: as urgências apontadas

Por ser um campo em contínua constituição, o trabalho com migrantes precisa se dar de forma atenta com as necessidades dessa população, para que o acolhimento clínico possa ser realizado. Essa é uma perspectiva partilhada pela maioria dos entrevistados que enunciaram explicitamente quais são as prioridades. De acordo o terapeuta: "Na rotina do migrante seria importante ter um profissional da psicologia, da assistência social, educador, pedagogo, advogados para atender as diferentes queixas que surgem". BR141218.2

Esse terapeuta propõe um trabalho de acolhimento multidisciplinar em que o migrante teria acesso aos cuidados de vários profissionais. Para isso é necessário ações conjuntas que contam com a intenção e a vontade política para que isso ocorra. A falta de políticas públicas se faz sentir no campo da saúde mental, de acordo com a mesma entrevistada:

Não ter política pública para mim, acredito ser a pior coisa, para ter que lidar com isso na clínica. No país nunca houve nenhuma ação concreta do governo que focasse no acolhimento do recém-chegado, migrante de forma geral, muito menos saúde mental e as perspectivas para o futuro com a mudança de governo não são animadoras. BR141218.2

Além da necessidade identificada, existe uma preocupação real quanto ao governo que gere o país, no momento do relato. Essa perspectiva, compartilhada tanto no Brasil como nos Estados Unidos, é o reflexo de regimes populistas que vêm restringindo o ingresso de pessoas em condição de vulnerabilidade ou dificultando sua permanência no território. A complexidade da realidade que obriga alguém a deixar seu território para buscar proteção em outro é frequentemente desconhecida ou minimizada. De acordo com a entrevistada:

É urgente ao clínico e também é urgente ao profissional que vai trabalhar com saúde mental com essa população, entender a complexidade política e humana em que estão envolvidas as próprias vivências de sofrimento agudo que essas pessoas estão, mas que essa escuta e esse trabalho possam se efetivar apartados da lógica que patologiza, que entende isso como fenômeno despolitizado, como se fosse um fenômeno mesmo de uma patologia própria a condição migratória e que termina por dar saídas muito despolitizantes. BR131218.1

De acordo com a entrevistada, todos os que interagem com essa população devem ser sensibilizados para que conheçam a dimensão da complexidade onde ela se dá. Muitos não sabem e carregam preconceitos em cima da saúde mental, isso é típico da população brasileira como um todo. Em ambos os territórios foi verbalizada a necessidade de haver intérpretes que falem a língua do migrante. No Minnesota existe um número considerável de profissionais que trabalham como intérpretes. Ainda assim o terapeuta relata:

Minnesota state has a pretty well-established track record of working with refugee clients and providing adequate services. But I think there could be improvements in areas, including multilingual staff therapists and access to better trained interpreters and also just trauma awareness campaigns within the refugee community, in terms of trauma, how most people in the refugee community have been influenced by trauma in some way or another. So just more awareness in general is needed⁴⁴. EUA030419.8

⁴⁴ “O estado de Minnesota tem um histórico bem estabelecido de trabalho com clientes refugiados e serviços bastante adequados. Mas eu acho que poderia haver melhorias em áreas, incluindo terapeutas multilíngues na equipe e acesso a intérpretes mais bem treinados e também apenas campanhas de conscientização dentro da comunidade de refugiados em termos de trauma, como a maioria das pessoas na comunidade de refugiados foram influenciadas pelo trauma de uma forma ou de outra. Então, apenas mais consciência em geral é necessária.” (Tradução nossa)

Mesmo dispondo de intérpretes, o entrevistado manifesta a necessidade de haver mais profissionais formados na área da saúde mental para acolher a demanda. Trabalhar com intérpretes pode ser um privilégio, mas ainda não é uma situação ideal, já que a presença de um terceiro pode prejudicar o compartilhamento de informações mais sensíveis. Como vimos na categoria 3A, essa presença tem efeitos, o intérprete pode, muitas vezes, omitir ou interpretar uma fala de acordo com seu interesse.

8.8 4 – EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE – A PRÁTICA CLÍNICA E SEUS DESAFIOS PARA O MIGRANTE NA PERSPECTIVA DO TERAPEUTA

Nesta categoria, identificada com a cor lilás, temos o objetivo de apresentar o que emerge nos relatos dos migrantes na clínica. Se em um primeiro momento me concentrei na percepção que os terapeutas têm sobre o campo e seus desafios, agora se trata de falar no lugar de um terceiro, do migrante. A articulação dessas duas categorias foi desafiadora e, em certos momentos, pareciam misturar-se, porque se trata do mesmo sujeito falante, um representando outro. Entretanto, uma voz se constrói somente em interlocução, porque há alguém ouvindo. Quando não há endereçamento, algo se perde, assim como a possibilidade de se saber sobre o dito. A demanda do migrante é de diversas ordens e busca respostas para diversas questões em lugares distintos. O que articulo neste trabalho é uma tentativa de correspondência entre duas pessoas, duas vozes. De um lado o que foi possível de ser verbalizado e de outro o que pôde ser escutado. Assim, o que trazem os terapeutas configura de certa forma uma resposta que pressupõe uma responsabilidade com o dito. É como dizer: “te ouço!”

Um relato que dá a eles a possibilidade de falar sobre o que foi possível escutar. No quarto ponto das narrativas compiladas, comparecem os relatos que dizem dos desafios e das estratégias mobilizadas pelo migrante na experiência da saúde mental e da adaptação ao novo território por meio do relato do terapeuta. Esse se desdobra em três subcategorias cada uma com seus temas específicos. Esta etapa foi dividida em três momentos. No primeiro tratamos da forma como o migrante responde ao sofrimento apresentado manifestações e construções em torno dessa condição 4A. No segundo momento, abordamos

quais são os suportes que ele mobiliza e os efeitos verbalizados, incluindo a percepção do trabalho terapêutico, 4B. No terceiro momento, verificamos como o migrante refugiado diz navegar na nova cultura, 4C.

Nesta subcategoria agrupamos as falas que dizem respeito às expressões do sofrimento mental, primeiro tema. A busca do suporte nas organizações ou membro próxima figura entre as estratégias comunitárias mobilizadas para enfrentar esse estado, o segundo tema. A criação da familiaridade é o terceiro tema da categoria e se refere ao que conseguem articular para restabelecer esse sentimento.

8.8.1 Temas em números

De acordo com seis dos entrevistados, aparecem formas diferentes do sofrimento mental que dizem respeito ao lugar que ocupam na cultura. Dois terapeutas relataram que o migrante permanece na instituição pela carência que sofre. A tentativa de recriar a familiaridade foi descrito por três dos profissionais como sendo uma estratégia para se lidar com o sofrimento imposto pela distância.

8.8.2 Reflexão

O sofrimento tem diferentes formas de se manifestar e de acordo com a cultura ele também tem um espaço predestinado para comparecer. Cada sujeito, às voltas com seu próprio ideal de 'Eu' produzido no seio de sua cultura, aprende o que é valorizado e o que não é.

8.8.3 Sofrimento na cultura; um lugar condicionado

De acordo com um entrevistado, em algumas comunidades, o estigma do sofrimento mental é grande. A desorganização em que o sujeito se encontra pode não encontrar suporte. A esse respeito, relata:

Eu escuto de algumas comunidades e de alguns grupos que tem muito estigma com a questão da doença mental. A desorganização, ela é muito estigmatizada. A figura do louco em algumas culturas, ela é muito aterrorizante. Quando alguns sujeitos se vêm nessa condição desorganizada, passam por muito sofrimento, eles ficam assustados com eles próprios – dizendo: Meu Deus, eu enlouqueci! – quando são rejeitados na própria cultura. BR130219.6

A cultura pode ser para alguns o único lugar de suporte, e dela vem também a interpretação do que se experimenta quando ela é o único lugar em que se pode procurar respostas. Pode-se dizer que, em parte, dependendo do lugar que a doença mental ocupa numa cultura, o impacto na vida do sujeito é diferente. De acordo com um entrevistado:

[...] nas culturas que são ligadas ao Vodou é frequente que as pessoas mentalmente desorganizadas carreguem o estigma do louco. A pessoa pensa: "Será que eu enlouqueci?" Ou então: "estão me chamando de louco? O que é que eu faço com isso?" Então a figura do psicólogo é um pouco vergonhosa nesse sentido". BR141218.2

A mesma cultura que atribui um sentido e lugar para a doença mental define conseqüentemente como o profissional que trabalha com ela é percebido. Em algumas culturas o psicólogo acaba sendo uma figura vergonhosa. A resistência em procurar e aceitar esse tipo de ajuda é maior. As formas mais ou menos aceitas para se lidar com o sofrimento psíquico trazem outros atores para esse campo. Em se tratando de uma desorganização mais severa, muitas vezes o sujeito é retirado de todo o convívio e fechado em casa ou alguma instituição. No exílio essas expressões do sofrimento podem ter outro encaminhamento, mas quando isso não é possível o sujeito se dirige para aquilo que conhece como forma de lidar com seu sofrimento.

Aqueles que conseguem buscar ajuda se dirigem à família, amigos, associações que de algum modo acolhem e escutam seu sofrimento, dando-lhes um lugar, seja ele qual for. No desamparo radical esse acolhimento faz toda a diferença. De acordo com um dos relatos, a própria família pode indicar ao sujeito que busque ajuda de um psicólogo: "Tem, da família e dos amigos, dizerem: 'Olha, eu acho que você não está bem. Eu acho que você deve ir ao psicólogo'". BR130219.6

Outros recorrem à religião que professavam e que, mesmo no exílio, os acompanha. Eles buscam se filiar a alguma comunidade religiosa porque, além de um lugar para professar sua fé, o que buscam é também se sentir pertencendo a algo maior: "Individualmente, alguns tem o recurso religioso, então vão para alguma comunidade religiosa e isso de algum modo faz eles se sentirem pertencendo." BR220119.3

De acordo com o relato, entendemos que alguns já mantinham essa relação com sua fé. De acordo com outro entrevistado, para serem acolhidos e

receberem suporte: “Alguns chegam a se converter para participar de comunidades religiosas.” Se não for na religião, outras formas de associação estão entre as possibilidades encontradas: “Então, eles conseguem achar algumas comunidades que podem não ser somente as religiosas. Enfim, fazem parte disso, eu acho que quando conseguem também a inserção no trabalho”.
BR150119.5

Para esse terapeuta, a integração de grupos e/ou comunidade se dá quando esses sujeitos se encontram inseridos no mercado de trabalho. Quando se conquista algo, também há possibilidade de compartilhar com o grupo, antes disso é nas instituições que eles buscam recursos. Os migrantes buscam instituições que têm algo a oferecer porque buscam soluções para suas necessidades e privações. A participação dos grupos religiosos e comunidades culturais parece se dar em um momento sucessivo.

8.8.4 O que a instituição oferece faz apelo para muitos: uma articulação com as necessidades

As instituições que recebem essa população concentram no mesmo lugar um grande número de serviços que atendem pessoas que, com poucos recursos, limitam seus deslocamentos para resolver diversas questões no mesmo dia. As organizações e instituições dispõem de gerentes de caso, que se responsabilizam pelo acompanhamento personalizado. Nesse sentido, um dos terapeutas relata:

*They can find us through a case manager. They can find us through a drug addiction agency or an addiction treatment advisor. And they can also find us on the internet or on social media. There are several ways to find us.*⁴⁵ EUA260419.9

No caso específico do Minnesota, agências que atendem essa população acompanham seus clientes de forma personalizada e, além disso, dispõem de um sistema integrado de troca de informações. Nesse sistema, todo gerente, independentemente da instituição a qual pertence, terá acesso aos dados atualizados de seu cliente. Muitos procuram a instituição por passar necessidades básicas e vêm em busca, por exemplo, de comida ou para

⁴⁵ “Eles podem nos encontrar por meio de um gerente de caso. Eles podem nos encontrar por meio de uma agência de dependência química ou de um conselheiro no tratamento de dependência química. E eles podem nos encontrar também na internet ou nas mídias sociais. Existem várias maneiras de nos encontrar. (Tradução nossa)”

encontrar um trabalho melhor. Na percepção da entrevistada, ela entende que a busca por melhores empregos é mais uma razão que está por trás da presença diante do terapeuta. Ela relata:

Eu acho que muitas vezes eles vêm achando que a gente vai dar trabalho para eles, que você vai ajudar. Porque se pensarmos rapidamente no que está por baixo, eles precisam comer e muitas vezes só conseguem um trabalho muito precário de (pausa), de quase ser mendigo. BR141218.2

Eles comparecem porque precisam de uma ajuda concreta, a precariedade em que vivem é o que os mantém ligados de algum modo à instituição. Esperam que dela possam receber o que vai responder às necessidades que carregam.

8.8.5 Busca de recriar familiaridades: estratégias no novo território

De acordo com os relatos, constatamos que no exílio é comum que migrantes busquem recriar familiaridades, como a integração em grupos, busca de alimentos conhecidos ou recriando atividades e práticas da cultura de origem:

Claro, eu acho que tem em comum a procura de buscar alguma coisa do familiar dentro de todo estrangeiro que eles acham dentro do refúgio, então vão buscar aquela batata que lembra aquela cozinha, que eles podiam fazer aquela receita. Então eu acho que a possibilidade de falar em cima das comidas também tem a ver com uma possibilidade cultural, que é o esperado. Eu lembro o pessoal da Bolívia, por exemplo, e da Colômbia, comem muita batata, mas eles vão fazendo algumas questões, então o grupo inteiro da batata que tinham achado onde para fazer qual receita. BR141218.2

Ela traz a ideia de que a busca de familiaridades por meio dos alimentos representa o resgate de um elemento da própria cultura, agora no exílio. O referencial cultural pode ser pensado, segundo outro entrevistado é como instrumento simbólico que serve de recurso diante do sofrimento, assim como a religião ou elementos ontológicos capazes de organizar o sujeito. Ele relata que: “Nesse sentido os referenciais culturais são instrumentos simbólicos potentes, são coisas que tem muito potencial de organizar o sujeito. E eu acho que também é um desafio nosso de acolher”. BR150119.5

Práticas culturais típicas podem fazer essa função de recriar o que é familiar ao sujeito. Para outra entrevistada: “É muito comum, um venezuelano que começou empreender está vendendo comida, alguma coisa nesse sentido, ele vai convidar outro venezuelano para trabalhar com ele”. BR141218.2

Para venezuelanos, começar a empreender faz parte dessas práticas familiares. Antes de tudo no intuito de criar sua subsistência, mas também de poder fazer algo que já sabem.

8.9 4B) SUPORTE E EFEITO - COMO O MIGRANTE PERCEBE O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO E ADERE A ELE (ALÍVIO, SUCESSO, ESTAGNAÇÃO, INSATISFAÇÃO NA TERAPIA)

Nesta categoria agrupamos comentários sobre alívio, sucesso, estagnação ou insatisfação na terapia. O reconhecimento do espaço terapêutico expresso por movimento de aceitação do processo clínico é o primeiro tema. O segundo tema se refere a uma avaliação dos efeitos da intervenção a partir da observação do movimento na aceitação do processo clínico. A oportunidade de mostrar sua cultura também é percebido como possibilidade de superação de barreiras e enfrentamento do sofrimento psíquico, é o terceiro tema da subcategoria.

8.9.1 Temas em números

Verbalizar não representa a única maneira de medir uma intervenção. O movimento de aceitação do processo clínico foi relatado por um dos entrevistados como marca de engajamento nessa prática. Outro terapeuta relatou que, dentre as inúmeras possibilidades de demonstração dos efeitos da intervenção, há os representados pelos momentos em que o migrante compartilha sua gratidão pelas transformações que experimentou em palavras ou até oferecendo um presente. Para outro entrevistado, quando o migrante compartilha algo de si, ele também demonstra afeto.

8.9.2 Reflexão

Sabemos que a verbalização não é a única forma e nem garante a efetividade do tratamento. A efetividade não significa aqui uma intervenção que se alcançou e que se conclui, mas que produz efeito, movimento. Nesta subcategoria em que ainda articulo a difícil tarefa de um falar de outro, do que os terapeutas podem dizer sobre o que os migrantes refugiados relatam sobre sua forma de navegar na clínica, os temas escolhidos buscam descrever o que

está implicado nesse cenário. Há que ter certa cautela quando se fala em efeitos da intervenção que neste lugar tem o intuito de poder reconhecer caminhos. O que de início é entendido como uma resistência ao estabelecimento do laço, no decorrer dos encontros, pode afrouxar. Os efeitos desse engajamento são descritos por uma das entrevistadas como um movimento.

8.9.3 Movimento de aceitação do processo clínico: os sinais do engajamento

Uma terapeuta descreve a percepção desse lugar que era atravessado por uma construção cultural, que dificultava a aceitação, e que com o tempo mudava. Nesse espaço começaram a ser expressos afetos, antes impossível, porque tinham um lugar outro para isso ou porque o sujeito não se autorizava a essa outra, às vezes nova, possibilidade:

Mas o que para mim ficou muito forte dessa diferença cultural é que a gente via, que eu via dentro dos atendimentos mudando e essa aceitação é o que eu falei principalmente em relação aos homens, dessa possibilidade de se permitir sentir, se permitir expressar, se permitir vivenciar o que estava sentindo, se permitir compartilhar o que estava sentindo e ver que tudo bem, que isso me ajuda, que eu consigo prosseguir mesmo sentindo isso, que eu posso chorar e ainda sim dar conta. BR141218.2

A possibilidade de compartilhar os efeitos das intervenções traz para o terapeuta alguns dos sentidos que é atribuído a esse lugar como também do que é esperado quando o paciente compartilha o que alcançou por meio desse percurso.

8.9.4 Compartilhando o reconhecimento do espaço terapêutico: a efetividade da intervenção.

Um entrevistado relata que houve momentos em que o migrante demonstrou seu agradecimento e pôde expressar sua gratidão. As formas encontradas para isso e o efeito desde a relação terapêutica são inúmeras. Ele compartilhou:

Eu tive bons relatos claros de como o atendimento psicológico era proveitoso, tanto de agradecimento, demonstração de afeto, presente, carta, coisas bem específicas de gratidão pelo que a gente tinha vivido nessa experiência terapêutica. BR150119.5

Há aqueles que presenteiam, outros verbalizam o agradecimento. Esse tema traz a perspectiva do reconhecimento do lugar ocupado, o tema seguinte

se refere à observação da aceitação dessa proposta. Nesse espaço terapêutico o poder compartilhar da própria cultura também assume um valor.

8.9.5 Compartilhando de sua cultura: uma equivalência simbólica

Migrantes relatam as dificuldades encontradas no primeiro tempo, após a chegada, quando ainda estavam aprendendo sobre como navegar na cultura. Para superar essa dificuldade, foi verbalizado ser importante criar dentro da instituição espaços para que eles possam se fazer conhecer.

Era o momento que eles ensinavam para gente como dançava, como comia, como festejava. Então a criação desse tempo faz parte de uma estratégia muito importante para eles terem os momentos deles. A rotina acabava sempre muito cheia, com toda parte jurídica, aula de português, médico e tudo mais, então, ter esses momentos deles com eles era muito importante para facilitar a criação de uma rotina, mostrar a cidade, o que eles precisavam em uma cidade, onde era o mercado, onde era a farmácia e assim ir superando as barreiras. BR141218.2

Assim, poder praticar sua cultura tem o valor não só de um dom que é feito aos que testemunham, mas também de reviver e recriar uma certa familiaridade no local de exílio. Numa espécie de equivalência simbólica, ambos, o terapeuta e o paciente/cliente, podem falar de um familiar para que um aprenda com o outro. Para um, esse tem o efeito de o ajudar também a navegar dentro a nova cultura e, para outro, de poder reconhecer um pouco mais a respeito da alteridade que organiza a identidade do sujeito e que vai ser apresentado no tópico seguinte.

8.10 4C) COMO O MIGRANTE NAVEGA NA NOVA CULTURA – DINÂMICAS QUE APONTAM PARA A FORMA COMO OPERAM CONFLITOS E COESÕES ENTRE CULTURAS

Esta subcategoria tem o objetivo de apresentar alguns dos relatos que revelam a forma como esses sujeitos dizem poder navegar por meio da nova cultura. Sabe-se que são inúmeros os desafios enfrentados e que existem, dentre eles, muitas realidades que demandam tempo para ser compreendidas e, eventualmente, internalizadas. Dentre essas experiências, o racismo figura como um dos temas mais recorrentes na clínica. A cultura brasileira como lugar de acolhimento também apareceu para alguns em sua experiência de exílio

nomeada de empatia, o segundo tema. A ausência na clínica é percebida como um sinal de integração do ausente e, portanto, incluímos como terceiro tema. Os conflitos que surgem e que demandam a mediação do terapeuta figuram como quarto tema desta categoria.

8.10.1 Temas em números

A experiência da intolerância e do racismo foi citada por quatro dos entrevistados. No relato de dois terapeutas, citando os migrantes, aparece uma experiência mediada por uma empatia da cultura de acolhimento. Para dois terapeutas, aparece a ausência do espaço terapêutico como sinal de integração. Na vivência de um dos entrevistados o migrante refugiado diz da necessidade de uma mediação desse profissional.

8.10.2 Reflexão

A intolerância com alguns povos faz parte da experiência do exílio. Ela pode vir da população autóctone, como também partir do migrante em relação a algum elemento da cultura de acolhimento que não é aceito na sua própria. Essa intolerância decorre em experiências de racismo em relação a grupos específicos, preconceito de gênero ou religião, por exemplo.

8.10.3 Intolerância: do outro e com o outro

Existem episódios em que uma cultura, por exemplo, a árabe, na experiência de uma terapeuta, não tolera certos elementos da outra cultura e isso causaria conflitos. Ela relata que as mulheres se sentem agredidas pela forma como são abordadas por homens, e homens se mostram incomodados com a exposição do corpo que é proibida em sua cultura.

Por exemplo, eles me trazem situações horríveis que eles contam, mas, por exemplo, alguns árabes que vem e seduzem as mulheres brasileiras porque o árabe tem uma questão com a mulher, sobretudo aquela que mostra o cabelo, que mostra o corpo. Muitas vezes tem situações até como de abuso ou até mesmo agressão com elas. Aquelas mulheres brasileiras se sentem abusadas de alguma forma. E aí também são diferenças culturais. BR141218.2

Existe a necessidade de um tempo para que essas aprendizagens sobre o outro produzam um efeito de tolerância a essas diferenças. Assim como aquele que chega pode experimentar esse choque cultural que produz conflito, ele

também pode ser alvo de racismo e discriminação. Na experiência de uma terapeuta, basta perguntar a eles para se obter relatos de muitas formas de violência dessa ordem. Ela relata: “Perguntando acabamos sabendo do racismo com os africanos, da discriminação racial, o que acontece também com os haitianos, a partir dos árabes discriminação de gênero e maltrato à mulher”. BR141218.2

Os espaços terapêuticos instituem esse lugar no qual se pode falar das diferenças e do incômodo que elas causam. As violências e intolerâncias dizem respeito a grupos específicos como negros ou à comunidade LGBT. De acordo com o relato:

A população LGBT, ou migrantes refugiados negros no Brasil, um país extremamente racista. Mulheres, sei lá eu, vítimas de violência e que chegam num contexto em São Paulo, vão estar em um abrigo misto com outros homens. Então assim, tem grupos que eu acho que estão mais em vulnerabilidade em relação a outros, mas eu não gosto muito de partir dessas grandes categorizações. BR150119.5

Quando em grupo existe a proposta de poder escutar o outro e do que se ressentente, de acordo com a entrevistada:

Os refugiados na terapia de grupo falam muito, por exemplo, dos estigmas, dos preconceitos. O Brasil é vendido para eles lá fora como um lugar de miscigenação, de mistura de raça, de abertura. Todos que vem da África se sentem discriminados por serem negros. BR230119.4

Durante as atividades terapêuticas em grupo é verbalizado o estigma e o preconceito. Alguns se dizem surpresos com o país que encontraram, pois a imagem que tinham anterior à chegada era outra. No entanto, esse tratamento é para alguns e não para todos. A empatia acontece de forma seletiva.

8.10.4 Empatia seletiva: uma experiência para poucos

Em países como Brasil e Estados Unidos o racismo estrutural é uma realidade que permeia as relações e os lugares sociais. Se de um lado existe um grande preconceito com negros, de outro lado aqueles de pele mais clara não têm o mesmo destino. No relato de uma das entrevistadas constatamos que, sobretudo para os sírios, que correspondem a um ideal romantizado de refugiado amplamente noticiado, a relação empática é maior.

A palavra refugiado dá um certo estatuto para o sujeito especial, porque tem um certo romantismo em cima dessa ideia dos refugiados, principalmente depois dessa história da Síria, quando se fala em refugiado a gente parece que as pessoas vêm com outro olhar, um

pouco mais possível de olhar para aquilo como uma pessoa, como ser humano com sofrimentos. BR150119.5

Uma das entrevistadas traz um episódio que ilustra essa realidade em que a empatia promove um olhar que entende o outro como ser humano que sofre. Ela relata:

Esse casal que eu te contei que vieram por conta do bombardeio, eles tiveram bebê aqui, como a gente fazia todo procedimento inicial de tudo que era necessário, de saúde e por aí vai, acaba que teve essa mobilização da cidade. Um envolvimento da cidade muito forte, foi muito especial. Então, eles não passam por essa situação de estigma, de preconceito, pelo contrário, foram muito bem recebidos. BR 141218.2

Essa empatia produz para alguns uma experiência de acolhimento. O casal sírio, que teve um filho e que passava necessidades, comoveu e mobilizou a comunidade, que fez doações e os acolheu. Esse acolhimento não é para todos.

8.10.5 Ausência na clínica: um sinal de integração?

Este tema traz algumas das hipóteses que explicariam a ausência do sujeito migrante da clínica. De acordo com o terapeuta, os adolescentes, por estarem estudando, deixam de comparecer. Ele relata:

Estar estudando, por exemplo, os adolescentes é muito difícil, a gente saber deles no Brasil. Estão registrados aqui, mas a gente não os vê por aqui, eles estão na escola, estão fazendo uma formação técnica, estão fazendo algum curso. Então, a gente observa que à medida que eles vão tendo acesso a esses recursos, isso vai os mantendo saudáveis. Quanto mais integrado, mais saúde. BR 141218.2

A ausência do espaço terapêutico e da instituição, segundo ele, diz do acesso a recursos que também mantêm o sujeito saudável. Quanto maior a integração, mais possibilidades de se manter psicologicamente e emocionalmente organizados. O trabalho é o que dá essa possibilidade para os adultos. De acordo com a mesma entrevistada:

As pessoas conseguem trabalhar, isso também de algum modo mantém elas saudáveis, porque é muito comum quando eles começam a trabalhar, não aparecerem mais aqui, porque estão de algum modo inseridos e tem a ver também com nosso horário de funcionamento e tudo mais, mas as demandas diminuem para a instituição, porque eles conseguiram alguma inserção, então o trabalho de algum modo organiza essas pessoas. BR141218.2

O trabalho insere e organiza o sujeito, alivia as demandas colocadas à instituição, pois na medida em que conquistam sua independência não precisam

mais desse suporte. O trabalho que se encontra no exílio muitas vezes é para realizar atividades mal pagas que não requerem qualificação, em cargos que frequentemente são expostos a cargas de trabalho extenuantes.

Mesmo nessas condições, para muitos é a única possibilidade de reconstruir sua independência financeira. Parte do que eles ganham pode ser enviado aos familiares ou servir para trazer para perto alguns deles. No relato acima foi compartilhado que encontrar um emprego, mesmo que precário, é mais fácil para as mulheres que aceitam fazer trabalhos domésticos, o que é muito popular tanto no Brasil, como nos Estados Unidos.

8.10.6 Mediação de conflitos: a ameaça da cultura outra

Estar em contato com outro diferente transforma o sujeito migrante que, na medida do que não é vivido como ameaça, pode ser internalizado como parte dessa nova identidade. Essas são experiências que aparecem com frequência na clínica na qual o terapeuta é convocado no lugar de mediador. Ela traz o relato de uma mulher e um homem que, depois de dois anos separados passaram por mudanças, razão de seus conflitos. A terapeuta relata:

Recebi uma mulher que está aqui há dois anos. O marido dela conseguiu vir para o Brasil. Quando ele chegou, eles passaram a ter uma série de conflitos porque essa mulher estava diferente para ele, mas também muita coisa mudou para ela. A demanda deles foi em torno disso dos conflitos dessa diferença. Na relação com os filhos também, porque os filhos entram na escola, entram em contato com a nossa cultura, e aí é muito diferente para os pais poderem lidar com a forma como esses filhos são, enfim, logo já conseguem se adaptar e se misturam com isso, do que com esses pais que tem uma resistência às vezes maior de conversar com a cultura e tudo mais. BR141218.2

Os conflitos acontecem também entre gerações diferentes, quando os filhos, mais integrados, absorvem traços da cultura de acolhimento que os pais desconhecem e não sabem como lidar. Os adultos apresentam mais dificuldade para se adaptar ao novo, fato que pode ser atribuído à ideia de ameaça para sua identidade ou até a própria necessidade de preservar algo familiar que garanta o laço com a cultura de origem.

Segue no final deste capítulo um quadro representando os temas com a frequência na qual aparecem e o número de participantes que evocaram o mesmo tópico. Neste capítulo nosso objetivo foi apresentar as diferentes narrativas que os terapeutas experimentam nesse campo. Como pudemos

observar existe uma riqueza de experiências que emerge nas respostas que nos foram acordadas. No Brasil a predominância do atendimento de orientação psicanalítica encontra na figura do pesquisador um eco. Compartilhar do mesmo arcabouço teórico fez que diante de muitas das colocações a reflexão desenvolvida teve o sentido de reforçar a postura adotada pelos entrevistados. Se nesse primeiro momento a articulação dessas falas foi com a reflexão pessoal que elas provocaram em mim, no próximo capítulo a intenção é de trazer sua análise a partir de contribuições teóricas e autores específicos. Nele propomos observar essas experiências à luz da Aprendizagem Transformativa no intuito de alcançar o sentido que elas adquirem para nossos entrevistados. Por fim acreditamos que é por meio desses saberes que podemos construir um conhecimento que permita o avanço de uma escuta que se pretende ética.

8.11 LISTA DE TEMAS, SUBTEMAS E SUA FREQUÊNCIA

Quadro 6 - Lista de Temas, Subtemas e sua frequência

	CATEGORIAS	TEMAS & SUBTEMAS (índice de subtemas percebidos)	FREQUÊNCIA	NÚMERO DE PARTICIPANTES
VÍNCULO COM O TEMA -1	Eventos relacionados a esta escolha (1A)	Ter sido estrangeiro	7	6
		O valor do contexto social e político	4	2
		O valor da cultura	2	2
		Demanda da instituição	6	6
		Proximidade com o tema do trauma	1	1
		Relação com a língua (facilidade/dificuldade)	3	3
		Envolvimento: interesse que nasceu com a literatura	5	2
DINÂMICA TERAPÊUTI-A - 2	Crenças e normas do grupo profissional para se atender este grupo (2A)	Necessidade de diagnosticar o trauma	6	6
		Obrigação do uso da língua local	1	1
		Não existe especificidade do grupo	3	3
		O valor do grupo de terapeutas	2	2
	Tipo de preparo e contexto para atender este grupo (2B)	Não existe uma especificidade de formação	3	3
		Além de uma formação específica	6	6
		Buscou formação por iniciativa própria	3	2
E X P E		Acolhimento como aposta para um laço	6	6

	Experiência do terapeuta e seus impasses (3A)	Angústia do alcance das intervenções	4	4
		Conseguir estabelecer limites as demandas	3	3
		Testar possibilidades	4	3
		A oferta de escuta enquanto convite à fala	5	5
		A complexa relação com a língua	7	6
		Navegar dentre as condições institucionais	2	2
		A precariedade do serviço voluntario	4	3
	Manejo clínico (3B)	Precisa dar espaço à palavra	5	5
		Problematizando referencial - relativizar a própria cultura	3	3
		Desafio da resistência	3	2
		Interpretação cultural	3	3
		O manejo da língua	3	3
	Observações sobre a experiência do migrante na cultura e na clínica (3C)	Descobrem racismo	1	1
		Dificuldade de adaptação	2	2
		Disputa com locais	1	1
		A vulnerabilidade compartilhada	5	5
		Um processo de cuidado	3	3
	Observações sobre o sofrimento mental (3D)	Respeitar o tempo do trauma	5	5
		O apelo do sofrimento	4	4
		Psicoeducação necessária	1	1
		O ato clínico	3	3
		A língua não é um impedimento	3	3
		Reconhecendo prioridades	4	4
EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE – 4	Como o migrante responde ao sofrimento (4A)	O sofrimento da cultura	6	6
		O que a instituição oferece faz apelo para muitos	2	2
		Buscar familiaridades	3	3
	Como o migrante navega na clínica (4B)	O movimento de aceitação do processo clínico	1	1
		Compartilhando – o reconhecimento do espaço terapêutico	1	1
		Compartilhando sua cultura	1	1
	Como o migrante navega na cultura (4C)	O racismo	4	4
		A empatia	3	2
		A ausência na clínica	3	2
		Mediação de conflito	1	1

9 DISCUSSÃO

O projeto de entrevistar, registrar e analisar as experiências de terapeutas que atuam no campo das migrações foi realizado entre os anos de 2017 e 2020. Ele foi finalizado em meio a uma pandemia, durante a qual ouvi relatos sobre a degradação da saúde mental e das condições de acolhimento dessa população, assim como de muitas outras pessoas. No entanto, para os migrantes, o contexto pandêmico vem se somar às dificuldades, tornando ainda mais precário o pouco que existia.

Em nível global, o número de migrantes internacionais vem crescendo rapidamente e, até junho de 2020, chegou a 80 milhões, entre deslocados internos e refugiados, desde a década de 1990. Apesar das políticas migratórias cada vez mais restritivas, o fenômeno não deixa de crescer no mundo todo, bem como as formas nas quais ele se articula em função da instabilidade política, econômica e social em determinados territórios. Segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM), cerca de 200 milhões de pessoas, na perspectiva da mobilidade humana, são diretamente afetadas pelos fluxos de migração.

A manutenção da clandestinidade pode ser entendida como expressão dos interesses de um capitalismo que só funciona a partir da mobilidade controlada. Assim, a arbitrariedade, a escolha, as oportunidades, a origem, a classe social, o nível de escolaridade, o país de acolhimento, o gênero e a cor operam e têm impacto direto na saúde mental daqueles que migram. As políticas discriminatórias, a partir de um processo discursivo, negam a humanidade desses sujeitos pertencentes às minorias, tornando-os *Homo-sacers*, aqueles que não têm direitos.

Resulta daí uma espécie de animalização do homem posta em prática através das mais sofisticadas técnicas políticas. Surgem então na história seja o difundir-se das possibilidades das ciências humanas e sociais, seja a simultânea possibilidade de proteger a vida e de autorizar seu holocausto. (Apud AGAMBEN, op. cit., p. 11⁴⁶).

⁴⁶ Oliveira, Marcos Vinicius Xavier: *Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua*. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7431>. Acesso em: 10.jun. 2020.

A política, na perspectiva do filósofo, passa a funcionar como um instrumento que, ao retirar os direitos dos sujeitos, animaliza-os, criando possibilidades para que sua rejeição aconteça com certo amparo jurídico e legal. Estar no lugar de um sujeito cuja vida não tem valor também retira sua categoria de cidadão. Nesse sentido, são as estratégias políticas que reformulam essa categoria de acordo com interesses que visam a manutenção do controle do sujeito.

Na nova cultura, aqueles que carregam os fenótipos de um estereótipo negro, não tolerado, viverão o racismo pela primeira vez. Outros são vistos como ideal romantizado de refugiado que humaniza, produz empatia, abriga-os de parte da exclusão e da violência, o que de certa forma também é problemático. A grande maioria vive numa situação de precariedade e disputa com os autóctones pelos recursos destinados à parcela da população que se encontra à margem da estrutura social. A precariedade permeia diversos aspectos da vida do migrante, deixando-o vulnerável a agressões que podem deixar sua saúde mental fragilizada.

Neste panorama global, busquei observar e registrar o campo em que os cuidados para com a saúde mental acontecem. Dele tentei descrever as implicações da clínica com migrantes de acordo com minha perspectiva. Esse é um campo que, mesmo diante de esforços conjuntos das diferentes nações, depende muito da vontade política de cada país para que haja articulação de ações realmente inclusivas. Além de causas humanitárias, o interesse em colocá-las em prática encontra suas justificativas nas contribuições econômicas que trazem para a economia local de um país. Assim, a falta de políticas públicas migratórias acaba se refletindo na dinâmica que é possível ser estabelecida, nas estruturas planejadas e oferecidas, até em sua manutenção.

Os serviços oferecidos para acolher essa população sofrem com a falta de investimentos e funcionam muitas vezes com a colaboração de voluntários. As estruturas superlotadas têm demandas acumuladas e prejudicam o atendimento tempestivo. Mesmo com uma lei migratória que visa a proteção das pessoas em situação de mobilidade, resta um grande descompasso entre a legislação e as ações propostas pelas instituições.

Nos Estados Unidos, como os pedidos são feitos fora do país, o impacto da demora e redução no número de acolhidos deixa muitos reféns de violências

e incertezas, presos à espera de um dia começar a viver algo diferente. Outros que têm mínimas condições arriscam-se em travessias e viagens como quem não tivesse mais nada a perder.

Mesmo diante de uma tentativa de sobrevivência, os estrangeiros são perseguidos, aprisionados, recusados ou selecionados a partir de interesses alheios a questões humanitárias. O Estado deixa de se responsabilizar pela criação e investimento em políticas públicas efetivas e inclusivas. Os programas que visam a saúde mental do migrante não são prioridade. No entanto, trata-se de um campo em que se sabe a priori que grande parte dessa população experimentou algum tipo de violência e que precisa de acolhimento. Possivelmente, inúmeras pessoas em situação de vulnerabilidade desenvolvem sofrimento agudo, resultado das violências que, sem diagnóstico, podem deixá-los em estado profundo de desorganização. Portanto, todas as intervenções que podem ser oferecidas tornam-se ainda mais relevantes. Nesse contexto o acolhimento é praticado muitas vezes numa perspectiva de crise. Um corpo que sofreu mais tem mais justificativas para ser acolhido. De acordo com Fassin: "O corpo tornou-se local de inscrição das políticas migratórias, definindo o que chamamos, usando uma terminologia foucaultiana⁴⁷, de 'biopolítica da alteridade'"⁴⁸ (FASSIN, 2001, p.4, tradução nossa). Os países se dispõem a aceitar o migrante refugiado quando este é capaz de demonstrar as violências sofridas, por meio das marcas que seu corpo carrega ou pela sua palavra que relata em detalhe os horrores vividos.

De certa forma, a legalização de permanência desse corpo autoriza humanizá-lo. O migrante refugiado pode, então, ser acolhido quando sua vulnerabilidade pode ser reconhecida. Seu relato minucioso das violências sofridas é registrado com o objetivo específico de autorizar sua estadia no novo território. As narrativas do trauma aparecem pouco fora do relato de solicitação

⁴⁷ De Foucault, a noção de biopolítica aparece no último capítulo da História da sexualidade I – a vontade de saber, de 1976 e de Em defesa da sociedade, que registra o curso no Collège de France também de 1976. A respeito dessa noção podemos ler em (FONSECA, 2014, p.155) o seguinte: "Na biopolítica, a vida é posta como o próprio objeto do poder, tomá-la em seu acontecimento, como nascimento e morte, dominar esses vértices, atuar sobre suas ocorrências ampliando sua duração e controlando seu fenômeno é o plano deste poder".

⁴⁸ "The body has become the site of inscription for the politics of immigration, defining what we can call, using Foucauldian terminology, 'a biopolitics of otherness'". Disponível em: <<https://scihub.se/><<https://doi.org/10.1111/1467-8322.00039>>. Acesso em 09.mar.2020.

do refúgio, como também qualquer avaliação sobre o estado de sofrimento mental do migrante refugiado no Brasil.

Nos Estados Unidos existe há poucos anos uma iniciativa em que todo solicitante de refúgio recém-chegado passa por avaliação psicológica que visa diagnosticar o trauma. Mesmo não sendo realidade em todos os estados, detectar precocemente o sofrimento mental agudo tem fortalecido estratégias que visam acolher e intervir para que essas pessoas funcionem de acordo com o esperado (SHANNON et al. 2012). As propostas que emergem nesse contexto respondem ao objetivo de tratar da saúde mental de forma sistemática para que o sujeito possa funcionar. Tratar da saúde mental, nessa perspectiva, tornou o corpo um território político em que são as marcas que ele carrega que fazem função de palavra. As marcas no corpo adquirem mais credibilidade do que somente o testemunho. O sujeito que pode provar seu discurso marcado em seu corpo tem mais chances de ter sua história reconhecida. Nesse sentido, a saúde mental é um conceito articulado de forma indissociável com o ideal da sociedade que a promove. É um percurso que difere da psicanálise e responde às expectativas de um ideal de felicidade, produtividade, integração etc.

No Brasil, a psicanálise é a abordagem que reflete o referencial teórico da maioria dos terapeutas que atuam nesse campo. A partir da abordagem psicanalítica, a tentativa de restaurar a saúde mental diz respeito a um ato ético perante o sujeito. Sua intervenção não corresponde às expectativas de uma sociedade ou sistema político-econômico. Se de um lado nos Estados Unidos emerge uma intencionalidade na abordagem terapêutica que visa a operacionalidade do sujeito perante o estado, do outro, no Brasil, isso não se dá mesma forma. Nos EUA a pessoa precisa funcionar para trabalhar, pagar o investimento feito para o acolher e também ocupar um lugar na cadeia de produção que não pôde ser preenchido pela insuficiência de mão de obra ou de desejo.

No Brasil a intervenção não é para que a pessoa sirva ao estado, pois a psicanálise não tem essa finalidade. Intencional ou não as propostas terapêuticas são o reflexo do que é valorizado e reconhecido numa sociedade. Seu compromisso convoca o terapeuta a uma constante tensão, que visa não o deixar encobrir as implicações ético-políticas que permeiam e produzem o discurso do sujeito que ele escuta. Portanto a clínica psicanalítica é sempre

política e, conforme aponta Rosa (2004), é preciso que se mantenha como uma prática que visa esclarecer os discursos sociais, para assim problematizar como eles atravessam a subjetividade. Esta é uma das razões, dentre outras enunciadas mais adiante, que me fazem escolher explorar a realidade brasileira, pois me interessa muito mais o que emerge de uma fala que seja política.

Para que isso aconteça, é central poder produzir palavra. E essa palavra precisa aparecer onde ela antes não pôde comparecer, como é o caso da vivência de um evento traumático. Nas experiências em que há uma fragmentação do sujeito, seu esgarçamento, a palavra emerge como possibilidade de produzir uma narrativa. Tendo em vista também que o terapeuta que opera nesse campo precisa ter sensibilidade capaz de incluir outros registros além das palavras nesse processo. Isso porque as formas de sofrimento são expressas diferentemente, a depender do contexto cultural.

Nessa conjuntura política e social de acolhimento e da sua falta, também a clínica está sujeita a diversas restrições de ordem prática. Dentro das próprias instituições, ela pode acontecer sempre limitada por orientações e diretrizes que organizam a intervenção e estabelecem o espaço que lhe pode ser consagrado. Ao dizer espaço, referimo-nos ao espaço físico, em termos de locais onde pode acontecer essa clínica, mas também a outro, no sentido da prioridade que se atribui à experiência da migração e adaptação ao novo. A escassez de recursos e de profissionais sensíveis à questão da migração também opera restringindo o alcance das ações promovidas.

Existem grupos de intervenção universitários promovidos a partir de propostas de projetos ético-políticos que funcionam como vetores tanto de produção de conteúdo teórico como de formação de novos terapeutas. As universidades são as principais promotoras de projetos que entendem a saúde mental como prioritária no processo de adaptação. Juntamente com a sociedade civil, elas se mostram implicadas em debater ideias e estabelecer metas para reconhecer e solucionar desafios desse campo onde “a ausência do Estado é flagrante, a xenofobia institucionalizada exige uma sinergia de ações” (OMOTO, 2019). Outros se fazem presentes onde há ausência do poder público.

As universidades públicas das cidades de Florianópolis, São Paulo e Rio de Janeiro são pioneiras na proposta de atendimentos e na formação de grupos terapêuticos para o atendimento ao migrante. As restrições que se aplicam às

ações do terapeuta somam-se àquelas que o migrante refugiado sofre para obter e realizar um atendimento diante de seu sofrimento psíquico. Considerando todo o contexto, a implicação em um tratamento psicológico pode ser secundária diante das urgências, cuja resolução é prioridade para sobreviver e se estabelecer em um novo país. Em busca de resolver essas urgências, o espaço para se comprometer em uma relação terapêutica fica comprometido.

Conforme pudemos observar nos relatos dos terapeutas, mesmo que em graus diferentes de implicação e desafios, tanto os migrantes que residem no Minnesota como aqueles que vivem no Brasil precisam dar atenção ao que é da ordem de suas necessidades básicas para que sua implicação na clínica possa acontecer. No que se refere ainda aos desafios desse grupo, entendemos que acolher a abordagem psicológica como possibilidade de uma terapêutica representa um elemento que não pode ser minimizado.

Cada cultura procura numa dimensão específica as soluções para o sofrimento psíquico do sujeito. De acordo com Lima (2016, p.56), “o sujeito migrante também tem uma particularidade que diz respeito às formas de sentir e resistir que desenvolveu ao longo de sua trajetória”. Nesse sentido, o autor aponta que “o corpo é o lugar disputado nas angústias, e apesar de serem culturalmente sentidas, elas refletem modos idiossincráticos de interiorização e subjetivação”. Trata-se de um corpo que reflete uma produção “sintomática que responde, de maneira indireta, ao percurso de seus contextos culturais de origem e o seu ‘desajuste’ neste outro lugar que os recebe” (LIMA, 2016, p.54). Assim como alguns dos entrevistados, entendo que esse percurso não tem o mesmo efeito em todos os sujeitos e por isso não podemos falar numa formação específica. Entretanto podemos dizer que o terapeuta precisa reconhecer a complexa dimensão dos contextos que produzem os discursos trazidos pelos migrantes. Ele precisa saber da responsabilidade que tem no lugar que ocupa e que faz de sua escuta um ato ético. Essa responsabilidade que é também de ampliar as vozes daqueles a quem escuta.

Diante ao objetivo geral deste trabalho, registramos as experiências de terapeutas que atuam no cenário descrito acima e que enfrentam diversos obstáculos para poder oferecer uma escuta que seja capaz de produzir algum alívio à dor do sujeito migrante. Essas entrevistas passaram por uma análise a partir da metodologia proposta por Van Mannen, capaz de trazer luz sobre como

essa experiência é percebida por esses atores e de que forma estão implicados nesse fazer.

Este trabalho representa o mapeamento de saberes que podem apontar direções. São as elaborações possíveis que, independentemente de seu território de atuação, esses terapeutas compartilharam de forma generosa. Foram convidados a trazer o que é vivido e como o fazer do ato clínico se faz possível com essa população, mesmo quando se opera com precariedade material.

Na primeira categoria investigamos o que chamamos de vínculo com a questão da migração, em que buscamos investigar as razões pelas quais esses terapeutas puderam atribuir seu interesse em atuar nesse campo. Em alguns casos essa pergunta era eventualmente nova, para outros ela já havia sido pensada. Durante a entrevista foram apontadas diversas razões que explicariam esse vínculo. Para uns, o estrangeirismo vivido no seio das famílias, ou a experiência de ter sido estrangeiro e ainda a de estar em um país de migrantes, atravessado por essa panóplia cultural, residia em parte seu interesse em trabalhar com esse grupo. Nesse sentido algo de uma experiência vivida diz da possibilidade de abrir mão do próprio referencial teórico e cultural para escutar aquilo que vem do outro.

Na segunda categoria, tratamos da dinâmica terapêutica. Nela investigamos a respeito das crenças e normas da categoria profissional ou da instituição, que eles tinham antes mesmo de ir a campo. Nesse sentido, incluímos o tipo de preparo que acreditam ser ou não necessário para atuar junto a essa população. Registramos que para muitos a necessidade de uma escuta que pudesse dar um direcionamento ao sofrimento agudo é fundamental. Há aqueles que, dentro de uma instituição, pedem para que o migrante fale somente português, fato que pode ser atribuído à falta de profissionais formados para tal ou a uma intenção deliberada de auxiliar o migrante na transição para o que agora é o idioma das interações locais. Tanto quando se justifica essa ação a qual precisou ser dado um sentido – a falta de recursos – ou a deliberação, cujo intuito se explica pela necessidade de ajudar na realidade da transição, essa decisão tem efeito, e é fruto de uma realidade diante da qual a resposta é também uma transformação que vem da possibilidade de escutar. Para poder escutar é preciso estar preparado, mas com uma formação que se resume às

especificidades da complexidade do fenômeno. Na opinião dos entrevistados, não uma formação específica que diz do sujeito migrante, mas sim cuidados que precisam estar presentes em toda escuta. Não há uma formação, mas há um suporte articulado a partir de grupos que atuam há mais tempo na área e prestam orientação para outros profissionais. Nesses mesmos grupos percebe-se uma mobilização intensa em prol de novas ações que sejam inclusivas.

Na terceira categoria foram apresentadas as partes das narrativas relativas à experiência clínica do terapeuta, com os impasses próprios dessa clínica. Nela emergiu a ideia de que o acolhimento precisa atravessar a escuta, mesmo diante da angústia do alcance de suas intervenções. Essa angústia foi atribuída em parte à precariedade na qual a população atendida se encontra, e também por não ser possível acompanhar o efeito dessas intervenções. Diante das demandas muitas vezes de ordem prática, o terapeuta precisa conseguir estabelecer limites de sua possibilidade de atender, podendo encaminhar para outros profissionais a resolução de pedidos concretos. De acordo com os entrevistados, todo terapeuta que atua nesse campo precisa estar disposto a renunciar a suas ideias preconcebidas, se mostrar interessado em investigar o sentido que o sofrimento adquire para o outro e preparado para acolher o saber sobre si que sua palavra traz.

Foi verbalizada a importância de testar possibilidades, criando estratégias, já que muito pouco se sabe desse outro que responde a uma alteridade não familiar ao profissional. Também diferente de uma clínica tradicional, o terapeuta oferta sua escuta como um convite à fala, capaz de endereçar assim uma demanda. Conforme aponta Rosa neste tipo de clínica frequentemente:

encontramos sujeitos sob o efeito disruptivo da exposição à manifestação violenta da face obscena do Outro e impactados pela angústia em sua dimensão traumática, que muitas vezes é impeditivo da construção de sua demanda ao atendimento clínico. (ROSA, 2012, p.3)

Como efeito do que estiveram submetidos, muitos deles não estão em condições de endereçar uma demanda e o terapeuta é quem se empresta para que ele possa construir uma resposta metafórica ou um sintoma que lhe possibilite falar de seu sofrimento, (ROSA, 2012, p.3). Foi ainda reconhecida a importância de que o outro saiba que esse é um lugar onde pode encontrar

escuta dentro de seu tempo, pois há momentos em que o trauma pode ser colocado em palavra, mas outros em que seria ainda mais traumático pressioná-lo a falar do acontecido. Existe o entendimento de que o sofrimento é também um apelo diante do qual pode ser necessário ajudar esse outro a reconhecer essa condição de sofrimento, para então oferecer a escuta.

Os impasses são diversos e seu manejo organiza e torna possível um fazer clínico. Nesse sentido, mesmo diante do traumático e dos limites institucionais, os terapeutas verbalizam a importância de fazer daquele o lugar da palavra. Nele há uma aposta de que o sujeito talvez possa passar de uma posição de objeto, na qual foi colocado, para o lugar de sujeito. O terapeuta oferece sua escuta reforçando a importância de poder problematizar seu referencial para, assim, relativizar sua cultura. Ele é muitas vezes convocado a interpretar certos elementos da cultura para seu paciente e nisso poder dar um sentido possível a sua intervenção. Em sua observação da dinâmica do migrante refugiado na cultura e na clínica, ele se torna um importante amplificador de realidades que dificilmente são acessíveis. É diante dessas implicações que a escuta se constitui como um ato clínico ético-político, que carrega uma responsabilidade com o dito que se dá no campo do enunciado. Esta noção foi introduzida por Lacan:

“Lacan, para especificar a relação que o sujeito falante mantém com o inconsciente e com o desejo, discrimina a vertente do enunciado do discurso do ato de enunciação que produz este enunciado. Recorrendo ao campo linguístico para estabelecer uma certa precisão, temos que o enunciado pressupõe uma sequência finita de palavras emitidas pelo locutor. O fechamento de um enunciado é geralmente indicado pelo silêncio que o sujeito falante produz para pontuar sua articulação. O enunciado é produto de uma enunciação, enquanto esta última é produto de um ato individual da língua que evidencia o processo de fabricação - o ato de criação de um sujeito falante.” (SCHAFFER, 1999, p.21)

Trata-se da escuta de um dizer que mantém uma estreita relação com o desejo e com o inconsciente.

A relação com a língua percorre todas as categorias com implicações diferentes. Ora como instrumento diagnóstico, ora como desafio de comunicação e também como afeto. Como pudemos extrair dos relatos, o manejo da língua pode fazer dela um impasse ou um desafio a ser superado. E existe algo da dimensão do afeto que é capturado mesmo quando não se fala o idioma do outro. Desse modo, não falar a língua não é um impedimento para realizar o

atendimento. A língua está posta de tal maneira que representa uma dinâmica perante a qual não existe solução que possa ser oferecida por este trabalho ou por uma iniciativa, *'il faut faire avec'*, é necessário fazer com. Com intérprete, sem intérprete, no recurso da tecnologia, na tradução individual, em uma língua terceira ou até mesmo na língua do território de recepção. A forma como cada um resolve o desafio da língua e escolhe o percurso que considera ser o que pode trazer melhores resultados depende de como o imaginário opera nessa relação ou, às vezes, do limite colocado pela instituição.

Na quarta categoria reunimos as experiências do migrante verbalizadas para o terapeuta. Esse último foi o porta-voz dessas falas, daquilo que serve de suporte do qual lançam mão na precariedade do exílio, ou seja, como navegam na clínica e na cultura do país de acolhida. Nesse novo território, os refugiados buscam recriar familiaridades, por meio da manutenção de certas práticas ou costumes culturais. Para alguns, o distanciamento da cultura de origem é o que permite assumir uma identidade antes rechaçada ou não tolerada. Existem momentos em que, nos espaços terapêuticos, cria-se a possibilidade para que possam compartilhar sobre sua cultura. Essa dinâmica é um movimento de abertura e inclusão do outro que deixa margem a uma espécie de equivalência para também apresentar a cultura local. É quando há esse espaço para falarem de suas culturas que também se abre espaço para discutirem a cultura que os recebe.

Com o passar do tempo, migrantes podem vir a adotar elementos da nova cultura, o que em alguns casos pode ser motivo de conflito. Se cada cultura atribui um lugar a certos aspectos da vida, e sabendo-se que a adaptação ao novo pode ou não acontecer, surgem situações de certo descompasso, em que o terapeuta é convocado a atuar como mediador. Essa convocação é um sinal da legitimação do terapeuta e do reconhecimento do valor desse lugar. Alguns verbalizam sua gratidão pelos efeitos que puderam experimentar nessa relação. A presença e a palavra fazem parte desse dom e do investimento que é feito. Sua ausência também foi verbalizada por alguns dos entrevistados como sinal de uma possível integração. Não se sabe ao certo se, por não buscar essas instituições, adolescentes e crianças possam ser considerados mais integrados, mas sabemos que eles pouco comparecem.

No quadro abaixo apresento as categorias e temas trabalhados:

Quadro 7 - Relação das categorias trabalhadas

VÍNCULO COM O TEMA - 1	DINÂMICA TERAPÊUTICA - 2	EXPERIÊNCIA CLÍNICA DO TERAPEUTA - 3	EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE - 4
Eventos relacionados a esta escolha	Crenças e normas do grupo profissional para atender este grupo Tipo de preparo e contexto para atender este grupo	Experiência do terapeuta e seus impasses Manejo clínico Observações sobre a experiência do migrante na cultura e na clínica Observações sobre o sofrimento mental	Como o migrante responde ao sofrimento Como o migrante navega na clínica Como o migrante navega na cultura

Em nossa análise priorizamos as experiências da realidade brasileira, conforme se verifica nos relatos selecionados no capítulo anterior. Desde o início, este não foi um trabalho que se propunha comparativo, entretanto acreditamos que olhar ao longo do processo para outra realidade despertou novas percepções. Registramos relatos dos terapeutas que atuam no território brasileiro sobre uma clínica que, mesmo diante de sua implicação pessoal, carece de uma estrutura voltada para as necessidades específicas desse público. Nos Estados Unidos existe uma organização que permite a mobilização de recursos de acordo com o número daqueles que serão acolhidos. Esses migrantes podem ter acesso a programas que os sensibilizam à nova cultura, que lhes permitem encontrar moradia e emprego, e que acolhem demandas relativas à saúde mental. No Brasil, para além da carteira de trabalho, do acesso aos serviços básicos de saúde e de um abrigo nos primeiros três ou seis meses após a chegada, são poucas as ajudas ou iniciativas públicas que visam intervir nessa etapa do processo. As ações dedicadas ao atendimento desses migrantes não contemplam um diagnóstico de sua saúde mental desde sua chegada. Os atendimentos oferecidos e realizados acontecem dentro de universidades ou em instituições religiosas.

Observei muitas realidades que entendi serem relevantes para essa discussão, no entanto, nem todas são de competência desta proposta.

Evidenciamos um total de quarenta e oito temas diretamente implicados na prática terapêutica com populações migrantes em situação de refúgio. Dessas reconhecemos que o atendimento a necessidades básicas representa uma prerrogativa para o fazer terapêutico. A questão do idioma se coloca no âmbito do que não pode ser resolvido, isto é, não há uma única solução, pois sempre existirão pessoas que falam línguas diferentes em que um precisará realizar um esforço maior do que o outro para conseguir se comunicar. Em países como os Estados Unidos ou França, com longa experiência de recepção, conta-se com intérpretes que possuem dupla pertença cultural, frequentemente formados para atuar no processo terapêutico, para mediar a comunicação entre paciente e terapeuta. Esse cenário, que parece com o tempo trazer boas possibilidades de escuta e intervenção, também não é o ideal. Em se tratando de um espaço no qual o que se compartilha pertence ao privado, particular do sujeito, a presença de um terceiro não é sem efeitos. A palavra encontra-se prejudicada, nem tudo pode ser dito. Aprender e se familiarizar com a língua do país de admissão a ponto de ela poder portar afeto, a meu ver, é o caminho que melhores possibilidades oferecem a essa relação.

Conforme discutido no capítulo 5, a teoria da aprendizagem transformativa de Mezirow pode fornecer uma estrutura que ajude a compreender as experiências dos terapeutas entrevistados. A perspectiva oferecida permite descrever a experiência desses profissionais em vista de sua proposta de compreender o significado que ela adquire como um guia para a ação. Mezirow definiu a Aprendizagem Transformativa como:

“O processo pelo qual transformamos nossos quadros de referência dados como certos (perspectivas de significado, hábitos da mente, conjuntos de mentes) para torná-los mais inclusivos, discriminadores, abertos, emocionalmente, capazes de mudar, e reflexivos para que possam gerar crenças e opiniões que se mostrarão mais verdadeiras ou justificadas para orientar a ação”⁴⁹. (MEZIRROW, 2000, p. 7, tradução nossa)

Com base na Aprendizagem Transformativa, a interpretação subjetiva dos terapeutas sobre seu exercício e função, construída na realidade que vivem e que está na origem de um aprendizado, é o que está em jogo. Conforme vimos

⁴⁹ “The process by which we transform our taken for granted frames of reference (meaning perspectives, habits of the mind, minds-sets) to make them more inclusive, discriminating, open, emotionally capable of change, and reflective so they may generate beliefs and opinions that will prove more true or justified to guide action.” (MEZIRROW, 2000, p.7)

no quinto capítulo, essa Aprendizagem ocorre quando a percepção da realidade está em desarmonia com a experiência. Trata-se de um momento de crise em que as suposições e crenças não dão conta da realidade experimentada. Nesse processo há a experiência que desencadeia uma crise ou dilema de desorientação, o momento de reflexão crítica sobre a cena e, então, as perspectivas de significação são alteradas. A reflexão, de acordo com essa perspectiva, acontece em três tempos. Primeiro se dá a reflexão sobre a experiência em si, em seguida a reflexão de processo, que são os esforços e estratégias para lidar com ela, para enfim comparar e avaliar a nova experiência perante as antigas suposições, crenças e valores, a chamada reflexão sobre as premissas. Neste terceiro tempo o sujeito constata de que forma a nova experiência pode ser enquadrada nas crenças anteriores, e quando não é possível esse enquadramento, que mudanças são requeridas. Esse processo nem sempre é consciente, e seu tempo varia para cada sujeito e em cada experiência. Existem situações em que é flagrante a crise, portanto também a necessidade de uma reformulação, uma aprendizagem. Outras instalam crises menores que com o passar do tempo deixam a estrutura da crença fragilizada. Em ambos os casos a ação vem a ser o que confirma a operação de uma transformação.

Ainda com base na Aprendizagem Transformativa, identificamos como os terapeutas interpretam sua interação com o campo da migração. Isso foi possível a partir da localização, em suas narrativas, das fases dessa transformação. Todos os participantes experimentaram dilemas de desorientação que desafiaram sua escuta e mobilização na clínica com migrantes refugiados. Cada um pôde estabelecer sua forma de lidar com as questões impostas. Os relatos demonstram uma premissa de reflexão sobre as experiências que levaram à mudança e sua transformação de perspectiva. Embora o sujeito seja capaz de observar, processar e refletir sobre sua experiência, nem sempre ocorre uma mudança na perspectiva, fazendo-se necessário a elaboração de novas estratégias de resoluções de problemas, diante desse cenário.

A discussão dos temas mais relevantes é proposta aqui com base nas teorias apresentadas no quinto capítulo, como também em achados do campo para os quais precisei formular algumas ideias. Os principais temas registrados dizem respeito ao vínculo com a questão da migração, as crenças e normas que

permeiam a intervenção, como a ideia da formação nesse campo, aos limites da intervenção terapêutica e ao manejo da escuta.

A clínica com migrantes é um campo que, a priori, coloca o sujeito diante de um novo que demanda dele um reajuste constante. O terapeuta sabe que cada caso é único. Entretanto, quando a relação terapêutica é estabelecida entre pessoas que partilham do mesmo referencial, as expectativas em relação ao outro também são partilhadas, ao menos em parte. Quando o terapeuta se encontra diante de um outro que opera a partir de outro referencial cultural, existe também uma expectativa, mas ela não é compartilhada. Essa prática clínica com migrantes em situação de refúgio coloca o terapeuta diante de dilemas que desorientam o sujeito que, em certa medida, perde seu quadro de referência perante a cena. Quando seguida de uma reflexão crítica e um discurso racional acerca do vivido, provoca uma transformação, ou seja, uma mudança de perspectiva. A possibilidade de problematizar a cultura é, na minha compreensão, em parte o reconhecimento do limite do próprio quadro referencial em face do outro. Ele representa o momento sucessivo ao dilema que uma crise provoca. Ele é o tempo em que as reflexões podem ser construídas em relação a algo observado.

Inicialmente vamos falar do tema do vínculo com a questão da migração que, para alguns, acontece a partir de uma experiência vivida que abre a possibilidade de uma compreensão desse lugar ocupado pelo migrante refugiado, o de estrangeiro. Trago a ideia da alteridade que não confere com a identidade que não a nacional e cultural para dizer das produções identitárias possíveis introduzida pela noção de pangeia existencial. Em um segundo momento desta discussão, ainda resgatando a ideia de uma aprendizagem que transforma, trago a articulação da recusa da ideia da categoria migrante com a crise do referencial. Para tanto tratamos dos temas que envolvem as crenças, como a ideia de uma formação necessária neste campo ou dos limites que se impõe nele para que o terapeuta possa operar. O terceiro momento é dedicado à articulação da transformação operada por uma crise em que a escuta ética e a relativização do referencial aparecem como sinais da quebra de paradigmas. No quarto momento introduzimos a noção de responsabilidade e escuta ético-política agora articulados em par para resgatar a dimensão psicossocial do sofrimento do qual o terapeuta é testemunha. Ela adquire ainda seu principal

valor quando se faz dela a possibilidade de retirar o sujeito migrante de seu silenciamento.

9.1 PRIMEIRO MOMENTO DA DISCUSSÃO

A ideia do vínculo com a migração, ou seja, as razões pelas quais se atribui o interesse pelo trabalho com migrantes, é pensada a partir de uma experiência que desperta algo em comum entre os sujeitos, terapeutas e migrantes. Nessa crença está embutida uma possibilidade de entender o lugar do outro por ter vivido uma experiência da ordem dos estrangeiridade. Mais do que poder entender sobre o lugar do outro, existe nessa vivência um saber sobre si. Os relatos trazem a experiência de estar no lugar de estrangeiro, de viver numa família de migrantes ou de ser estrangeiro como elementos importantes dessa implicação. A esse respeito, percebemos ser comum na diáspora a organização de pessoas que têm origem cultural diversa. A literatura tem trabalhado as organizações de comunidade diaspóricas a partir das categorias de migrantes sem fazer menção particular àqueles que, de alguma forma, passaram por essa experiência e retornaram ao país de origem. Frequentemente eles fazem amizade com migrantes ou mantêm contato com a comunidade de estrangeiros do país no qual esteve mantendo certa proximidade com a realidade migratória e integrando novas formações. Quando tocado por essa experiência de estar estrangeiro existe a possibilidade de constituir uma identidade para além das fronteiras geográficas e culturais. De acordo com ElHajji (2020) numa troca de e-mail escreve que é possível que:

o núcleo operacional da identidade social que emerge da condição migratória/diaspórica tem o potencial de superar a herança cultural, linguística e/ou religiosa do sujeito ou comunidade migrante. As identidades que dela emergem se consolidam como configurações identitárias individuais ou coletivas predominantemente sociais e políticas, voltadas para a experiência histórica compartilhada.

É a constituição dessa identidade para além da alteridade que em nossa opinião justifica as formações. Essas formações se dão em torno de temas e causas que mobilizam a possibilidade de existir. No novo lugar, as negociações identitárias são perceptíveis nos grupos de migrantes que se organizam em torno de causas como LGBT, *Black Lives Matters* (BLM), grupos de meditação, coletivos de artistas, dentre outros. Esses agrupamentos que mobilizam pessoas de diferentes proveniências, cujas culturas por vezes são radicalmente

intolerantes aos traços que esses sujeitos carregam, dão lugar e suporte a seus integrantes. Existe uma causa histórica e contemporânea que faz a função catalisadora. Uma identidade pode ser autorizada diante de uma alteridade compartilhada e promovida ao lugar de significante mestre por esse coletivo. O traço identitário, que não tem lugar na cultura de origem, passa a ser autorizado nesse outro espaço, instaura assim a possibilidade de uma outra forma de ser. Observando esses grupos, fui percebendo com o tempo que existe algo dessa experiência de ser estrangeiro e de estar no lugar do desamparo radical que diz de uma possibilidade que é dada a todos, mas que nem todos têm a possibilidade de experimentar.

Somos todos diferentes, mas quando nascemos dentro da nossa cultura, ao abrigo do confronto cultural, somos levados a acreditar na ideia de que seríamos todos iguais. Temos sim os mesmos direitos e somos tão diferentes uns dos outros que isso nos faz únicos. Essa unicidade reflete um lugar e olhar que não pode ser inteiramente compartilhado com outros. Podemos até comunicar o que pensamos e como nos sentimos, porém o outro só poderá capturar em parte essa experiência porque não poderá nunca estar em nosso lugar. O valor do contexto social, a problemática do estrangeiro, mesmo que com experiências totalmente distintas do migrante refugiado, resgata no sujeito a possibilidade de reconhecimento de um lugar. Uma experiência que sempre se refere à história de vida do sujeito, a sua cor, ao lugar social que ocupa no país em que se encontra e a sua capacidade de resiliência.

Nascemos dentro da nossa cultura e nela, para a manutenção da dinâmica do próprio grupo, somos levados pelo fenômeno do sentimento de pertença, a acreditar na ideia de sermos um, na possibilidade da unidade. Segundo a autora Raaja Stitou (2007), a questão da origem é necessária para a construção da fantasia compartilhada que é a razão da manutenção do vínculo social. Esta construção imaginária toma a sociedade como uma e compacta. Ela responderia a um único líder, e concentraria uma única possibilidade de identificação e um ancestral comum. Essa crença é contestada pela própria inescrutabilidade da experiência humana, que se refere à impossibilidade de se compartilhar de um mesmo lugar ou história. Mesmo em grupo teremos sempre nossa perspectiva, marcas e lembranças de uma experiência até mesmo quando vivida coletivamente. Somos todos únicos e, portanto, radicalmente sós.

Conseguir reconhecer isso nos oferece a possibilidade de um laço com o outro que não seja edificado sobre a ideia de comungarmos. Esse reconhecimento, que passa pela experiência de se sentir estrangeiro, oferece-nos a possibilidade de nos desfazer de uma ilusão, por certo nos desencantamos, mas ainda assim existimos com nossa singularidade. O valor do contexto social, a problemática do estrangeiro, mesmo que com experiências totalmente distintas do migrante refugiado, resgata no sujeito a possibilidade de reconhecimento de um lugar. Uma experiência que sempre se refere à história de vida do sujeito, a sua cor, ao lugar social que ocupa no país em que se encontra e a sua capacidade de resiliência.

A experiência de ter estado no lugar de estrangeiro ou de ainda estar tem um valor na escolha de trabalhar com essa população, pois aparece no relato de quase todos os entrevistados. Escolho usar o termo “estar estrangeiro” por entender que esta experiência não pode ser tomada na categoria do ser mesmo que venha a impactar a existência.

Esta vivência, mesmo que não possa ser compartilhada porque jamais poderemos ocupar o lugar do outro, traz um saber de um lugar que fora ocupado. Aquele que desconhece o que o outro espera de você. Esse lugar diz da experiência de estar estrangeiro, e tem o potencial de nos despertar da ilusão de que a pertença nos faz um.

As pessoas que estiveram no lugar de estrangeiro compartilham entre si o lugar de uma experiência existencial. É desse movimento que aproxima culturas a princípio distantes que se constitui o que denominamos de pangeia. Esse termo designa um continente único, porém diverso, assim como as formações simbólicas que operam nesse território terapêutico. A ideia da pangeia carrega uma analogia que representa essas formações.

Essa aproximação a princípio de culturas distantes, mas que possuem algo comum da ordem de uma vivência traz um saber sobre si, ao mesmo tempo reconhece não saber sobre o outro ou do que se espera dele. Isso abre a possibilidade de perguntar e não inferir. A ideia da pangeia existencial carrega uma analogia que representa essas formações. Se pensarmos na diáspora como a dispersão de povos, a pangeia existencial representaria essa reaproximação, agora não mais sob a égide das fronteiras traçadas pelo homem, e sim pelo traço existencial compartilhado.

Assim como na diáspora os migrantes se aproximam para fazer a manutenção da cultura, da língua e preservar sua identidade entendemos que quando o entrevistado fala num interesse nesse campo a partir da experiência de estar ou ter estado estrangeiro diz da possibilidade de delimitar um território que de alguma forma contempla sujeitos que compartilham algo entre si, o lugar de uma experiência existencial. Se pensarmos na diáspora como a dispersão de povos, a pangeia existencial representa essa reaproximação, agora não mais sob o signo das fronteiras traçadas pelo homem, e sim pelo traço existencial compartilhado. Chamo atenção aqui para o uso do termo “homem” ao invés de “ser humano”, que é quem organiza, autoriza e deslegitima percursos no universo patriarcal.

Em se tratando daqueles que puderam estar no lugar de estrangeiro e voltaram ao território de origem, essa experiência permanece e marca as escolhas e os sentidos atribuídos ao lugar ocupado e o que se observa dele. Como dito acima, há um saber sobre si que permite escutar o outro. Quando os terapeutas entrevistados relatam que sua proximidade se dá por uma experiência vivida, para mim é dessa experiência que se trata, da profunda e transformadora experiência que é ter estado no lugar de estrangeiro.

No entanto, estar nesse lugar não é uma experiência exclusiva de quem mudou de território ou língua. Para o mesmo entrevistado sua relação com a língua é outro fator que o aproxima desse grupo. Nesse caso a disfluência, sua forma de falar, o faz portador de uma marca audível, que aponta para sua diferença. Ele foi estrangeiro por um curto período e atribui também a essa experiência seu interesse por esse grupo.

A experiência reconhecida por esse profissional como vinculante com seu interesse pelo trabalho com a população migrante passa pela experiência de estar estrangeiro geograficamente e existencialmente. Uma experiência que parece trazer um saber sobre o que estar nesse lugar que pode reconhecer um não saber que funciona perante a alteridade radical de cada um.

9.2 SEGUNDO MOMENTO DA DISCUSSÃO

Como proposto inicialmente, neste segundo momento do percurso da discussão, trago reflexões a partir da teoria da Aprendizagem Transformativa que me permitem pensar sobre o campo da saúde mental com migrantes refugiados

e a transformação que se dá na perspectiva dos terapeutas a partir do manejo dos limites. Nesse sentido, pode-se observar o dilema entre os participantes no que diz respeito às crenças e normas que envolvem essas populações. A heterogeneidade dos percursos de formação dos terapeutas, no entanto, revela uma variedade de maneiras em que essas crenças operam. Para alguns existe a necessidade de uma formação, já outros deixam claro que isso só seria possível se tomada a categoria migrante como pressuposto. Assim, como duas das entrevistadas, essa é uma categoria que recusamos, apoiando-nos nas contribuições de Pusseti (2009). As crenças são referências construídas culturalmente das quais o sujeito lança mão para enquadrar e atribuir o sentido a algo. Para Rosa (2004/2012), elas precisam passar por uma 'crise' do referencial teórico e cultural para que possa ser ofertada uma escuta ética. Essa é uma operação determinante porque é a partir dela que se cria a possibilidade de endereçar uma demanda.

Alguns dos entrevistados relataram a necessidade de uma formação que os prepare para a escuta. Para outros, essa formação é explicitamente algo que diz respeito aos contextos político, social e geográfico. Essas duas percepções podem ser entendidas à luz dos tempos diferentes em que suas perspectivas sobre esse contexto se encontram. O mesmo terapeuta que reconhece que não existe uma formação que dê conta de preparar o terapeuta para essa escuta também articula sua disposição em problematizar seu referencial teórico. A articulação dessas duas premissas se faz necessária para apontar como, para essa terapeuta em particular, é possível observar um paradigma que difere do daqueles que dizem ser necessária uma formação. Em seu relato, a entrevistada demonstra não tratar a categoria migrante como um grupo homogêneo, com características específicas, e sim como pessoas que, em dadas contingências, podem se encontrar psicologicamente fragilizadas. Ela relata que já que não se trata de um grupo, também não há possibilidade de haver uma formação específica para atuar no campo da saúde mental com eles.

Uma das conclusões que eu mais tiro dessa minha fase trabalhando com refugiados é que não tinha um padrão, não teve um discurso único que permeava todos os casos, cada um trazia demandas específicas, traumas em relação a questões específicas, não tinha um único discurso. BR030419.8

Entendemos que nessa afirmação o que está em jogo é esse lugar do saber sobre o outro. Existe um saber sobre si e sua história que somente o sujeito pode enunciar, e isso vale para todos, independentemente de sua cultura de origem. Não existe, portanto, formação que torne o terapeuta mais hábil na escuta desse ou daquele sujeito. Outro entrevistado argumenta:

Não haveria uma especificidade própria da formação, ou seja, são temáticas de pertencimento, da língua, das diferentes culturas, da violência. Ou seja, as diversas temáticas que vão atravessar esse campo são do campo do sujeito. No sentido de que todas as temáticas que a gente trabalha no campo das migrações, na clínica das migrações, são temáticas da complexidade do humano de forma geral. BR131218.1

Em contraponto a essa afirmação, o mesmo terapeuta afirma ser necessário um certo preparo em relação à temática vivida pelas pessoas que se encontram em situação de refúgio. Para um de nossos entrevistados:

Nesse sentido sim, penso que haveria necessidade de uma certa formação, de um certo olhar, de uma instrução. Há determinadas especificidades, que passam por conhecer outros funcionamentos culturais. BR131218.1

No relato de alguns desses preparos fazem referência a conteúdos sobre as contingências, para outros indica algo da ordem de um saber sobre o outro. Essa premissa terá impacto na escuta que poderá ser oferecida e aponta para a manutenção de paradigmas distintos. O encontro com a realidade confronta o terapeuta com crises sucessivas em que seu referencial não dá conta de enquadrar o que observa. A ideia preconcebida a respeito do outro toma o migrante como categoria em si. Essa é também a base de certos cuidados propostos, cuja padronização indica a homogeneização do migrante. A esse respeito Pusseti (2009) escreve:

Os profissionais da saúde não possuem a preparação cultural adequada para se relacionar com os utentes provenientes de outros contextos, e quase não existe colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais. As sondagens europeias sublinham a alta percentagem de mal-entendidos entre operadores da saúde e pacientes imigrantes, mesmo quando estejam presentes mediadores linguísticos; e realçam como o uso da categoria 'imigrante', proposta nesses programas terapêuticos, homogeneiza experiências e vivências que podem ser completamente diferentes [...] (PUSSETI, p. 29, 2009)

A homogeneização é, para o autor, uma das causas de mal-entendidos que comprometem as possibilidades de intervenção. Refutar a categoria migrante é também reconhecer que não existe uma formação que possa

preparar a priori para escutar o outro. Esse posicionamento pode ser entendido à luz da Aprendizagem Transformativa como uma atitude que exige uma reflexão que toma em consideração o outro antes de intervir. Diante desse reconhecimento o terapeuta se dispõe a renunciar a um referencial cultural universalizado. Entendo que assim fazendo ele também estabelece um limite, porém não intransponível para sua intervenção. Ele marca o lugar do qual se dispõe a olhar o outro. A esse respeito nossa entrevistada relata:

Então, eu não conseguiria fazer uma espécie de diagnóstico da população migrante, porque eu acho que eu só conseguiria dizer do ponto de vista mais largo, humano, de dizer de pessoas que estão sendo vítimas de muita violência nos seus países de origem, que impele deslocamento, no trânsito e na chegada nos países mais ricos. É uma violência permanente. BR131218.1

Percebe-se na fala dela um posicionamento claro na forma como o outro é tomado. O que ela faz é recusar uma categoria migrante, mas reconhece a complexidade de eventos que produzem seu discurso. Esse é um campo em que, para avançar numa escuta, exige que o terapeuta renuncie a essa categoria, que é também uma forma de estabelecer um limite ao próprio referencial. Essa dinâmica de estabelecer limites está presente de outras maneiras nesse contexto transcultural. Acima apontamos algo que se refere ao olhar que ele lança sobre o outro e a seguir de um fazer no próprio campo. Para o entrevistado o limite é necessário e é seu papel estabelecê-lo.

Acho que o limite tem que ser colocado e explicado e não é só por tabu, porque eu acho que a gente também não tem nenhuma regra de conduta muito estrita: Não pode me ligar. Não existe isso, mas existem limites sim. Mas isso tem que ser comunicado e explicado. BR131218.1

Essa é, portanto, uma fronteira que precisa ser sinalizada de maneira clara para evitar ruídos na comunicação que, quando transcultural, traz desafios. A fronteira aqui opera enquanto limite. Me parece que ela faz ainda mais sentido em se tratando de um corpo que perdeu a habilidade de estabelecer suas próprias fronteiras, que em certa medida nos é dada socialmente. Na medida em que o terapeuta sinaliza o que se espera dessa relação, o migrante pode escolher como se engajar ou não nela.

Outro limite ao qual ele se vê confrontado diz respeito à autorização necessária para que o terapeuta possa exercer seu papel. Entretanto, nada garante que seu pertencimento à mesma cultura o autorize nesse lugar. Existe

um lugar de um suposto saber⁵⁰ que ele precisa ocupar em relação ao migrante para que possa exercer sua função de escuta. Na clínica transcultural, frequentemente, ele opera diante de uma alteridade desconhecida em parte ou totalmente, a do outro, de uma cultura desconhecida.

Nessa escuta são frequentes os relatos relativos às necessidades básicas dos migrantes refugiados. Existe um tempo em que o trauma pode comparecer. Nesse sentido o limite a ser colocado é aquele que respeita esse tempo. A esse respeito nossa entrevista relata:

É importante poder respeitar o *timing* dessas pessoas. Então eu acho que uma coisa importante é que eles saibam que tem um lugar de referência onde eles podem recorrer, sem que necessariamente ser forçado a isso. Tem momentos em que o trauma pode ser colocado em palavras e tem momentos em que vira mais traumático ainda pressionar essa pessoa a por isso em palavras. então, eu acho que aí tem uma procura que para mim é bem importante a possibilidade de por um limite no qual nós não os tratamos como inferiores, tratamos eles como sujeitos e vamos na direção de conseguir acordar a parte do sujeito deles dentro deles mesmos. BR41218.2

Em todos os relatos foram compartilhadas experiências de um campo no qual é preciso estabelecer um limite à demanda do paciente/cliente. Para possibilitar o fazer clínico, os terapeutas reconhecem a necessidade de deixar claro para o outro qual é o alcance de sua escuta e encaminhar o que está fora desse alcance a quem poderá prover essa assistência.

Confrontados com essas demandas básicas e de ordem prática, entendo que os terapeutas possam vivenciar uma crise em que se torna necessário estabelecer uma outra forma de operar que permita o fazer terapêutico. Diante desse dilema, existem aqueles que alteram sua perspectiva e, portanto, sua maneira de intervir. Para outros a reflexão permitiu aprender como lidar com migrantes sem necessariamente mudar seus quadros de referência teóricos e culturais.

É comum que pedidos práticos apareçam com frequência. De acordo com Rosa (2012), experiências de atendimento com populações em situação de exclusão política e social constituem um desafio no reconhecimento do que ela chama de “enredamento do sujeito nas artimanhas do poder” (ROSA, 2012, p.2).

⁵⁰ Este é um conceito psicanalítico que requer a apresentação da noção de sujeito na psicanálise. Aqui cabe apontar que ele foi elaborado por Lacan (1988). Ele se refere ao imaginário que atribui um saber suposto ao analista. Ele é ainda um: “O saber que só se revela no engano do sujeito” e que ainda assim questiona: “qual pode realmente ser o sujeito que o sabe de antemão?”, se pensarmos que é o sujeito que o revela ao analista. (Lacan 2003, pp. 337).

Entendemos que, nessa fala, Rosa alerta o terapeuta sobre seu proceder na escuta, que deve levar em conta as produções do lugar social em que o sujeito se encontra. Quando falamos de migrantes em situação de refúgio é de se levar em consideração a precariedade do campo social no qual a “constituição subjetiva, desejo, gozo e a dimensão dos laços” estão implicados (ROSA, 2012). Se é comum que os pedidos apareçam no lugar de uma demanda terapêutica, é necessário que, para sua intervenção, esta possa existir. Para tanto, Rosa nos aponta para um lugar no qual são mobilizadas “táticas clínicas [...] que remetem tanto à sua posição desejante no laço com o outro, como às modalidades de resistência aos processos de alienação social” (ROSA, 2012, p.2). A esse respeito registramos a seguinte fala:

Então, vamos dizer, de efeitos que eu vejo do lado de lá, eu aposto nesses efeitos que é da possibilidade de construir laço com esse estrangeiro/familiar que seria eu. Isso como uma certa metáfora de um processo muito mais longo, muito mais complexo que é da própria integração e permanência da pessoa no novo país. BR131218.1

A autora aposta no efeito de uma intervenção que visa a reconstituição dos laços e com eles as leis que organizam o campo social, em que as marcas provocadas a partir de um Outro⁵¹ precisam ser trabalhadas a partir de uma coletividade. Se na intervenção traumática o laço social se rompe porque houve quebra do pacto social, é também a partir do coletivo que ele pode ser reinstaurado (ROSA, 2009, p.497-511).

Se de um lado é necessário ser capaz de reconhecer a alienação social no qual seu paciente se encontra, de outro é necessário que a escuta oferecida se transforme na possibilidade para esse outro de organizar sua demanda. Para aprender a fazer uma outra forma possível de intervenção terapêutica, os participantes enfrentaram múltiplas crises que os forçaram a avaliar e refletir sobre suas experiências e aprender a lidar com os dilemas da desorientação em suas práticas.

Outra crença expressa que chamou minha atenção foi a definição de que, em determinada instituição, o migrante refugiado precisaria necessariamente

⁵¹ Lacan chama a quem é creditado o saber de “o Grande Outro”, e ele funciona como uma referência para a nossa organização subjetiva, que é tecida pelo nosso acesso à linguagem. É a esse Outro que nos dirigimos, como se ele fosse a garantia do bom andamento das coisas, lugar de onde emanaria a verdade última de nós mesmos. Disponível em: <<https://www.psicanaliseclinica.com/outro-transferencia-segundo-lacan/>>. Acesso em 30 de outubro de 2020.

falar a língua local para se comunicar com o terapeuta. Diante dessa proposta, a terapeuta afirma que seriam determinações da instituição justificadas como sendo uma iniciativa que visa ajudá-lo a fazer sua transição, de certa maneira forçá-lo a se comunicar na língua que passa a ser a dominante no exílio. Essa escolha pode ser entendida como uma explicação que, a posteriori, foi atribuída à própria escassez de intérpretes na clínica transcultural. Entretanto, foi compartilhado também que, mesmo quando o terapeuta fala a língua do migrante, essa determinação ainda seria válida. Essa deliberação pode ser vivida como uma violência, enquanto o discurso da instituição diz de uma recepção. Este exemplo é tomado aqui como mais uma realidade em que se faz necessário para o terapeuta estabelecer certos limites. Esses limites se referem ao fazer clínico na instituição. Eles funcionam aqui como sinais diante dos quais há que se estar alerta. Ele precisa reconhecer que a demanda que ele deve acolher em seu exercício é a de seu paciente/cliente.

O fazer clínico com migrantes refugiados parece acontecer amiúde dentro de instituições. Essa condição também estabelece um limite para a intervenção do terapeuta (ROSA, 2004), pois trata-se de interesses e modos de operar distintos. Na instituição, o terapeuta precisa recriar formas de intervenção que possam acolher os sintomas e permitir uma prática que ainda seja ética e política. Além disso, ele circula numa instituição na qual aqueles que ali buscam ajuda muitas vezes não solicitaram a sua presença e trabalho em específico. Sabe-se, no entanto, que para um processo terapêutico acontecer, ele não depende somente do terapeuta ou do paciente. Me refiro neste momento às necessidades básicas que precisam ser satisfeitas e que são de competência do Estado, sem o que não há trabalho terapêutico possível. As políticas públicas dão oportunidade ao sujeito de poder pensar no que fazer consigo e com seu corpo, e isso só acontece apenas quando não precisam pensar em como fazer para continuar a ter/ manter vivo esse corpo. Longe de reduzir as ações políticas de integração social a práticas assistencialistas, os entrevistados compartilharam o que nomeei como prioridades, porque podem restituir ao sujeito migrante sua autonomia e o exercício da cidadania.

Neste ponto fazemos referência à necessidade de renunciar a diagnósticos ou perspectivas patologizantes do que não pode ser compreendido a partir do próprio referencial. Para tanto há que se acolher a palavra do outro,

de seu saber sobre si e de seu sofrimento. Quando não se toma como prioridade este cuidado de não patologizar aquilo que não é compreendido, as medidas podem trazer mais danos do que benefícios. A entrevista compartilha que:

O diálogo com isso é difícil porque a gente precisa entender o que está acontecendo. A instituição quer dar conta disso. No abrigo, por exemplo, se acontece qualquer coisa chama o Samu. Como que é isso? Porque aí tem um conflito. O que é loucura para a cultura? O que não é? Uma pessoa aparece lá dizendo que estava com uma doença de preto, ele disse. Conversando percebi que tinha a ver com uma maldição, que lá na África fizeram para ele. O cara aparentemente via algumas coisas dessa maldição, então a gente fica meio nesse limite do que é e do que não é. BR141218.2

De acordo com a entrevistada, nas instituições, quando uma cena é percebida como surto, a pessoa pode ser medicada, mesmo que seja desnecessário. Essa atitude revela o enquadramento da experiência dentro de uma manifestação psíquica específica, a partir do próprio referencial cultural. Nesse caso, a terapeuta assume que precisa entender o que está acontecendo com esse outro, ela não antecipa uma interpretação sobre a experiência.

Na instituição o profissional precisa, diante da necessidade de se reinventar, ter uma certa margem de manobra para restabelecer uma escuta possível diante do impossível de ser dito. Na medida em que a psicanálise responde à ética do desejo do sujeito, e não às demandas institucionais, ela se posiciona diante de suas práticas de alienação institucionais. Ela se propõe sinalizar quando emergem discursos que são a expressão de mecanismos hegemônicos de poder. A transformação da perspectiva está expressa na forma como se enfrenta a realidade do outro e os limites impostos pela instituição por meio das muitas formas de se fazer esse acolhimento e oferecer uma escuta. Essa oferta não se fixa a uma maneira única de fazer. O profissional lança mão de estratégias capazes de engajar o sujeito. Se o conjunto dessas experiências, avanços e fracassos, pode ser compartilhado em grupos que funcionam como oportunidades de troca, reflexão e inspiração, esses modos, registrados neste trabalho, constituem uma direção de arranjos possíveis.

Existe uma rede em cuidados da saúde para imigrantes. São profissionais de diversas instituições, não só de instituições que atendem o imigrante diretamente, mas também vem profissional da UBR, da região, dos estabelecimentos do SUS em geral, mas vários que atendem imigrantes também. A ideia é que seja coletivo, uma teia para dar um suporte. BR130219.6

Nas redes de cuidados, além dos profissionais poderem se reunir para compartilhar suas experiências e apontar direções, nelas se discute a mobilização da categoria em prol da população migrante. Desses grupos fazem parte, profissionais da saúde mental que também são autores que produzem trabalhos teóricos ricos em discussões.

9.3 O TERCEIRO MOMENTO DA DISCUSSÃO

Este momento da discussão visa articular, à luz da Aprendizagem Transformativa, como a crise opera uma transformação na perspectiva do terapeuta. Ela é possível quando a reflexão permite que o sujeito reconheça que sua escuta precisa estar atravessada por uma ética, de acordo com Lane (2000), dentro da ideia da psicologia social. Ele precisa ainda ser capaz de oferecer um acolhimento que seja capaz de relativizar seu referencial teórico e cultural. Assim fazendo ele estará produzindo uma quebra no paradigma dominante e geocêntrico que sobrepõe seu saber sobre a existência do outro.

Cada país define sua maneira de operar diante desse fenômeno de acordo com seus interesses e crenças. Em países de base democrática, o acolhimento desse outro, nascido além das fronteiras de sua soberania, não se pauta no princípio de isonomia, pelo qual todos deveriam ser considerados iguais perante a lei. Entretanto, espera-se de um Estado democrático uma forma sociopolítica que promova igualdade, liberdade e legitimidade. Desde o início desta pesquisa em 2017, percebeu-se o crescimento e fortalecimento de organizações em redes de acolhimento ao imigrante, por meio das quais são oferecidos um conjunto articulado de recursos. Essas iniciativas, que em sua maioria partem da sociedade civil organizada, juntam esforços às ações de organismos internacionais, universidades e instituições religiosas.

No que diz respeito à prática terapêutica com migrantes refugiados, trata-se de uma psicologia que se insere no âmbito social. O fazer da psicologia como um todo tem como objetivo a transformação da realidade para oferecer condições de vida dignas para todos aqueles que necessitam e buscam. Em se tratando da psicologia social, esse compromisso resgata a historicidade do sujeito. De acordo com Lane (2000), o conhecimento e a profissão deveriam estar a serviço dessa transformação. Referindo-se à psicologia social, em sua perspectiva, ela tem o compromisso de “recuperar o indivíduo na intersecção de

sua história com a história de sua sociedade. Apenas este conhecimento nos permitiria compreender o homem como produtor da história” (LANE, 1984a, p. 13).

Esse compromisso é entendido como uma proposta capaz de reconhecer esse sujeito como produto de uma intersecção de fatores econômicos, geográficos, sociais e certamente históricos. Esse resgate é, segundo a autora, o que possibilita restituir ao sujeito a autoria de sua própria história. Nesse sentido, psicologia social toma a mesma direção da psicanálise, em relação a um campo compartilhado, no qual ambas promovem um caminho para que o paciente transite do lugar de objeto para o de sujeito. No entanto, ela alerta que todos possuem seus valores e que sua construção precisa ser investigada e compreendida pelo terapeuta para que qualquer transformação ocorra. Ela relata que é necessário poder:

“esmiuçar como se dão os processos, não só na formação de valores, mas na mudança de valores. Sem esquecer que eles vêm carregados de muita história, a familiar, a social e não é fácil mudar. A não ser que a pessoa assuma, realmente, uma reflexão crítica.” (LANE, 2000, p.3)

Os valores e a história de cada um é o que representa o conjunto das diferenças entre os sujeitos. Sua investigação é uma maneira de falar, conhecer e eventualmente superar o que sem palavras constituiria uma barreira intransponível. Assim como na Aprendizagem Transformativa de Mezirow, vemos que, para a autora, uma mudança é possível quando surge um dilema para o sujeito.

Essas observações sobre a transformação operadas no sujeito, a partir de uma reflexão, podem ser pensadas no âmbito dos próprios terapeutas, que também se veem confrontados com realidades que os deixam desorientados, sem direção. A reflexão que se sucede é o caminho para a construção de um novo referencial, portanto, uma forma de entender a cena. De sua intervenção se espera uma transformação social que se dá a partir de seu compromisso ético: “Se assumirmos que a transformação social só se dará eticamente, quem mais do que nós, psicólogos, tem essa arma na mão? É exatamente esse pensar ético que deve estar presente onde o psicólogo estiver atuando.” (LANE, 2000, p.3).

É prerrogativa de toda transformação, portanto, um compromisso ético que permeie o conhecimento e o ato de intervenção clínica. Nesse sentido, a

prática de uma escuta terapêutica da população migrante refugiada, sobretudo no território brasileiro, acontece diante de uma quase total inação do Estado, o que faz dela uma intervenção de muito valor e sentido. Ela parte de uma iniciativa de quem reconhece que sua escuta é um ato de responsabilidade ético-política.

É possível perceber nos relatos uma implicação que vai além de seu compromisso profissional. Me refiro aos terapeutas entrevistados que compartilharam práticas implicadas, mas seria ingênuo pensar que isso se dá para todos aqueles que atuam nessa área. A preocupação desses profissionais aparece em falas que sinalizam a falta de ações concretas do governo dirigidas à recepção do recém-chegado, migrante de forma geral, ou a sua saúde mental. Um dos entrevistados relata:

Aqui em São Paulo tem isso, no âmbito municipal a gente tem abrigos para imigrantes, tem ações básicas iniciais, mas elas precisam se integrar e eu acho que faltam muitas ações no sentido de integração de imigrante. Ações nas escolas, no âmbito da educação, da saúde. BR230119.4

Fortalecendo o discurso do terapeuta anterior outro compartilhou que:

Então, a gente não tem política pública pra isso, então, toda vez que vai fazer um documento, desde a coisa mais simples até a mais complexa é tudo muito difícil. E aí, todos esses impasses e essas barreiras que essas pessoas encontram, causam muito sofrimento. Então, não ter política pública pra mim, acho que é a pior coisa, para ter que lidar com isso na clínica. Então, o que traz sofrimento é não conseguir um atendimento de saúde, não conseguir emprego. BR131218.1

O terapeuta enfrenta diversos problemas, reflexo da falta de estrutura, que não necessariamente podem ser atendidos na clínica. Porém, dentre aqueles que foram pontuados como de sua competência, está o acolhimento do outro. Esse acolhimento pode ser pensado dentro de um tempo cronológico como o primeiro momento e o mais importante para o que pode suceder. Nele, como foi dito, há que se renunciar a ideias preconcebidas a partir de sua cultura e, para tanto, alguns apontam para a necessidade de se problematizar o próprio referencial teórico, desconstruindo a ideia de universalidade de suas referências. No relato de uma das terapeutas há que poder perguntar e não inferir sobre o outro. Ela faz o exercício de se colocar no lugar de estrangeira, daquela que desconhece sobre o outro e que, portanto, precisa dele para guiá-la na compreensão e sentido que atribui ao vivido.

[...] eu tento ser estrangeira e me perguntar sobre esses costumes, perguntar isso para eles também e não dar por subentendido muitas questões e poder entender que nós temos uma compreensão do mundo que também é cultural, nunca é consciente disso. Então, poder aceitar que nunca pensamos nisso e que temos que por isso em palavras para entender e não achar que com minha cabeça eu vou entender o que está acontecendo com o outro. Poder perguntar. BR220110.3

A não renúncia ao próprio referencial teórico pode conduzir o profissional para um enquadre distorcido do fenômeno observado. Em uma situação compartilhada na entrevista, o terapeuta disse que as ações de algumas mulheres africanas não foram compreendidas e que isso culminou num certo julgamento por parte de outros integrantes do grupo terapêutico. Ela explicou que naquela cultura existe o hábito de se deixar as crianças chorarem. Tal comportamento foi entendido, a posteriori, como uma forma de proceder que convoca outros a intervir. Na cultura dessas mulheres as pessoas da comunidade compartilham a responsabilidade pela educação das crianças. Inicialmente esse comportamento havia sido entendido como um desleixo e falta de cuidado. Nesse caso, os terapeutas falaram sobre a necessidade de problematizar e estrangeirizar seu referencial e, assim, poder relativizar sua própria cultura.

Acho que trabalhar com migrantes me põe permanentemente nesse desafio e nesse exercício que é ter uma escuta que consegue perceber aquilo que vem de um outro lugar, pela diferença, que correlativamente produz estrangeiridade em mim, né, produz diferença em mim. Então, faz com que eu também tenha que, vamos dizer... estrangeirizar aquilo que é muito materno a mim. BR150119.5

Ela reconhece que é um desafio poder se manter nesse exercício constante de estrangeirizar sua cultura em si e ainda conseguir capturar o que é do outro. Esse trabalho exige um esforço permanente não só no olhar que se lança mas também no que o sustenta.

Nesse relato é possível reconhecer a importância da renúncia do próprio referencial cultural. Além disso, há o alerta sobre a disposição em reinventar-se para realmente acolher a palavra do outro ou o que pode comparecer em seu lugar. Acolher parece significar receber na adversidade e na diversidade, realizando um esforço de buscar, por vezes numa tarefa educativa, recursos que deem suporte à escuta.

Diante da prática comum de se considerar a chegada do migrante como uma invasão, acolher se constitui numa lógica de quebra de paradigma, porque

se opõe à atitude dominante. Por essa razão, podemos tomar essa oposição como uma transformação que se produziu a partir da aprendizagem, conforme proposto por Mezirow. O acolhimento rompe com a perspectiva das fronteiras, das nacionalidades, do pertencimento ao local onde se nasceu e da lógica que então vê o outro como estranho, estrangeiro, invasor, o que não fala a língua, o que não sabe as regras. Nesse sentido, verificamos o relato:

É prioridade hoje poder pensar um acolhimento que seja humano, que seja solidário, que reconheça o outro como igual, não na lógica hegemônica que é da expulsão, que é a dos migrantes como populações invasoras, resto, e que devem ser só impedidas e em última instância mortas, se a gente pensar o que vem sendo feito.
BR220119.3

O acolhimento oferecido na escuta clínica de refugiados é pensado pelos terapeutas como um ato com potencial de resistência à lógica dominante de exclusão. Na medida em que pode produzir um laço, ele é a possibilidade de deslocamento psíquico e físico. Nesse sentido, uma entrevistada descreve como pensa em seu trabalho: “Para mim sempre foi uma arma, um desafio pensar o meu trabalho como psicóloga atendendo pessoas que estão em situações mais vulneráveis.” BR 220119.3

Mesmo dispostos a acolher, existe um limite no alcance de sua intervenção, que requer poder explorar caminhos novos na oferta de escuta, na construção do laço e no *setting* proposto. Esse é um fazer que pressupõe arranjos clínicos. Nele o terapeuta convida o outro para a fala, oferecendo sua escuta mesmo antes da demanda aparecer. Esse modelo em que se oferece a escuta antes da demanda é comum na psicologia hospitalar, onde os pacientes, tomados pelo sofrimento, encontram nessa oferta a possibilidade de falar.

Nessa experiência que a gente faz lá, que é uma experiência de corredor, muito parecida com a experiência em hospitais que eu tinha tido, em hospital clássico, de que você passa nos quartos e leitos, e que não é uma demanda, como a que recebo no consultório quando alguém me procura, quando alguém te liga e fala: "Estou com um problema", ou, "Estou precisando de alguma ajuda específica. Você pode me ajudar?"
BR150119.5

Suas propostas se mostram preocupadas com as diferentes dimensões desse sujeito, o que reforça a ideia de que sua escuta seja mediada por uma ética comprometida com o desejo do sujeito, e com a possibilidade de reconstruir um laço. A esse respeito nosso entrevistado comenta:

Principalmente se a gente pensar a questão do traumático que é justamente a ruptura do laço, pessoas que perderam a confiança no humano, perderam a confiança no outro pela violência, a oferta de escuta de um analista é uma oferta de laço, é uma oferta de confiança, de alguém que produza reconhecimento humano no outro e que possa haver novamente uma restituição de laço, de confiança, de par. BR131218.1

Esse é um investimento necessário para que o sujeito migrante tenha oportunidade de se restabelecer no novo território. Entendemos que é nesse acolhimento, que se opõe a lógica da recusa, que a transformação paradigmática da experiência ocorre. A escuta é a oferta de um espaço que acolhe a palavra. No que se refere à saúde mental, ela precisa abster-se de uma patologização do fenômeno migratório renunciando a toda generalização universalizante. Assim fazendo, essa escuta também se distancia da tendência que criminaliza, persegue e cerceia a mobilidade de determinadas populações. Nossa entrevistada se refere ao acolhimento conforme segue:

No que se refere mais à questão de saúde mental de forma mais específica, é urgente também uma escuta de acolhimento que não produza efeito de patologização, como uma problemática que se desdobra um pouco do discurso que criminaliza as migrações, também tem o discurso que patologiza as migrações. BR150119.5

Subverter essa lógica é também estabelecer um novo paradigma. Esta me parece uma das contribuições mais importantes que o terapeuta traz para esse campo. Nesse ato o profissional assume a responsabilidade de se opor ao modo dominante de operar. Oferece a esse semelhante de uma cultura distante a possibilidade de encontrar seu lugar no novo território.

9.4 QUARTO MOMENTO DA DISCUSSÃO

Nesta última etapa da discussão temos o objetivo de continuar sinalizando momentos que apontam para uma Aprendizagem Transformativa na escuta que aqui articulamos com as noções de Ética e Responsabilidade, propostas por Levinas (2000, p.80). Esta articulação tem o propósito de resgatar o sujeito do silenciamento que lhe é imposto e cujo sofrimento é o efeito da dimensão psicossocial na qual está inserido. De Sawaia (2014) resgatamos a dimensão psicossocial do sofrimento a partir da introdução do binômio do conceito ético-político. A escuta é também o que, na perspectiva de Rosa (2009/2012), é capaz de retirar o sujeito do silenciamento no qual se encontra. Esse movimento em que o terapeuta se compromete e se implica perante uma escuta ética é o que

para Freire (2019) estabelece como um horizonte para a luta necessária a toda transformação social.

Nessa etapa buscamos reflexões sobre a experiência, de processo e sobre as premissas para conseguir apontar para a aprendizagem. No entanto, foi difícil localizar em suas falas esses tempos que refletem perspectivas distintas de uma realidade no mesmo sujeito perante o tema da responsabilidade ético-política da escuta, pois as coisas se confundem. No entanto, para demonstrar essa distinção, proponho uma comparação das perspectivas dos terapeutas na maneira como fazem referimento a seu campo de atuação. Nesse sentido, pudemos registrar que, para uma das entrevistadas, a posição abstinentemente do analista estereotipado, não funciona nesse campo. Em sua experiência, o analista precisa tentar entender a realidade, o contexto e os recursos próprios de cada um. Mesmo quando o recurso do analista e do arcabouço psicanalítico é a palavra, ela reconhece que outras culturas podem convocar outras formas de representação que usam o corpo ou outros tipos de imagética. Portanto, é preciso oferecer uma escuta capaz de incluir essas outras formas de expressão. A esse respeito, ele relata que:

Há de se ter alguma sensibilidade e abertura do que for sendo produzido por outros registros, penso eu. Exige do analista uma postura diferente. A gente não pode pensar nesses contextos tanto de diferença cultural quanto contextos de vivência traumática a partir de uma posição neutra do analista. Não é disso que se trata. É um pouco a gente tentar entender a realidade, o contexto e os recursos próprios de cada um. O recurso teórico da psicanálise é pela palavra, mas tem algumas culturas e algumas pessoas que vão convocar outros recursos que não são a palavra que pode ser, sei lá eu, outras formas de usar o corpo, outros tipos de representação mais imagética. BR131218.1

Nessa colocação está explícita a implicação “ético-política” do terapeuta perante a escuta oferecida. Esse termo, proposto por Sawaia em 1999, permite pensar o sofrimento dos sujeitos como desprendido de categorias cristalizadas, isto é, incluindo a dimensão psicossocial em seu contexto sócio-histórico. Se de um lado sua proposta visa falar do sujeito em sofrimento, neste trabalho a usamos para refletir o ato clínico da escuta. Sua proposta era abrir para compreensões que reconhecessem a historicidade do sujeito e de seu discurso (SAWAIA, 1994, p.51, apud BERTINI, 2014, p.61), o que também pode ser pensado para os sujeitos terapeutas. Essa noção equivale, nas contribuições de

Sawaia, ao processo de conscientização que é racional e afetivo, naquilo que chama de unidade dialética:

“Conhecimento, sentimento e consciência constituem, portanto, uma unidade dialética inerentemente ativa. Quando essa unidade é quebrada, cristaliza-se a consciência, rompe-se o nexó psíquico-físico na atividade, bloqueando-se o movimento da consciência.” (SAWAIA, 1987, p. 296, apud BERTINI, 2014, p.61).

Para o autor existe uma unidade dialética ativa entre conhecimento e sentimento que movimenta a consciência. O ato do conhecimento, trazer à consciência, nessa perspectiva, pressupõe uma responsabilidade em que o sujeito terapeuta está ativamente implicado por meio do manejo. Na intervenção, no fazer clínico dos terapeutas, existe essa responsabilidade que é reconhecida nas palavras de alguns dos entrevistados e que é mediada pela ética. Trata-se da ética da escuta que, na clínica psicanalítica, remete à responsabilidade do que fazer com o que fora escutado, mas também remete à alteridade. No entanto, esse não é o caso de todos os entrevistados. Uma maioria demonstrou nos relatos de sua prática uma implicação, uma preocupação com a responsabilidade do que fazer com sua escuta. Poucos foram aqueles que não mencionaram essa perspectiva, ou que não reconheceram a responsabilidade ética de seu papel.

Evocando o papel da ética, neste trabalho também me refiro a uma implicação presente em toda relação intersubjetiva. Quando há dois envolvidos, como na relação do terapeuta com seu paciente/cliente, ela está implicada, reconhecida ou não, pelos interlocutores. Essa noção faz sentido aqui quando penso numa prática clínica que, na escuta do outro, se transforma e reinventa a partir de uma crise, um dilema, uma reflexão e um reajuste da perspectiva. O ato da reflexão é imprescindível para a Aprendizagem Transformativa, porém há que se estar alerta para não fazer dela um ato que exclui o outro desse processo, nomeado como autossuficiência por Levinas (2000, p.80). O racionalismo proposto pelo autor só é válido quando há o reconhecimento desse outro, que comparece na relação como incógnita, com seu eu pelo qual somente ele pode responder. A falta desse comparecimento também implicaria na ausência de uma ética na relação.

A ética é, para Levinas, o que pode resolver os problemas das relações humanas (2000, p.71-72). Trata-se de uma ética que se funda no princípio da

responsabilidade irrecusável que todo sujeito tem perante outro, diante do qual nenhum sujeito deve ser indiferente. Ela não responde à moral de uma sociedade ou sistema, mas é o próprio fundamento absoluto da existência do ser humano. A esse respeito: “O único valor absoluto é a possibilidade humana de dar, sobre si, uma prioridade ao outro.” (LÉVINAS, 1991, p. 119, apud PAIVA, 2012, p.136).

Essa prioridade que se deve dar ao outro é a responsabilidade que faz assumir e reconhecer de forma ética a alteridade. A responsabilidade existe antes mesmo da intencionalidade, ela é a estrutura primeira, essencial e fundamental da subjetividade. Neste trabalho, a responsabilidade se aplica às relações entre terapeuta e sujeito migrante refugiado mobilizada no ato de acolher.

Hoje a questão mais urgente é pensar acolhimento. E o clínico não está apartado dessa lógica de pensar acolhimento, de pensar a acolhida perante nessas lógicas todas de muro, fronteira, expulsões, mortes, naufrágios e impedimentos de que as pessoas se desloquem e cheguem aonde elas querem chegar. BR131218.1

Em seu relato, o entrevistado evoca essa responsabilidade quando reconhece em seu papel o valor de acolhimento que tem o objetivo de restituir a palavra ao outro. Ela afirma que o sujeito poderia, por meio disso, apropriar-se do próprio projeto de migrar ou permanecer. Relata ainda sobre a necessidade de que essa oferta seja solidária e que reconheça o outro como igual, alheio à lógica hegemônica em que os migrantes são percebidos como invasores. Novamente, nesse relato, percebe-se que o que ela propõe é uma relação, e uma escuta ética é aquela capaz de reconhecer o outro como igual, conforme propõe a lógica leviniana, que oferece a possibilidade de retirar o sujeito do silenciamento que lhe foi imposto. Diante do silenciamento é necessário fazer essa palavra retornar num sentido diferente do burocrático, da formalidade. Dando voz às suas palavras podemos ler:

Acho que tem que ter um pouco dessa disponibilidade de você ser esse cara que escuta e que de alguma forma faz com que essas histórias sejam repassadas. Então, acho que está acordado deste acolhimento é importante, porque retira um pouco o sujeito dessa coisa quieta, um silenciamento que a gente percebe; o sujeito meio silenciado. Então, fazer essa palavra retornar me parece razoável, sem só esse o viço burocrático, porque é em torno disso que esse negócio fica inscrito muitas vezes, documentos, papéis e formalidade. BR141218.2

Todo trabalho nesse campo deve privilegiar a “reconstituição de um laço social” e a elaboração de “estratégias que visam restituir um campo mínimo de significantes, referidos ao campo do Outro, para que possam circular, o que permite ao sujeito localizar-se e poder dar valor e sentido à sua experiência de dor, articulando um apelo que o retire do silenciamento” (ROSA, 2012, p.4). Na contribuição de outro terapeuta:

A palavra é central para psicanálise, a gente está às voltas com atendimentos em que nosso objetivo, nosso horizonte é a palavra, é produzir palavra porque se a gente pensar em um acontecimento traumático aquilo que produz é justamente a falta de palavra para dar conta do que aconteceu, para produzir uma narrativa. O trauma se caracteriza justamente por essa infração da palavra. BR131218.1

O que pode mediar a reconstituição do laço é em si um ato transformador. A pessoa que escapou de tantos horrores e foi tomada pelas urgências do dia a dia, que envolvem sua sobrevivência, pode apresentar o que Rosa (2009, p.497-511) chama de “fixação ao instante traumático”. Um mecanismo que, por sua vez, é resultado de certas condições sócio-políticas. Diante dessa condição, a responsabilidade do terapeuta é de poder restituir a palavra ao outro. “A fixação ao instante traumático promove uma resposta subjetiva bem específica, a saber: o silenciamento, a mordada da palavra. Assim, uma constante nessas situações é o silenciamento dos sujeitos [...] (ROSA, p.497-511). Quando a escuta oferecida consegue alcançar o objetivo de retirar o outro do silenciamento em que se encontra, ela é transformadora. Na medida em que se opõe ao paradigma dominante, que é o de silenciar esse sujeito, se caracteriza como mais uma evidência de uma transformação que pode ocorrer no campo.

A escuta oferecida na clínica com migrantes refugiados, ou na clínica do traumático, de acordo com Rosa (2009, p.497-511), pressupõe desafios. Em seu manejo o terapeuta oscila entre a angústia pela qual seu paciente está tomado e o luto do que fora perdido para que o desejo do sujeito possa comparecer. Ele precisa poder lidar com a solidão a qual muitas vezes é confrontado quando o migrante refugiado não comparece. O terapeuta se presta ou se empresta nesse jogo simbólico para estar ali, quando o resto muda com rapidez e de forma imprevisível. Nesse sentido uma das entrevistadas compartilhou da ideia de que na instituição, que funciona também como abrigo, ambos ocupam um lugar semelhante.

Então, de alguma forma, a possibilidade de eles repetirem a transferência, aquele vai e vem, se perde e se encontra, mas sabendo que vai ter alguém fixo que vai estar aguardando por eles. Então essa é uma das características ao ponto que nós sempre pontuamos, que os terapeutas têm que tolerar a possibilidade da solidão também, às vezes eles estão aguardando e não vem ninguém, outras vezes vêm todos, podem vir uma vez e não voltar nunca mais. BR131218.1

Valendo-se dessa lógica, tanto o morador como a terapeuta ocupam um lugar de estrangeiro à instituição. Seria, então, nesse lugar de estrangeiro que o encontro com o semelhante se torna possível. Nesse encontro um grupo vem de fora para atender, mas tem um lugar instituído. O terapeuta oferece com sua escuta uma possibilidade de laço, uma aposta para quem está em muito sofrimento e isolamento.

Numa das experiências compartilhadas a terapeuta relatou que:

Nesse campo tem uma série de questões de coisas que fazem parte da própria clínica. De alguma forma eu preciso me haver com esse tipo de dificuldade, com esse tipo de diferença, que é uma diferença que vai aparecendo e vai dizendo a respeito da própria clínica, porque é uma clínica que fala da diferença, então acaba entrando em cena a minha diferença, a diferença do outro, a nossa diferença em relação a determinada outra cultura, como por exemplo, a coisa acontece, a gente chega de alguma forma abre um espaço de escuta, eu me apresento como alguém que está ali para escutar, aos que era possível dizer que eu era um psicólogo eu dizia... BR150119.5

Esse campo de desafios é também o lugar de acolhimento das diferenças que todos carregamos. A terapeuta diz ser algo com o que ela precisa se haver pois aquele é o espaço no qual isso é possível. Trata-se de um ato de reconhecimento da diferença que se opera a partir da escuta.

A ideia central da Aprendizagem Transformativa é a transformação de perspectiva, composta de crenças, valores e suposições construídos ao longo da vida. No percurso terapêutico, há uma transformação dos sujeitos no papel de terapeuta, mas também do migrante. Esse efeito parece inevitável no encontro entre dois em que nem um nem outro permanecem os mesmos. A entrevistada entende que essa relativização é fundamental em temas específicos:

Então assim, geralmente quando se refere a temas sexuais, temas religiosos, temas étnicos, assim, são os que exigem, eu penso, nessa problematização do nosso próprio referencial - desconstruindo a ideia de que o que a gente porta como referencial nosso seria universal, por que não é. BR220119.3

A mudança de paradigma ocorre para os que acomodam novas formas de ação, com base em novas perspectivas. Todo processo de transformação acontece, no entanto, quando entendemos nossas experiências, por meio da reflexão crítica. A essência da Aprendizagem Transformativa é dar sentido à experiência por meio da interpretação. Dito isso, retorno à questão do que fazer com a escuta. O problema ético da psicanálise, da psicologia social e do sujeito retorna em uma espécie de equação em que resolver o enigma é indicar a direção.

Ao longo das entrevistas, do percurso teórico e da minha própria prática clínica, o que encontrei foram sujeitos implicados numa posição pedagógica fundamental de escuta do outro. Para um dos entrevistados é no sentido que a clínica lacaniana atribui a escuta que ele encontra o suporte que lhe permite pensar a experiência do outro:

Eu acho que nesse sentido a clínica lacaniana, me ajuda um pouco a pensar como a linguagem vai atravessando a experiência. O lance com os significantes que vão aparecendo, e que mesmo que não pertençam a minha cultura, a gente faz uma certa investigação sobre o significante que está sendo dito. BR230119.4

Como é possível observar existe uma disposição para uma escuta que reconhece a relatividade de seu referencial e que se dispõe a ir além por meio de uma investigação. Essa disposição de ir além das fronteiras do conhecido abre para a possibilidade de encontrar o desconhecido sem tomar o que está posto como única saída. Ela é uma escuta ativa que toma o outro como sujeito. Para Freire (1996, p.58):

“Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele. Mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele. [...] Até quando, necessariamente, fala contra posições ou concepções do outro, fala com ele como sujeito da escuta de sua fala crítica e não como objeto de seu discurso.”

A escuta a qual Freire faz menção é aquela articulada a partir da função pedagógica e de ensino. Esta não é a posição ocupada pelo terapeuta na psicanálise, mas nessa clínica às vezes ela se faz necessária. Nas dinâmicas em que o terapeuta se vale da psicoeducação, ele deixa de operar do campo da terapêutica em estrito senso e se faz educador por instantes. Em um lugar ou no outro ele não deixa de oferecer uma escuta que reflete a possibilidade de um ato transformador. Ainda nas palavras de Freire (1987, p.44), podemos ler:

“Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais.” (FREIRE, 1987, p.44)

Trata-se de uma escuta que tem um potencial transformador, ela acolhe uma palavra reconhecida como direito de todos. Usando essa perspectiva freiriana como ponto de partida e horizonte, vejo esse profissional engajado com um projeto de sociedade, além de interesses político-partidários, como efetivamente transformador e inclusivo. Esses profissionais atuam num campo em que a ausência do Estado é flagrante e ela se mostra de diferentes formas. Em seu engajamento e com suas vozes existe a possibilidade de refletir de forma crítica e de problematizar o futuro. Como alerta Freire (2019):

“A desproblematização do futuro numa compreensão mecanicista da história de direita ou de esquerda leva necessariamente à morte ou à negação autoritária do sonho, da utopia, da esperança. E que na inteligência mecanicista da história o futuro já é sabido. A luta por um futuro assim a priori conhecido prescinde da esperança.” (FREIRE, 2019, p.71)

No ato ético-político de sua escuta, descrito como um ato de resistência há esperança. Ele se opõe na atualidade à lógica dos muros e da recusa. A esperança em Paulo Freire vem do verbo Esperançar, não é sobre esperar, mas sobre saber se organizar para que as coisas aconteçam.

“A esperança é um condimento indispensável à experiência histórica. Sem ela, não haveria História, mas puro determinismo. Só há História onde há tempo problematizado e não pré-dado. A inexorabilidade do futuro é a negação da história.” (FREIRE, 2019, p. 70)

A esperança é um sentimento de organização, ela permite estabelecer o horizonte da luta e reconhecer que o futuro não está dado, mas ele é o que se faz dele no presente. A esperança são possibilidades de organizar e lutar pelo futuro.

Quando se fala dessa lógica da recusa nos referimos a uma reação diante daquilo que o estrangeiro representa para a sociedade que ele se encontra. Em “Política e Psicanálise” (2000), Koltai descreve a figura do estrangeiro como aquele que se encontra na fronteira do sujeito singular com o social. Sua exclusão e rejeição se deve à ameaça que representa, ele se encontra no limite entre o eu e o nós. Diante disso, a prática clínica com migrantes cria outras possibilidades de se estabelecer outras formas de nós. Ela é uma aposta que

tenta resgatar aquilo que está comprometido e que deixará o sujeito objetificado e sem autonomia.

Podemos olhar para a prática clínica de forma didática em termos de binômios. O terapeuta faz a função de auxiliar na travessia de uma ponte entre um lugar simbólico e outro. Essa passagem se articula entre o acolhimento da palavra, da escuta que retira do silenciamento e do laço com o sujeito. Essas são as dimensões pelas quais navega aquele que atua junto a essa população. A esse respeito uma terapeuta relata:

A gente tem um pouco essa perspectiva da própria clínica com refugiados, que é um pouco ir para além dessa demanda prática, objetiva e dar espaço à palavra, porque a gente defende a ideia de que o refugiado fica um pouco reduzido a essa coisa de somente um corpo. A experiência de guerra, a experiência de deslocamento forçado, faz com que o sujeito seja um pouco expulso de uma certa vida cultural, uma vida até meio da política, sem tomar decisões importantes sobre a própria vida. Então, fica reduzida a um corpo que precisa se alimentar, em casa, de um emprego para de alguma forma fazer a roda continuar girando. BR141218.2

Para que se opere tal deslocamento psíquico e simbólico o sujeito precisa poder sair do lugar de objeto. Para nossa entrevistada sua intervenção é uma aposta tendo como horizonte essa finalidade. Com esse movimento ela reconhece que o migrante a quem escuta pode eventualmente estar nesse lugar de objeto. Ela relata:

O cara era africano, então ele falava um pouco de francês, e a gente foi atrás dessa palavra que ele queria usar, mas eu não encontrava. Eu só encontrava um certo rastro auditivo, um som; ele dizia "Eu não sei o que, é uma coisa que tem a ver com fazer rodar e não sei o que, é 'ru'". Eu comecei a ver se tinha a ver com rua, ou caminhos, o que era esse ditado, enfim, isso foi uma sessão, com a ideia de construir encontrar essa palavra perdida que estava meio que na ponta da língua dele, mas ele não conseguiu encontrar. No final das contas eu descobro que é "roda", o ditado que a gente fala aqui no Brasil: a roda já foi inventada. Eu pergunto: "Em que contexto você queria usar esse ditado?". E ele fala de que a imigração, já é uma roda inventada, que não adianta inventar uma nova, os caminhos estão feitos já. Então ele teria que entrar nessa roda, ele teria que aprender com o que já está aqui. Isso me parece que retira um pouco a escolha do sujeito, a singularidade. Acho ele tem razão dos caminhos estarem prontos, mas também tem essa história de que "eu não posso fazer algo diferente" e isso abre uma conversa para uma série de coisas. BR150119.5

Diante da colocação de seu paciente, a terapeuta reconhece um discurso em que o sujeito se anuncia determinista em relação a sua história. Mesmo concordando em parte com o que fora dito, ela faz pontuações que visam implicar e questionar o sujeito sobre sua palavra. Esse é o exemplo de um

manejo clínico no qual a terapeuta instiga o outro a produzir mais palavra, numa aposta de que assim ele possa sair desse lugar de objeto.

É uma aposta, né? É uma aposta em quem está em muito sofrimento e muito isolamento, sobretudo. É uma aposta de laço, uma oferta de laço, uma aposta de humano que está tão rompido e esgarçado. Eu penso que há um efeito que eu aposto e que acontece algumas vezes é o efeito de uma certa presença que produz ancoragem. Ser alguém que consegue navegar com limitações, evidentemente, mas consegue ter abertura e o interesse de navegar um pouco naquilo que é do lado de lá ou do lado do analisando, daquilo que é dos referenciais que ele traz. BR131218. 1

Ela diz que, no exercício de seu papel terapêutico, existe a possibilidade de fazer uma função capaz de resgatar esse sujeito. Entendo que essa possibilidade é dada por meio da reflexão que segue o desencontro. O trabalho é uma aposta de que o laço possa restituir o sujeito à categoria de humano. Outra entrevistada traz também um exemplo desse deslocamento que é possível na intervenção que oferece diante do que é dito:

A gente identifica isso como um índice do traumático, como se fosse um sinal clínico, o sujeito quando está muito só nesse imediatismo, tem alguma coisa aí que precisa ser escutado. Então, a partir desse lance: "Eu quero um emprego." - "Mas o que você fazia? O que você faz? Onde você aprendeu?" - "O que eu fiz é isso" - "que bacana" - aí essa história vai dando para outros lugares. Então nesse dia me parece que pude fazer algo bem importante nessa história. Porque minha intervenção desloca um pouco o cara dessa vida, desse imediatismo, dessa vida nua, como diz o Agamben, e põe nesse lugar de produzir para além disso. O analista um pouco também tem dessa função, desse lugar, dessa escuta que faz alguma coisa que está ali e que está impossibilitada de ser dita, e aí a gente deve ter essa disponibilidade ética, esse Ethos, de ser esse sujeito que faz essas histórias irem, passarem. BR150119.5

A complexidade é reconhecida pela terapeuta, que recupera a dimensão psicossocial do discurso do sujeito quando reconhece a interseccionalidade que a atravessa, assim como as produções subjetivas do migrante em situação de refúgio. Como podemos acompanhar no relato abaixo a mesma terapeuta segue dizendo que:

E essa vulnerabilidade eu sei que pode dizer de muita coisa, mas o recorte que eu faço é no sentido assim, pessoas que foram atravessadas por questões sociais que acabam atravessando e causando de algum jeito um impacto de sofrimento na vida delas, que é de uma ordem maior, não tem a ver com questões subjetivas só, porque é algo externo delas. BR150119.5

Na sua descrição da escuta, a entrevistada admite e atribui em parte a causas externas o motivo desse sofrimento. Sendo externo ao sujeito, ele tem pouca ou nenhuma autonomia para reverter a situação. É com base na

articulação do que essa relação mobiliza que aponto a escuta ético-política. A escuta que a psicanálise oferece, obedece a sua ética, que é a do desejo, e àquela que evoca o senso de responsabilidade perante o outro. Assim que, ao pensar na intervenção desses terapeutas num campo clínico atravessado por tanta complexidade, também reconhecemos nele um ato de resistência.

Trata-se ainda de uma clínica em que todas as estratégias precisam ter como horizonte a possibilidade de estabelecer pontes tendo em vista produzir este deslocamento. Ela deve tomar o outro como semelhante e sair de um formato preestabelecido. Para uma das entrevistadas, sua maneira de criar proximidade é satisfazer um pouco da curiosidade que o paciente enuncia. Isso na clínica tradicional não tem lugar, ou tem outro lugar.

E o que eu fui aprendendo trabalhando com esse tipo de população, que eu podia expor minha experiência sem me expor totalmente e que isso dava a possibilidade de todo mundo se sentir falível, com dores, atravessando situações duras, difíceis. Então, não significa que eu abro toda minha história, mas eles sabem, muitas vezes perguntam. “Sua família está bem?” e eu falo que minha família está bem, faz a pessoa, ela muda até a postura física, para se sentir mais acolhido e conseguir falar, querem saber se eu tenho pais, pai, mãe, se eu tenho irmãos, pequenas sutilezas, mas que para eles são muito importantes.
BR220119.3

Com sua intervenção, uma escuta engajada ético-política, o terapeuta torna possível um fazer clínico com potencial para restituir ao migrante seu lugar de sujeito. Nesse sentido, ele institui o lugar da palavra em que o sujeito pode, quem sabe, passar de uma posição de objeto na qual foi colocado para o lugar de sujeito. Essa transição é o horizonte do trabalho terapêutico como vimos, porém, não foi possível trazer aqui a palavra do migrante em primeira pessoa a esse respeito.

O uso da metodologia narrativa permitiu trazer a voz do terapeuta sobre sua experiência, além das explicações atribuídas a elas, e compartilhar de seu conhecimento específico do contexto. Os relatos trazem um rico recorte das perspectivas e vivências únicas de um grupo. Entendo, a partir dos relatos, que alguns entrevistados saem transformados desse encontro. Todos experimentaram dilemas de desorientação que desafiaram sua intervenção, porque esse é um campo que os confronta a todo momento com o novo, que os coloca em crise, e que abre para questões. Assim, esse campo pode provocar neles uma mudança nas perspectivas de significado. Eles aprenderam a se

adaptar de forma reflexiva. Por meio da reflexão crítica, alguns dos participantes questionaram seus conflitos culturais e o impacto em seu processo de adaptação. Eles questionaram, desafiaram e resistiram, assim foram capazes de mudar seu quadro de referências para poder oferecer uma possibilidade de escuta e intervenção. Neste estudo pude concluir que, apesar de serem experiências desafiadoras, os participantes demonstraram sua determinação e implicação no trabalho com essa população.

As contribuições de Mezirow e Levinas vêm no sentido de articular os tempos que marcam uma escuta que se pretende ética. Em uma prática clínica transcultural que convoca o terapeuta a se reinventar diante do novo, ele precisará testar ou tentar possibilidades. O plano de ação dessas possibilidades precisa ser fruto de uma escuta responsável e ética. Somente assim esse plano poderá ser traçado para que novas competências ou conhecimentos sejam adquiridos e executados. Esse lugar de responsabilidade desafia todo terapeuta, porque para estar nela, há que se renunciar ao conhecido.

9.5 CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho, e o que dá título à tese, foi o de registrar as experiências e os arranjos que terapeutas que atuam junto a populações migrantes refugiadas realizam durante suas intervenções. Esse percurso foi proposto na tentativa de apontar os discursos sociais, para assim problematizar como eles atravessam a subjetividade destes profissionais. No entanto, as contribuições que atribuímos aos terapeutas são possíveis porque existe um outro e outra, migrante, que comparece com toda sua diversidade e complexidade. É desse (des)encontro que ambos saem transformados.

O Brasil ainda conserva a perspectiva progressista que esteve por trás da elaboração da Lei de Migração 13.445/2017. Esta foi a conquista fruto de um amplo debate público que está registrado nos documentos das “Conferências Nacionais” que tiveram início em 2014. A iniciativa que envolveu centenas de entidades da sociedade civil tem como compromisso, os Direitos Humanos numa perspectiva inovadora. No debate estão incluídas entidades nacionais e internacionais interessadas e que vivenciam a realidade da migração assim como “migrantes, estudiosos, servidores públicos e representações diversas”

(JSP-GOV, 2013)⁵². Estas trocas permitem experimentações e avanços que são o resultado das contribuições de diferentes partes interessadas, numa aprendizagem mútua capaz de criar pontes.

A clínica com migrantes que retratamos possui um formato descentralizado. Percebemos como uma vantagem que tanto Brasil como EUA tenham esse tipo de abordagem. Essa organização opera em favor de um sistema que tem o potencial de reconhecer prontamente desafios próprios e adotar medidas específicas. A liberdade de oferecer o atendimento de acordo com a demanda recebida se deve em parte à flexibilidade desse modelo. Flexibilidade esta que precisa ser articulada com os limites estabelecidos pelas instituições que os profissionais integram. Desse modo, o que de um lado sinaliza a possibilidade de um acolhimento ágil, esbarra muitas vezes em ideologias e crenças que excluem pessoas que necessitam do acesso aos cuidados.

Terapeutas que atuam no Brasil e nos EUA trouxeram em seus relatos dimensões e desafios pelas quais circulam suas práticas. Nesse sentido, observamos que este é um campo em construção. Não somente porque, literalmente, ele é recente mas também porque convoca os interlocutores diante de um novo que demanda um saber reinventar a forma de escutar para que o processo terapêutico possa acontecer. Nele por vezes se faz necessário abandonar as especificidades dos conhecimentos técnicos em que as escolhas tomadas são o reflexo de experiências particulares em diálogo com referências mais amplas.

As práticas compartilhadas podem tornar menos solitário esse território terapêutico, permitindo reconhecer o que foi válido para um determinado contexto. Elas não devem ser tomadas para estabelecer um passo a passo para os atendimentos, pois sabemos que cada caso é um caso. Por esse motivo elas exemplificam apenas possibilidades e escolhas. Esse é também um território político quando as intervenções do profissional visam o restabelecimento de um laço ou então a ruptura com práticas de um sistema hegemônico excludente. O

⁵² Site institucional Justiça e Segurança Pública do Governo Federal. Disponível em: <<<https://www.justica.gov.br/seus-direitos/migracoes1/conferencia-nacional-sobre-migracoes-e-refugio>>> Acesso em 16 de dezembro de 2020.

papel político de seu ato não se limita ao trabalho com essa população, mas também com outros agentes que com ela interagem.

É esse território, que à luz da perspectiva da teoria da mobilidade humana pode ser pensado como articulador e multiplicador da mobilidade. Ao retratá-lo dessa forma reconhecemos, além dos modos de circular, também as formas como são afetados aqueles que interagem com os sujeitos migrantes, como o terapeuta ou todos na instituição pela qual circulam e habitam os sujeitos migrantes. Portanto, toda intervenção deve ocorrer levando em consideração todos os agentes que estão implicados nesse cenário.

Em um primeiro momento investigamos a ideia do interesse desses profissionais em trabalhar com essa população. Descobrimos que ele aparentemente se dá por uma experiência vivida, a de estar estrangeiro. Ter estado nessa condição parece auxiliar no reconhecimento de outra alteridade tendo uma influência na escuta que pode ser oferecida. Para a escuta desse outro eles dizem não haver uma formação específica que deixe o profissional preparado. Trata-se de temáticas do sujeito, da complexidade humana, que todos carregam e perante as quais este profissional está preparado, porém precisará estar disposto a renunciar, em parte, a um saber pressuposto sobre o outro. Haveria necessidade de um certo preparo que seja estendido a outros grupos pois nem todos os que precisam chegam à clínica. Esse profissional precisa, assim, estar engajado na sensibilização de outros grupos que não tiveram formação em saúde mental, mas que são interlocutores dessa população. Algumas interações exigem que assuma um papel educativo.

Verbalizou-se que existe uma disposição, indispensável quando se pretende oferecer uma escuta ética em referimento ao seu comprometimento, e que este último se faz com o acolhimento. A ética responde ao desejo do sujeito e não às demandas institucionais nem à moral de uma sociedade ou Sistema. Ela mobiliza uma disposição que é o efeito do reconhecimento da responsabilidade irrecusável que todo sujeito tem perante o outro, a de renunciar ao próprio referencial teórico. Esta escuta é também a oferta de um espaço de fala em que o outro pode comparecer como puder para dizer de si. Nesse espaço ou território terapêutico esse manejo se constrói em termos de uma aposta que visa a criação de uma demanda clínica, sem a qual sua intervenção não teria

propósito terapêutico, em última instância, visando o restabelecimento de um laço que fora rompido.

Apresentou-se um manejo que organizamos em binômios, em que terapeutas convidam o outro para a fala, oferecendo sua escuta mesmo antes da demanda aparecer. Essa disposição abre espaço para a palavra ou a acolher o que pode comparecer em seu lugar, seu representante. É um ato que precisa estar comprometido no reconhecimento do outro enquanto sujeito, produto de uma intersecção de fatores econômicos, geográficos, sociais e certamente históricos. Numa escuta que precisa abster-se de uma patologização do fenômeno migratório renunciando a toda generalização universalizante e que permite retirar o sujeito do silenciamento no qual se encontra.

Os esforços devem ainda priorizar o estabelecimento de um laço de um sujeito migrante com esse estrangeiro/familiar, o terapeuta. No entanto, para que se opere o deslocamento simbólico e psíquico que este manejo propõe precisa haver um sujeito. Esta operação, ou seja, o comparecimento de um sujeito, não depende exclusivamente do terapeuta quando diante de alguém em sofrimento agudo. A pessoa migrante ocupa um lugar, porta um corpo que sofre com as marcas das violências, com as privações de ordem concreta, casa, trabalho, comida que são também o efeito da ausência de políticas públicas apropriadas. Sair desse lugar depende de intervenções em diferentes contextos.

O modelo didático dos binômios apresentados poderia ser a base para uma formação que se estenda a profissionais que não da saúde mental. Seu propósito seria auxiliar na integração de um modelo que seja acolhedor. Este público poderia ser capacitado para uma escuta e um manejo no molde dos pares que propiciam um deslocamento psíquico e simbólico que visa resgatar um sujeito.

No que se refere às experiências de seus pacientes, estes profissionais trouxeram ainda um campo atravessado por demandas de ordem prática que é o resultado da precariedade em que essas populações se encontram, independentemente do território. Nele o que comparece no lugar da demanda são pedidos de ordem prática que traduzem as necessidades desse sujeito. Esse atravessamento que o terapeuta pode direcionar não deixa de ter efeitos naquelas que podem ser as possibilidades terapêuticas desse (des)encontro. Essa precariedade é também aquilo que mantém esse sujeito

numa condição de desamparo fundamental, e que estabelece uma dinâmica que responde às urgências que visam mantê-lo em vida.

Nesse estado, o sujeito pouco pode fazer por si e depende do outro que pode passar a funcionar como uma figura onipotente. Perante ele são trazidas as demandas mais diversas como: “me dá comida, casa, emprego!”. Tomados pelo que se faz prioridade em suas vidas, nem todos os que precisam chegam a obter o atendimento. Muitos buscam e encontram acolhimento em seus grupos e comunidade. Em parte, os saberes que trazem algum alento e que são desconhecidos na abordagem tradicional precisariam ser integradas para um acolhimento mais inclusivo.

Contou-se que os relatos traumáticos parecem acontecer quase exclusivamente em contextos em que é necessário provar as violências para dar seguimento ao reconhecimento do pedido de refúgio. No modelo de acolhimento ao refugiado oferecido em ambos os países muitos migrantes forçados ficam de fora do suporte oferecido. Aqueles que permanecem indocumentados encontram muita dificuldade de acesso a todo tipo de ajuda. O reconhecimento da situação de vulnerabilidade deveria prevalecer à do estatuto que restringe a proteção com base em requisitos. Reconhecimento este que se faz indispensável para que condições sejam dadas aos migrantes forçados para a superação do que deixa vulnerável e fragilizado. Ele é a oferta de uma proteção e de possibilidades.

O fato de relatos traumáticos aparecerem pouco ou em contextos específicos é apontado por um dos terapeutas como sendo uma forma de abandonar, recomeçar sem ficar ligado ao passado. Entretanto, o escasso comparecimento desse tipo de narrativa pode também ser atribuído à falta de condições que possibilitem a mulheres e homens migrantes colocar palavras nas experiências mais dolorosas. Para nossos entrevistados e entrevistadas o sofrimento aparece sob forma de um discurso disfarçado. Ele aparece quando falam das dificuldades e do que se manifesta no corpo. Diante dessa realidade o terapeuta elabora estratégias capazes de tornar possível sua intervenção e seus efeitos.

Na tarefa de estabelecer a comunicação entre falantes de dois idiomas distintos as tecnologias, dispositivos e aplicativos são mobilizadas nesta clínica fronteiriça. O território virtual é incorporado como ferramenta para buscas, traduções, mostrar contextos e conhecer melhor o que é dito, mas também o que

não pode ser verbalizado. Elas contribuem para mediar entendimentos e selar acordos. Especialmente durante a pandemia passam a ser a possibilidade de iniciar ou dar continuidade aos atendimentos. Foram compartilhados testemunhos de momentos em que antes do encontro a terapeuta precisou buscar nas redes para melhor compreender as questões culturais que envolviam a migração daqueles que buscavam sua ajuda. Em outros momentos a tecnologia foi sugerida para atender uma indagação que somente alguém no país de origem podia acolher. Percebemos que, em inúmeras situações em que algo poderia representar uma barreira na comunicação e acolhimento daquilo que pertence a outra ordem semântica, isso ganhou sentido pois se fez uso dessas estratégias.

Alguns atravessamentos desse cenário não inviabilizam a clínica, mas podem comprometer seu potencial e exigem do profissional um investimento outro. Essa precariedade é o resultado da ausência e de políticas públicas de acolhimento apropriadas que acabam por deixar o sujeito desamparado. Ter sido obrigado a partir e abandonar o familiar, viver em abrigos, se submeter a subempregos e prostituição, reduzem muitos a funcionar não com base numa escolha. No entanto, a maneira como essas experiências são vividas é também o resultado da falta de apoio.

Políticas são opções que Estados fazem, são escolhas que atendem a interesses. O Brasil vive uma profunda crise econômica e social que compromete as intervenções pretendidas. Se de um lado a mobilização de diferentes organismos e coletivos fazem avançar o debate em torno dos desafios enfrentados por diferentes grupos migrantes, mesmo sinalizando uma vontade de acolher dentro de um espírito humanitário, as ações que seguem crescendo esbarram nas limitações de um governo.

A política que dá origem ao tratamento reservado a essa população nos EUA, que tem mais tempo de atuação nessa realidade do acolhimento ao migrante refugiado, não escapa daqueles que são os interesses de cada governo. Uma mudança que foi perceptível na alternância do mandato Trump, não somente no número de pessoas admitidas, mas também no tratamento a elas dedicado.

Mesmo com um conjunto de ações articuladas e estruturadas, as implicações na clínica terapêutica exigem do terapeuta um engajamento

particular. É verdade que diversos estados fazem uma avaliação psicológica do trauma para migrantes refugiados na sua chegada, porém dificilmente conseguem oferecer atendimento culturalmente sensível. Uma grande maioria daqueles que atuam no campo da saúde mental não têm uma compreensão profunda da realidade dos migrantes. O campo clínico fronteiriço é um contexto que implica em crises sucessivas diante de um novo. Essas crises são a possibilidade de uma mudança de perspectiva, facilitada por um processo de reflexão que enuncia um sujeito, o terapeuta, implicado com uma transformação, portanto, responsável.

Como terapeuta sei que o que se faz na clínica com essa população pode não refletir integralmente o fazer clínico tradicional. Se de um lado tive a oportunidade de entrevistar profissionais implicados com uma escuta ética, por outro sabemos que eles não representam todo o universo de terapeutas. Sua participação na entrevista se deu por indicação, o que restringiu o tipo de perfil ao qual tive acesso. Os profissionais entrevistados nos EUA têm uma longa experiência junto a populações migrantes. Alguns são professores e são referência na formação daqueles que querem atuar nesse campo. Outros são, eles mesmos, oriundos de outro país. Assim como eu tiveram que validar seu diploma de uma formação realizada no exterior para enfim poder exercer sua profissão no país. O percurso internacional dos entrevistados os faz particularmente sensíveis à causa e extremamente mobilizados na elaboração de políticas públicas nacionais e locais.

Essa é uma clínica de desafios que enfrenta limites. Ao longo desse percurso de tese pude perceber e nomear alguns deles. Dentre eles quero apontar aqueles que dizem respeito a minha palavra neste texto acadêmico, ao que fazer com a escuta que pode ser oferecida e ao que podemos chamar de engodo do ego. Com relação a este último, refiro-me às implicações de ocupar um lugar de poder e a quanto isso pode desvirtuar a escuta das ações, idealmente propostas para essa população. Esses são limites que vão para além do trabalho acadêmico e se estendem ao campo do acolhimento de migrantes.

O primeiro que sinalizo diz respeito a esta produção na qual eu estive no lugar de pesquisadora e também meu próprio objeto de pesquisa. O que para alguns pode ser o indício de um comprometimento da imparcialidade da observação, para outros é a possibilidade de fazer da subjetividade da

experiência o diferencial que a torna única. Minha formação psicanalítica se pauta na escuta que posso oferecer aos meus pacientes, dentre eles migrantes refugiados acolhidos no Brasil. Nesse sentido entendo que uma questão da prática analítica é poder devolver o que fora escutado. Como pesquisadora me interrogo sobre a fronteira que existe entre o que me foi trazido pelos entrevistados, o que é minha elaboração e experiência, e em que ponto essas coisas se misturam. O que nomeio de “o limite da minha palavra” e que causa certo incômodo é também o trabalho em si. A escrita que daí resulta se revela impregnada de palavras que foram objeto de troca com os entrevistados, com os pacientes e com os profissionais diversos que integram a rede de acolhimento ao migrante. Portanto, neste trabalho somos nós, a partir do que eu pude escutar, elaborar e devolver.

Outro limite que percebo, e cuja articulação precisa ser cuidadosa, se refere ao manejo do Ego individual e institucional. O terapeuta e aqueles que integram as instituições que atendem refugiados ocupam um lugar de poder em relação ao migrante. O primeiro, mesmo não sendo responsável por responder às demandas de ordem material, é quem pode direcioná-las. O segundo oferece um conjunto de serviços que visam produzir acolhimento e a independência daquele que os recebe. Esse é também um lugar de certo prestígio diante do olhar dos pares e da comunidade. Ambos têm uma responsabilidade perante o outro. Nesse sentido há que estar alerta para que nessa dinâmica o sujeito migrante permaneça central no trabalho oferecido. Ocupar esse lugar de poder deixa muitos reféns de uma certa competição e disputa por quem faz mais. Uma das entrevistadas aponta para essa condição quando diz: “Às vezes tem um pouco uma briga da caridade, nesse sentido. Percebo que as igrejas, disputam um pouco esse campo. Existem questões específicas que tem a ver com a própria instituição, com a forma como essa caridade é dada” BR150119.5. As instituições competem entre si, mas em nada garante a efetividade do que chega aos migrantes refugiados.

Reconhecemos que a perspectiva do terapeuta não contempla, nem exaure a totalidade do que é essa experiência, mas que é sua opinião construída na experiência vivida como terapeuta. A escolha dele como interlocutor principal foi baseada no fato de reconhecer que este é um campo que enfrenta inúmeros desafios e mudanças que não são exclusivos do manejo clínico. O terapeuta é

um ator determinante no processo da saúde mental. No contexto migratório, ele é uma escuta ativa da experiência do migrante refugiado, pode reconhecer seu sofrimento, conhece as dificuldades e conquistas, isso tudo em um relato sigiloso. Mas e o que o terapeuta pode fazer de sua escuta? Essa é uma interrogação que emerge do trabalho, mas que não encontra consenso nas respostas.

Enquanto pesquisadora, ouvi essas histórias, as escrevi e as analisei. Entendo a partir delas que quem define as políticas públicas para a população migrante precisa levar em conta esse precioso testemunho, para, de um lado, dar suporte a esses profissionais e também oferecer serviços adequados para a assistência dessa população. É nesse sentido que cabe dizer o que pode ser feito com o que é escutado. Elas têm o potencial de amplificar essas experiências dos migrantes que se encontram na maioria das vezes silenciadas. É importante para qualquer pessoa que trabalhe com refugiados, que define políticas, que presta serviços e que educa, poder ouvir essas vozes e levar em conta suas perspectivas, a fim de desenvolver melhores práticas ao trabalhar com tanta diversidade. Aprendemos que nesse percurso existem muitas maneiras de ser terapeuta. Algumas são o resultado de uma transformação de perspectiva. Elas são relevantes quando o que se pretende é uma escuta ética. Pois a ética é o que reconhece, a priori, a responsabilidade que se tem perante o outro. Responsabilidade que nesse campo não pode ser tomada por uma categoria, mas passa pela mobilização da vontade política de uma comunidade.

O contexto da clínica fronteiriça implica diferentes níveis de complexidade para cada um dos atores implicados nela. Neste trabalho trouxemos as exposições de terapeutas de uma parte do que vivem na prática clínica. Existe muito ainda a ser feito e acredito que o diálogo também deve ser estabelecido com os saberes populares que outras culturas têm sobre seu sofrimento e a saúde mental. Este trabalho trouxe algumas destas possibilidades, testemunhos importantes das possibilidades que o território terapêutico é em arranjos possíveis. A prática clínica incorpora alguns dos desafios teóricos para acompanhar as mudanças que as mobilidades contemporâneas apresentam para então ajudar para que se ofereça formas de abordar migrantes forçados e refugiados de maneiras mais adequadas aos princípios humanitários e a suas necessidades.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As migrações possuem diversas causas, todas carregadas de um desejo de encontrar algo melhor do que se deixou. Há esperanças de descobrir um lugar que se possa também chamar de casa, um lugar que acolha e em que se possa viver em segurança. Sobretudo nas migrações forçadas, encontrar um lugar onde não mais se esteja à mercê de violências e abusos de direitos humanos, isso se torna crucial. No entanto, o país para o qual se migra nem sempre oferece essas condições. Inversamente, com frequência o migrante passa a ser vítima de novas formas de violência no país de acolhimento e, dessa forma, revive e reatualiza traumas antigos e que ainda resistem. A noção de espaço social é sugerida por Bourdieu (1983, 1986b, 1989) como um território no qual é possível perceber as estratégias daqueles que disputam no mesmo campo lutas para a manutenção ou melhora do lugar social ocupado a partir do capital cultural (CUNHA, 2007, p. 503). Nesse espaço social, um tipo de migrante permanece excluído, seu acesso a auxílios é restrito e o percurso para superar as dificuldades é difícil.

Migrar é seguir sonhando algo melhor para si e para a sociedade que se integra. As contribuições do migrante na construção do Brasil e dos EUA, seja a sua migração forçada ou não, são inegáveis, visíveis para quem quiser vê-las. No entanto, algumas participações são mais valorizadas do que outras. Muitos são os discursos que engrandecem e valorizam os esforços de populações europeias e ou nórdicas. O sacrifício dos escravos que contribuíram na edificação de ambos os países parece um tanto romantizado. O sofrimento e as atrocidades impostas aos povos escravizados têm pouco espaço nas narrativas de reparação que demonstra a pouca empatia dispensada para aqueles que foram desumanizados. Não há uma manutenção da memória que possa eximir uma sociedade dos mesmos erros históricos. Ao contrário, são numerosas as tentativas de reescrever a história, distorcendo fatos e eximindo certos grupos de suas responsabilidades.

A experiência de quem migra toma rumo diferente dependendo de onde se vem e em que país se está. O lugar ocupado pelo estrangeiro e pelo migrante no imaginário da sociedade acolhedora irá fazer dele alguém bem-vindo ou não. Esse lugar não é fixo e imutável dentro de um mesmo território. Nele podemos

encontrar ambientes que recebem de forma diferente. Existem situações em que a habilidade de ler determinados signos que o estrangeiro carrega o poupam de certas agressões. Em outros, mesmo sendo capaz de ler tais sinais, ele é percebido como ameaça ou até mesmo como beneficiado de algo do qual o cidadão autóctone se sentiu privado. O poder aquisitivo pode facilitar o acesso às oportunidades. A cor permanece, mesmo com outros privilégios, uma experiência que atravessa toda vivência.

No início do capítulo quatro apontamos para o fato de que só migra aquele que pode fazê-lo. Com esta afirmação apontamos para além das condições financeiras, para as condições psicológicas e emocionais. Trata-se de gente disposta a se reinventar, abraçar o novo e transformar o espaço por onde circula. É irreparável a perda que o mundo sofre com as vidas daqueles que morrem antes mesmo de alcançarem alguma oportunidade. Por isso também a presença dos que chegam ao seu destino acolhidos em um território é tão preciosa. Isso porém não basta. É necessário que lhes sejam oferecidas condições de explorar seu potencial.

Quando lhe são dadas oportunidades, pessoas florescem. Einstein pôde se refugiar da perseguição nazista nos Estados Unidos. Neste país, não se limitou a dar suas importantes contribuições científicas, como também advogou pela igualdade racial (WILKERSON, 2020, p.385). Ilhan Omar se tornou a primeira Representante Estadual do Distrito de Minnesota. Nascida na Somália, fugiu da guerra civil aos 12 anos, e chegou aos EUA depois de ter passado quatro anos em um campo de refugiados no Quênia (OMAR, 2019). Hoje ela advoga em prol do acolhimento de migrantes nos EUA. Freud em 1938 foi para Londres onde foi reconhecido como refugiado político depois de ter fugido do nazismo que se propagava na Áustria (GAY, 1995, p.27). Muitos outros se tornam professores, artistas, cozinheiros, médicos, advogados, arquitetos, jornalistas e, no anonimato do dia a dia, seguem contribuindo para os avanços da comunidade que integram, como também a de sua origem. A cultura se torna mais rica e complexa com aquilo que vem de outro lugar. O Brasil conta com a Josmary da Venezuela, com o Boris e o Miguel da Colômbia, com o Madj da Síria, com a Evodie, dentre muitos outros (ACNUR, 2020b).

Migrar traz infinitas possibilidades de encontros ou de desencontros. Diante da nova cultura o estrangeiro busca decifrar esse novo, eventualmente

incorporar o que é possível. Essa experiência possui uma dinâmica entre o estranho e o familiar, que num tempo próprio de cada sujeito permite estabelecer sentidos que o organizam, mesmo que precariamente, em um equilíbrio para si e diante da nova cultura. Nessa dinâmica, entre o estranho e o familiar, o trauma também pode se ver despertado. Às vezes são pessoas nas ruas que pensamos ter reconhecido, lugares, cheiros, gostos, elementos que convocam o sujeito diante de sua história e das marcas guardadas com zelo.

Vivo há cerca de dois anos e meio em Minneapolis, cidade que no mês de junho foi palco de um importante levante dos movimentos sociais em torno dos direitos civis da população negra depois do brutal assassinato do George Floyd. Esse evento teve o efeito de despertar do torpor moral em que muitos se encontravam, também porque muitos já vinham se acumulando antes desse. Longe de ser um caso isolado, a certeza da impunidade é uma das razões que mostra nesse ato a necessidade de se dizer chega. Se os protestos começaram após a divulgação de imagens de um policial empurrando seu joelho contra o pescoço de um homem por 8"46" até sua morte, eles cresceram e se propagaram devido a uma complexidade de fatores.

As violências policiais, econômicas e sociais ficaram escancaradas em meio a uma pandemia que fez milhares de pessoas descerem às ruas. Nem sempre em nome de uma causa em comum, mas em busca de um reconhecimento, de ser escutado. Foram meses de confinamento, um privilégio que poucos puderam gozar no conforto de suas casas. Depois veio o desemprego que atingiu as massas, e que desestabilizou alguns mais do que outros. Um cenário difícil para grande parcela da população e insustentável também para tantos migrantes. Estes foram alvo de violências que, em muitos casos, nem chegaram a ser denunciadas e figuram nas confidências feitas sob sigilo ao terapeuta. Sem documentação e por ter entrado no território de forma não oficial, o medo faz silenciar e permite que o perpetrador da violência não seja responsabilizado.

Como muitos, durante o tempo de confinamento, precisei dar sentido ao que presenciei. Como terapeuta pude repensar o dispositivo de escuta que oferecia. Como pesquisadora e acadêmica, foi necessário encontrar maneiras de prosseguir com a escrita. Como mãe, esposa e amiga busquei formas de estar mais presente diante do imperativo do distanciamento social. Nesse

contexto, aplicativos, antes ferramentas periféricas no exercício profissional, tornaram-se centrais, passaram a ser territórios por onde a comunicação profissional acontece também para os terapeutas. O horário marcado não deixa de ser o único momento para as trocas que podem se dar por mensagens escritas ou gravadas, considerando que as pessoas encontram mais dificuldade para ter privacidade para falar. Esses recursos se mostram preciosos e forçam a superar aqueles limites estabelecidos em outros contextos.

Fui testemunha deste tempo, dos desafios que a pandemia impôs a todos. Essas experiências e as que vivi anteriormente atravessam minha visão de mundo e a leitura que no momento podia fazer da realidade a qual assistia e fazia parte. Nossas vivências fazem marcas e apontam caminhos, e foram elas que também fizeram parte da construção do interesse por esta pesquisa, que tomou os terapeutas que atendem migrantes refugiados como objeto de observação e estudo. Dessa forma, meu lugar epistemológico de *insider-outsider* (Carling, 2013) nesse percurso faz de mim uma investigadora e também membro do grupo pesquisado. No meu caso específico, mesmo se não pertenço a nenhum dos territórios observados, permaneci um tempo importante neles, o que me permitiu minhas análises. Meu percurso através de diferentes culturas e contextos tem suas implicações. Trouxe minha observação a partir de um olhar treinado em realidades, culturas e saberes diversos. Minha história de migrante é parte da identidade cabo-verdiana que desde o início do século passado tem atravessado o oceano em busca de oportunidades. Na literatura pode ser encontrada referência às experiências migratórias desse povo que, segundo os autores Carling & Åkesson (2014), passam a constituir sua identidade e marcar a própria ideologia das migrações:

“Como a migração é uma parte intrínseca da identidade e estilo de vida cabo-verdianos, os pioneiros passaram a desempenhar o papel de heróis culturais. Eles são os precursores da tradição da migração e são cruciais para a ideologia da migração. (CARLING & ÅKESSON, 2009, p.36-54, tradução nossa).”⁵³

Numa ligação que me precede, realizei escolhas profissionais e pessoais que reafirmam esse vínculo profundo. Desde pequena exposta a diversos

⁵³ *As migration is an intrinsic part of Cape Verdean identity and lifestyle, the pioneers have come to play the role of cultural heroes. They are the forerunners of the tradition of migration, and they are crucial to the ideology of migration. (CARLING & ÅKESSON, 2009, p.36-54)*

idiomas e culturas, adquiri certa naturalidade nessa interação. Essa habilidade foi o que facilitou meu contato com profissionais de territórios diferentes.

Esta pesquisa foi iniciada quando ainda no Rio de Janeiro, e concluída a partir de Mineápolis. Durante esse período pude conversar com outros terapeutas que atuam na França, Itália, Portugal, Palestina, além de Brasil e Estados Unidos. Seus relatos não foram aqui incluídos por uma escolha metodológica, mas posso afirmar que cada troca compõe inevitavelmente as análises que pude elaborar. Com minha mudança para os EUA, restringi a observação, que antes incluía as vozes dos migrantes refugiados, somente aos terapeutas. Essa escolha é expressão da responsabilidade perante as implicações éticas que, como pesquisadora, tenho diante dos sujeitos entrevistados. Sem poder oferecer qualquer suporte psicológico nas entrevistas à distância às pessoas que, eventualmente, estariam evocando conteúdos traumáticos pessoais, escolhi incluir as vozes desses sujeitos de outra maneira.

Recém-chegada na cidade de Mineápolis, fui convidada a integrar na Universidade do Minnesota, o Departamento de *Family and Social Science*, como estudante residente convidada. Durante um ano me foi destinada uma sala que dividia com outro estudante internacional, e tive acesso irrestrito à biblioteca e às disciplinas de diferentes departamentos. Na altura, precisando estruturar o projeto metodológico da pesquisa, eu me matriculei nas aulas da Professora Wieling, que desde então passou a ler meu trabalho.

Ao longo da elaboração da escrita da tese, tive a oportunidade de realizar um curso sobre a *Narrative Therapy Exposure*, uma técnica de intervenção no caso de traumas simples e complexos para profissionais da saúde mental. Nessa ocasião, pude compartilhar minhas experiências clínicas com migrantes refugiados com profissionais das mais diversas proveniências. Foram três dias intensos de treinamento e escuta mútua que trouxeram para minha experiência profissional uma contribuição incalculável. Durante aqueles dias, conheci profissionais que atuam junto a suas comunidades de origem e que trouxeram em seus relatos a experiência de traumas transgeracionais que precisavam ser reconhecidos. Muitos deles são filhos de migrantes que buscaram refúgio nos Estados Unidos. Alguns nasceram no país dos pais, outros em campos de assentamento, outros já no exílio. Pessoas forjadas em culturas distintas, foi compartilhado por alguns a dificuldade de trabalhar o sofrimento psíquico junto

aos seus. Dentre um dos relatos, muito me marcou o de uma terapeuta que relatou ter reconhecido os sinais do trauma em sua família somente depois de adulta, quando estudava saúde mental. Alguns comportamentos que pareciam naturais passaram a adquirir, aos seus olhos, outro significado, quando descobriu a história dos conflitos que obrigaram a família a deixar o país de origem. Em sua família nunca se falara dos episódios de violência que ela só descobriria posteriormente. Essas narrativas trouxeram mais uma dimensão para a compreensão da complexidade desse campo.

Concluo a tese podendo apontar direções a partir da experiência de muitos num campo que exige um exercício entre a renúncia e a aposta. Esta tese foi realizada no equilíbrio precário do binômio da dupla presença/dupla ausência. Iniciada em um lugar e concluída em outro, esse percurso exigiu um desafio permanente de poder estar presente. Estive ligada aos compromissos do grupo de pesquisa, às exigências acadêmicas da formação e, ao mesmo tempo, em uma cidade nova em plena fase de adaptação. Com a pandemia, a tecnologia do mundo virtual que antes servia apenas para algumas atividades, passou a ser o lugar no qual a maior parte das atividades conjuntas acontece. A execução da pesquisa de campo foi pensada também em função dessas restrições. Do ponto de vista ético, a princípio, precisava abrir mão da voz do migrante, mesmo entendendo a importância dela nesta produção, pois não poderia oferecer suporte psicológico se algo sucedesse durante o relato. Ao longo do trabalho surgiram oportunidades de incorporar essas vozes a partir de encontros fortuitos e da generosidade daqueles que compartilharam suas histórias comigo.

As entrevistas aconteceram todas de forma virtual, mesmo se em Mineápolis poderia encontrar com os terapeutas antes mesmo da pandemia. Manter todos no mesmo território virtual trouxe uma certa padronização deste que veio a ser meu método. No meu percurso pude me manter fiel às narrativas trazidas pelos entrevistados e realizar minhas reflexões a seu respeito. Assim fazendo, acredito ter sido fiel ao campo propondo a teoria para seu enquadre. Preservando os sentidos atribuídos pelos sujeitos diante do vivido, foi possível fazer dessas vozes as reais protagonistas desse trabalho. Suas experiências são assim oferecidas como uma inspiração para aqueles que se aventuram nesse território. Aprendemos que nele é imprescindível poder acolher aqueles que foram rechaçados e que, neste movimento, o que se oferece é uma possibilidade

de convocar o migrante ao lugar do sujeito que lhe havia sido retirado. Diante do paradigma dominante de exclusão, fronteira e recusa, o acolhimento tem o potencial de constituir laço e restituir a confiança no outro. Sentimento necessário para garantir o funcionamento da dinâmica social.

Durante o tempo da pandemia, que reorganizou radicalmente as formas de interagir na sociedade, o vírus inoculou, além da doença, a incerteza no contato com o outro, do qual dependemos porque somos parte do mesmo ecossistema. Até o encerramento deste percurso de doutorado, que não põe fim ao meu trabalho nesse campo e com esse grupo, ainda permanecemos na expectativa de uma vacina que, de antemão, sabemos que não chegará a todos. Foi nesse contexto que as reflexões e a redação do trabalho tomaram forma. O referido exercício de se manter presente e criar espaço para fazer acontecer este projeto se deu apesar de toda a instabilidade real de um evento que expõe o sujeito. Esse evento opera para a população com a mesma força de uma catástrofe que obriga o sujeito a migrar.

Por isso é evidente que algo a respeito do acolhimento precisa ser dito. Mesmo não sendo possível trazer os relatos de meus pacientes neste trabalho, é fundamental, diante da responsabilidade que eu mesma evoquei em relação ao que é dito e o que é feito com ele, amplificar suas vozes. Inúmeras experiências me foram relatadas nas quais o migrante percebeu o descaso em torno de sua situação. Certamente a pandemia influenciou a qualidade dos atendimentos prestados pelos órgãos e instituições que tratam a demanda de refúgio.

Existe uma urgência dessas pessoas que diz respeito à sobrevivência, mas também à possibilidade de retomar um projeto de vida. Existe um descompasso muito grande entre o que emerge a partir da minha escuta clínica, através dos relatos de meus pacientes e o que é verbalizado pelas instituições que oferecem assistência. Entendo ser necessário, para todo aquele que atua nesse campo, o acolhimento também da urgência do outro. Para o terapeuta talvez isso implique numa escuta que abdique dos horários e das conversas formais. Para nós, mensagens, áudios e imagem passam a ser material de trabalho que operam como narrativa terapêutica. O contato que chega de maneira fragmentada ao longo do dia, de acordo com as possibilidades, pode

simbolizar a tentativa de uma territorialização do sujeito que, em partes, busca restabelecer pelo menos um conjunto.

Há dias em que a casa parece um universo e as tarefas preenchem as horas. Em outros, o espaço fica pequeno para o tanto que se quer realizar. Entre aulas e o trabalho, o convívio familiar tornou-se a oportunidade para alguns e um peso para outros. Muitas vidas se foram, há quem perdeu seu amor, seu emprego, sua liberdade.

Todos perdemos. Em alguns territórios esse balanço foi mais cruel do que em outros devido à inação dos governos locais. Abdelmalek Sayad diz: “pensar na imigração é pensar no estado”, daí a ideia de que é “o estado que pensa em si enquanto pensa na imigração.”⁵⁴

⁵⁴ “*Penser l’immigration, c’est penser l’État* », d’où l’idée que c’est « l’État qui se pense lui-même en pensant l’immigration ». (SAYAD, 1996, p.6)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA ANSA, EL PAÍS (2017) **Quais países mais geram refugiados pelo mundo?** Disponível em <<https://epocanegocios.globo.com/Mundo/noticia/2017/07/quais-paises-mais-geram-refugiados-pelo-mundo.html>>. Acesso em 5 de janeiro 2018.

AGIER, M. Refugiados diante da nova ordem mundial. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 197-215, 2006. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-20702006000200010>>.

AGUILAR, A.; LIMA, F. (2003) **¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas?, en Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Disponível em: <www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm>. Acesso em 9 de janeiro de 2019.

ALBERT, E.; CHATZKY, A; **Rohingya Crisis: Religion, Ethnicity, and National Identity**. 2018 Disponível em: <<https://www.cfr.org/backgrounder/rohingya-crisis>>. Acesso em 02 de fevereiro 2019.

ALIOUA, Mehdi; **Comprendre les mobilités et migrations est nécessaire pour (re)pense' l'Afrique**. 2017 Disponível em: <http://www.huffpostmaghreb.com/mehdi-alioua/comprendre-migrations-mobilites-necessaire-repenser-lafriquecomprendre-les-mobilites-et-migrations-est-necessaire-pour-repenser-afrique_b_15860648.html>. Acesso em 12 de setembro de 2020.

ALLPORT, G. W. The historical background of modern social psychology. **Handbook of social psychology**, 1968.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>>

ÁLVARO, J. L., & GARRIDO, A. **Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. São Paulo: McGraw-Hill. 2006.

ANDERSON, E., SPENCER, M. A phenomenological study: cognitive representation of AIDS. **Qualitative Health Research**, v. 12, n.10, p.1338-1352. 2002.

ANDRADE, M. C. **Geografia econômica**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

ANDRADE, J. H. F; Regional policy approaches and harmonization: a latin american perspective. **International Journal of Refugee Law**. Oxford, v. 10, n. 3, p.389-409, 1998. DOI: <<https://doi.org/10.1177/1049732302238747>>.

ASANO, L. Camila; PÉTALLA, B., Timo. **As migrações no mundo hoje e o Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://br.boell.org/pt-br/2017/04/17/nova-lei-de-migracao-no-brasil-e-os-direitos-humanos>>. Acesso em 3 de junho 2017.

ASANO, C. **O que muda com a nova lei de migração**. 2017. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/o-que-muda-com-a-nova-lei-de-migra%C3%A7%C3%A3o/a-41468597>>. Acesso em 09 de janeiro de 2019.

BAKER, R. **Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe**. Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches. Edited by: Basoglu M. 1992, Cambridge: Cambridge University Press, p. 83-106.

BARRETO T. F., Luiz Paulo. (2010) **Refúgio no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Ref%C3%BAgio-no-Brasil_A-prote%C3%A7%C3%A3o-brasileira-aos-refugiados-e-seu-impacto-nas-Am%C3%A9ricas-2010.pdf>. Acesso em 11 de dezembro de 2018.

BARTH, F. **Los grupos étnicos y sus fronteras**. 1ª edição F.C.E. Mexico. 1976.

BATALOVA, Jeanne; ZONG Jie **Cuban Immigrants in the United States**. Disponível em <<https://www.migrationpolicy.org/article/cuban-immigrants-united-states>>. Acesso em 18 de janeiro 2019.

BAUMAN, Z. **Estranhos à nossa porta**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017, p.12.

BERGER P. L.; LUCKMANN, T. **The social construction of reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge**. Penguin books Edition. 1967.

BERGO, B. Levinas's Prosalct: An interpretative Phenomenology of sensibility and Intersubjectivity. In: **Continental Filosofy or filosofy of religion**. Springer Netherlands, 2011.

BERRY, J. W. Stress perspectives on acculturation. In: D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), **The Cambridge handbook of acculturation psychology**. New York: Cambridge University Press. 2006, p. 43-57. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511489891.007>>

_____, Immigration, acculturation, and adaptation. **Applied psychology**, v. 46, n. 1, p. 5–34, 1997. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>>

BERTINI, F. M. A. Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. **Psicol. Soc.** [online]. 2014, vol.26, n.spe 2, pp.60-69.

BON TEMPO, C. Anti-Communist Minorities in the US: Political Activism of Ethnic Refugees. **Journal of Baltic Studies**. v. 41, n. 4, 2010. DOI: <<https://doi.org/10.1080/01629778.2010.527148>>

BORGES, L. M.; POCREAU, J.-B. Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 1, p. 232-245, 2009.

BORNSTEIN, M. **The Specificity Principle in Acculturation Science**. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234695/>>. Acesso em 05 de janeiro de 2018.

BOURDIEU, P. Os três estados do capital cultural. In: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio (Org.). **Escritos de educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 1998.

_____. Les trois états du capital culturel. In: **Asales de la recherche en sciences sociales**. Vol. 30. L'institution scolaire. pp. 3-6. 1979.

BOWEN, E. R. The Pressman-Wildavsky Paradox: Four Addenda or Why Models Based on Probability Theory Can Predict Implementation Success and Suggest Useful Tactical Advice for Implementers. **Journal of Public Policy**, v.2, n. 1. 1982. DOI: <<https://doi.org/10.1017/S0143814X00001768>>

BOYD, R., AND MYERS, J. G. Transformative education. **International Journal of Lifelong Education**, v. 7, n. 4, p. 261-284. 1988. DOI: <<https://doi.org/10.1080/0260137880070403>>

BRETTELL, C.; HOLLIFIELD, J. F. **Migration Theory Talking across Disciplines**. 2015. Disponível em: <<https://estvitaesydemografia.files.wordpress.com/2013/04/introducccic3b3n-migration-theory-talking-across-disciplines.pdf>> Acesso em 11 de novembro de 2018.

BROWN, L. **Cultural Competence in Trauma Therapy: Beyond the Flashback**. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2008.

CARLING, J.; MARTA BIVAND, E. , EZZATI, R. Beyond the insider-outsider divide in migration research. **Migration Studies**, v. 2, n.1, p. 36-54, 2014.

CARLING, J.; ÅKESSON, L. Mobility at the Heart of a Nation: Patterns and Meanings of Cape Verdean Migration. **International Migration**. n.47, v. 3, p.123-155. 2009.

CARSWELL, K; BLACKBURN, P; BARKER, C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. **Int J Soc Psychiatry**. v. 57, n. 2, p. 107-119, 2011. DOI: <<https://doi.org/10.1177/0020764009105699>>

CASTAÑEDA, A. **Política Migratoria de Estados Unidos desde lo federal Reporte del Observatorio de Legislación y Política Migratoria**. 2015. Disponível em: <<https://observatoriocolef.org/wpcontent/uploads/2017/06/REPORTEALEJANDRAFINAL-1.pdf>>. Acesso em 09 de janeiro de 2019.

CASTLES, Stephen. Migration and Community Formation under Conditions of Globalization. **International Migration Review**, v. 36, n. 4, p.1143–1168. 2002. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2002.tb00121.x>>.

CASTLES, Stephen; HAAS, Hein; MILLER, Mark. **The Age of Migration International Population Movements** in the Modern World Fifth Edition p.55. 2014. Disponível em <<http://migrationmatters.me/wp-content/uploads/2016/11/AgeOfMigrationChapter1and.pdf>>. Acesso em de outubro de 2018.

CARVALHO FERREIRA, J. M. et al. **Sociologia**. Lisboa: Escolar, D–L. p. 625-665. 1995.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras. 1996.

CIENFUEGOS, A. J.; MONELLI, C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 53, n. 1, p. 43, 1983. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1983.tb03348.x>>

CONNOR, P.; KROGSTAD, J. M. **About six-in-ten Syrians are now displaced from their homes**. 2016. Disponível em: <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/06/13/about-six-in-ten-syrians-are-now-displaced-from-their-homes/>>. Acesso em 05 de janeiro de 2019.

CRANTON, P. **Working with Adult Learners**. Toronto, Ontario: Wall & Emerson. 1ª Ed. 1992.

CUNHA M. A. de A., **O conceito “capital cultural” em Pierre Bourdieu e a herança etnográfica**. 2007. Disponível em: <<https://filosoficabiblioteca.files.wordpress.com/2013/10/35-cunha-o-conceito-capital-cultural-em-pierre-bourdieu.pdf>>. Acesso em 04 de novembro de 2018.

CZAIKA, M.; DE HAAS; H. The effectiveness of immigration policies. **Population and Development Review**, v. 39, n. 3, p. 487-508. 2011. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2013.00613.x>>

DANTAS, S. D. **Diálogos interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais**. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.

DEBIAGGI, S. D.; PAIVA, G. J. (orgs.). **Psicologia E/Imigração e Cultura**. São Paulo: Ed. IEAUSP, 2012.

DEBRAY, R. **Éloge des frontières**. Paris, Edition Gallimard. 2010.

DECLARAÇÃO DE CARTAGENA. 1984. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2018.

DELFIN, R. **Brasil tem atualmente 5.134 refugiados e 86 mil pedidos em trâmite**, diz Conare. 2018. Disponível em: <<https://migramundo.com/brasil-tem-atualmente-5134-refugiados-e-86-mil-pedidos-em-tramite-diz-conare/>>. Acesso em 05 de Dezembro de 2018.

_____, **Novo estudo debate presença do migrante na economia informal em São Paulo**. 2017. Disponível em: <<https://www.migramundo.com/novo-estudo-debate-presenca-do-migrante-na-economia-informal-em-sao-paulo/>>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

EASTMOND, M. Stories as Lived Experience: Narratives in Forced Migration Research. **Journal of Refugee Studies**, v. 20, p. 248–264. 2007. DOI: <<https://doi.org/10.1093/jrs/fem007>>.

ELBERT, T.; SCHAUER, M.; NEUNER, F. Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing Memories of Traumatic Stress, Fear, and Violence. In: SCHNYDER, U.; CLOITRE, M. **Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians**. Springer, 2011, p. 229-253. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-07109-1_12>

ELDER, S. **Ten Facts About Refugees in Iran**. 2017. Disponível em: <<https://borgenproject.org/facts-about-refugees-in-iran/>>. Acesso em 03 de janeiro de 2019

EL-RAADI, R. **The Resettlement Experiences of Southern Sudanese Women Refugees in Minnesota**. 2015. Dissertação de Doutorado University Of Minnesota.

ESCUADERO, C. **Comunidades em festa: a construção e expressão das identidades sociais e culturais do imigrante nas celebrações das origens**. Tese Doutorado em Comunicação Social da Escola de Comunicação (PÓS-ECO) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). 2017.

ERTL, V., PFEIFFER, A., SAILE, R., SCHAUER, E., ELBERT, T., & NEUNER, F. Validation of asaletal health assessment in an African conflict population. **Psychological Assessment**, v. 22, n. 2, p.318–324. 2010. DOI: <<https://doi.org/10.1037/a0018810>>.

EVAN, W.; FIZGERALD, D. **The economic and socierviscomes of refugees in the united states: evidence from the acs.** 2017. Disponível em: <<https://www.nber.org/papers/w23498.pdf>>. Acesso em 16 de outubro de 2019.

EVORA, I. Continuidades e transformações no estudo das migrações. elementos para a análise crítica das mobilidades africanas contemporâneas. In FEIJÓ, J. **Movimentos migratórios e relações rural-urbanas: estudos de caso em Moçambique.** Maputo. 2016, p. 57-68.

FACUNDO, N. A. **Êxodos e refúgios: colombianos refugiados no Sul e Sudeste do Brasil.** Museu Nacional (Brasil). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Rio de Janeiro: UFRJ. 1ªED. 2017.

FAIRCLOUGH, Norman. **Language and Power.** Longman Inc., New York. 2ª ED. 2001.

FARMER P. **An anthropology of structural violence.** Current Anthropology. 45(3):305–325. in: Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United State 2004. Disponível: <https://www.researchgate.net/publication/51509633_Structural_Vulnerability_and_Health_Latino_Migrant_Laborers_in_the_United_States>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

FASSIN, D. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais.** 2012. p. 375-390.

_____. Entre las políticas de lo viviente y serviseicas de la vida: hacia una antropología de la salud. **Revista Colombiana de Antropología.** v.40, p.283-318. 2003.

_____. The biopolitics of otherness: Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. **Anthropology today,** v. 17, n. 1, p. 3-7, 2001. DOI: <<https://doi.org/10.1111/1467-8322.00039>>

_____. Quand le corps fait la loi: La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. **Sciences sociales et santé.** Toulouse, v.19, n.4, p.5-33. 2001b.

_____. **L'espace politique de la santé.** Essai de généalogie. Paris: Presses Universitaires de Fsalnce. 314p. 1ª ED. 1996.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. **The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood.** Princeton University Press, 2009.

FEMMINE, L. **Sals colombianos vuelven a pedir asilo en España.** 2017. Disponível em:

<https://elpais.com/internacional/2017/10/02/actualidad/1506943761_949828.html. Acesso 04 de dezembro de 2019.

FERREIRA, M. C. A Psicologia Social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. SPE, p. 51-64, 2010.

FONSECA A. C. M. **Corpo, biopolítica e direito: percursos filosóficos da ordenação e regulação biológica**. 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37097/R%20-%20T%20-%20ANGELA%20COUTO%20MACHADO%20FONSECA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 30 de outubro de 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 60. ed. São Paulo: Paz e Terra. 25ª Edição. 2019.

_____, **Pedagogia do Oprimido**. 23ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1994.

FREUD, S. **Moisés e o monoteísmo**. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XIX, Rio de Janeiro, 1923-1925 1ª Ed. Imago, (1939). 1976.

_____. **O estranho**. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol XVIII, Rio de Janeiro. 1ª Ed. Imago, (1919).1976.

GALINA, V. F.; SILVA, T. B. B. da; HAYDU, M.; MARTIN, D. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface** [online], v. 21, n. 61, p. 297-308, 2017.

GAY, P. **Uma vida para nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GEBRIM, A. **Psicanálise no Front**: A posição do analista e as marcas do trauma na clínica com migrantes. Tese de Doutorado. 2018.

GERGEN, K. Social psychology as social construction. In: C. McGarty & A. A. Haslam (Orgs.), **The message of social psychology**. London: Blackwell Publishers. 1997. p. 113-128.

GLICK SCHILLER, N.; ÇAĞLAR, A. Displacement, emplacement and migrant newcomers: Rethinking urban sociabilities within multiscalar power. **Identities**, v. 23, n. 1, p. 17-34, 2016. DOI: <<https://doi.org/10.1080/1070289X.2015.1016520>>

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 283-297, 2013 .

GREENWOOD, M. J.; Human Migration: theory, models, and empirical studies. **Journal of Regional Science**, v. 25, n. 4, 1985. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1467-9787.1985.tb00321.x>>

GRINBERG, L.; GRINBERG, R. **Migração e Exílio**. 1ª Ed. Edição Climepsi Editores. 224p. 2007.

GURIN, P.; HURTADO, A.; PENG, T. Group contacts and ethnicity in the social identities of Mexicanos and Chicanos. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 20, n. 5, p. 521-532, 1994. DOI: <<https://doi.org/10.1177/0146167294205009>>

HALL, Ed. T. **A Dimensão Oculta**. Lisboa: Relógio D'Água 2ª Ed. 1986.

HARVEY, D. **Do Fordismo à Acumulação Flexível**. 17ª Ed. Edições Loyola (1992). 1989.

HEPBURN, A. **An introduction to critical social psychology**. Thousand Oaks: 1ª Ed. Edição Sage. 2003.

_____. **An Introduction to Critical Social Psychology** in Sage Publications Ltd, London, 304 p. 2002.

HERNANDEZ, M. Y. Psychological Theories of Immigration. **Journal of Human Behavior in the Social Environment**, v. 19, n. 6, p. 713-729, 2009. DOI: <<https://doi.org/10.1080/10911350902910898>>

HOPKINS, L. Why narrative? Reflections on the politics and processes of using narrative in refugee research. **Tamara Journal for Critical Organization Inquiry**, v. 8, n. 2. 2013.

HUPE, P. L. The Thesis of Incongruent Implementation: Revisiting Pressman and Wildavsky. **Public Policy and Administration**, v. 26, n.1, p.63–80. 2011. DOI: <<https://doi.org/10.1177/0952076710367717>>

IDOETA, P **De-onde vêm as pessoas que pedem refúgio no Brasil - e qual a situação em seus países?** 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-44177606>>. Acesso em 10 de maio de 2018.

JARANSON, J. M., BUTCHER, J., HALCON, L., JOHNSON, D. R., ROBERTSON, C., SAVIK, K.; WESTERMEYER, J. Somali and Oromo refugees: Correlates of torture and trauma history. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 4, p. 591-598, 2004. DOI: <<https://doi.org/10.2105/ajph.94.4.591>>

KENNESY, John F. **A nation of immigrants**. New York: Harper and Row. 1984. DOI: <<https://doi.org/10.1080/10911350902910898>>

KIRMAYER, Sal; MINAS, H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. **Can J Psychiatry**, v.45, p. 438-46. 2000. DOI: <<https://doi.org/10.1177/070674370004500503>>

KITCHENHAM, A. **The Evolution of John Mezirow's Transformative Learning Theory**. *Journal of Transformative Education*.6 (104-123). 2008. DOI: <<https://doi.org/10.1177/1541344608322678>>

KOLTAI, C. **Política e Psicanálise, O Estrangeiro**. São Paulo: 1 Ed. Edição. Escuta. 2000.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP**, v. 26, n. 2, p. 169-174, 2015.

KRIEGER, N. Thesalies for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 4, p.668–677. 2001. DOI: <<https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>>.

KVALE, S. **InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1996.

KURMAN, J.; RONEN-EILON, C. Lack of knowledge of a culture's social axioms and adaptation difficulties among immigrants. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 35, n. 2, p.192–208. 2004. DOI: <<https://doi.org/10.1177/0022022103262244>>

LACAN, Jaques ACAN, **Outros escritos**. Rio de Janeiro: 1ª Jorge Zahar Editor. 2003.

LANE, S. Os fundamentos teóricos. In S. Lane & Y. Araújo (Orgs.), **Arqueologia das emoções**. Petrópolis: Editora Vozes. 2000. p.13-33.

_____. Diálogos: Uma psicologia para transformar a sociedade [Entrevista]. **PSI Jornal de Psicologia**, v. 18, n. 122, 2000.

_____. A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Eds.), **Psicologia Social: O homem em Movimento**. São Paulo, SP: Brasiliense. 1984. p. 10-19.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes. 2000.

LEE, Everett S. **A theory of migration**. In: JACKSON, J. A. (Ed.). *Migration*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 282-297. (Originalmente publicado em *Demography*, vol. 3, p.47-57). 1966.

LESSER, Jeffrey. **A Invenção da Brasilidade: Identidade nacional, etnicidade e políticas de imigração**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, 291 p.

LEVINAS, E. **Ética e infinito**. Madrid, Ed. A. Machado Libros, S.A., 2000. 2a Ed.

LIMA, A. de O. O choque cultural na produção do sofrimento psíquico: notas de uma apreciação antropológica do livro "A síndrome de Ulisses". **Revista Espaço Acadêmico**, v. 16, n. 185, p. 50-59, 2016.

LINN, J. G., & GRIFFIN, D., HUSAINI, B. A., MOORE, S. T., CASTOR, R. S., NESER, W., WHITTervissei R. Social density, stressors, and depression: Gender differences among the Black elderly. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v. 46, p. 236–242. 1991.

MANCEBO, D.; JACÓ-VILELA, A. M. **Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: EDUERJ. 2004.

MANEN, M.V. **Research lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy**. London: The Althouse Press. p.361-366. 1990.

_____. **Practicing Phenomenological Writing: An Introduction**. Monograph No. 7, Curriculum Praxis Dept of Secondary Education, University of Alberta. p.36-69. 1984.

_____. **Comprendre les Cultural Studies: une approche d'histoire des savoirs**. 2004.

HERNÁEZ, Á. M. La mercantilización de los estados de ánimo: el consumo de antidepressivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. **Pol. Soc**, v. 4, n. 3, p. 43-56, 2006.

MARX, K. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política**. Boitempo editorial, 2015.

MASSEY, D.S. et al. Theories of international migration: a review and appraisal", **Population and Development Review**, V. 19, n 3, p.431-466. 1993. DOI: <<https://doi.org/10.2307/2938462>>

MBEMBE, A. **Políticas da inervisse**. Lisboa: Edições Antígona. 2017.

MIANO, L. **Habiter la frontière**. Paris. Conférences Collection Tête à tête 1ª Ed. L'Arche Editeur 144p. 2012.

ROCHA, E. A. Prefácio. In: GLISSANT, Édouard. **Introdução a uma poética da diversidade**. V.1 Juiz de Fora: 176p. 2005.

MEDEIROS, G. C.; SAMPAIO, D.; SAMPAIO, S; LOTUFO-NETO, F. Mental health of refugees: report of a successful case in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3. 2014. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1351>>

MESTRE, C. La psychiatrie transculturelle: un champ nécessaire et complexe. Moro, M.-R, De La Noe, Q., Mouchenik, Y., eds., **Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social**, La Pensée Sauvage, Grenoble, p. 179-195, 2004.

MEZIROW, J. **Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress** 1ª Ed. San Francisco: Jossey-Bass Editions. 2000.

_____. Transformative Learning: Theory to Practice. **New Directions For Adult And Continuing Education**. n.74, p.5-12. 1997.

_____. **Transformative dimensions of adult learning**. San Francisco, 1ª Ed. CA: Jossey-Bass editions. 1991.

_____. How critical reflection triggers transformative learning. **Fostering critical reflection in adulthood**, p.1-12. 1990.

MILES, M. B.; HUBERMAN A. M. **Qualitative data analysis: An expanded source'ook**. 2ª ed. Thousand Oaks, CA: SAGE.1994.

MEZZADRA, S. **Au-delà de l'hégémonie. Luttés, salet limites en Europe après le long été des migrations**. 2017. Disponivel em: <<<http://www.platenqmil.com/blog/2017/11/29/au-dela-de-lhegemonie-luttés-mobilites-et-limites-en-europe-apres-le-long-ete-des-migrations1>>>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

MILES, M. B.; HUBERMAN A. M. **Qualitative data analysis: An expanded sourcebook**. 2ª Ed. Thousand Oaks, CA: SAGE. 1994.

MILLER K.E.; RASMUSSEN, A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**. v. 26, n. 2, p. 129-138, 2017.

MORATALLA TD. La fenomenología hermenéutica de Paul Ricoeur: mundo de la vida e imaginación. **Investigaciones fenomenológicas**. n. 3, 2001, p.291-302. DOI: <<https://doi.org/10.5944/rif.3.2001.5432>>

NASCIMENTO, R. T.; INOUE, M. **A prática profissional do assistente social no contexto da educação especial**. ETIC, 2013.

NAGATA, A. L. Transformative Learning in Intercultural Education. **Rikkyo Intercultural Communication Review**. n.4, p. 39-60. 2006.

NATHAN, T. (n.d.). **Specificité de l'ethnopsychiatrie**. Disponível em: <www.ethnopsychiatrie.net/general/telecharge/specificite.pdf>. Acesso em 21 de janeiro de 2019.

OMAR, I. **Immigrant and Refugee Discussion Series featuring Representative Ilhan Omar**. 2019. Palestra ministrada McNeal Hall 33 McNeal Hall 1985 Buford Ave. SAINT PAUL, Minnesota 55108-6105

O'REILLY, K. International Migration and Social Theory. **Journal of Ethnic and Migration Studies**. 2014. DOI: <<https://doi.org/10.1080/1369183x.2014.935123>>

PAIVA, M. A. de; DIAS, L. F. P. O enigma do mal no pensamento de Emmanuel Levinas. **Filosofia Unisinos**, v.13, n.2, p.134-150. 2012.

PAPADEMETRIOU, D. G. **Les effets des migrations internationales sur les pays d'accueil, les pays d'origine et les immigrants**. 1994. Disponível em: <https://www.persee.fr/doc/polit_0032-342x_1994_num_59_3_4304>. Acesso em 13 de junho de 2020.

PARK, R. E. The city: Suggestions for the investigation of human behavior in the city environment. **American journal of sociology**, v. 20, n. 5, p. 577-612, 1915. DOI: <<https://doi.org/10.1086/212433>>

PEIXOTO, J. **As teorias explicativas das migrações: teorias micro e macro-sociológicas**. 2004.

PEREIRA, A. B. O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 26, n. 53, p. 79-97, 2018.

PHINNEY J. S. Ethnic Identity in Adolescents and Adults. Review of Research. **Psychological Bulletin**. v. 108, n.3, p. 499-514. 1990. DOI: <<https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.499>>.

PIRES, Marília Freitas de Campos. **Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino**. **Interface (Botucatu)**, v. 2, n. 2, p. 173-182, 1998.

PISON, G. The number and proportion of immigrants in the population: International comparisons. **Population Societies**. n. 2, p. 1-4, 2019.

PORTES, A.; DeWIND J. **Rethinking Migration: New Theoretical and Empirical Perspectives**, 1ª Ed. Editions. New York: Berghahn Books. 2007.

PORTES, A.; ZHOU, M. The New Second Generation: Segmented Assimilation and its Variants. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 530, n. 1, p.74–96. 1993. DOI: <<https://doi.org/10.1177/0002716293530001006>>

PUSSETI, C. et al. (Org.). **Migrantes e saúde Mental**: a construção da competência cultural. Lisboa: Alto-comissariado para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI, I.P.), 2009.

RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, Michele, S. Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação? **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 25-33, 2010.

RAVEISTEIN, E. G. The Laws of Migration. **Journal of the Statistical Society of London**, v. 48, n. 2, 1885. DOI: <<https://doi.org/10.2307/2979181>>.

RICŒUR, P. **Tempo e narrativa vol. 1**: a intriga e a narrativa histórica Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2010a.

_____. **Do texto à acção: ensaios de hermenêutica II**. trad. Alcino Cartaxo e Maria José Sarabando, Lisboa, 4ª Ed. RÉE-Editora. 1991.

ROCHA, P. R. S.; DOS SANTOS, GOIAMÉRICO F. C. A gênese dos estudos culturais – a contribuição e o legado de Raymond Williams. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA** Universidade Federal de Goiás. 2012.

ROCHA-TRINDADE, M. B. **Sociologia das migrações**. Volume 88 Universidade Aberta, 1ª Ed. 410p. 1995.

RODIER, C. Frontex, la petite muette. **Vacarme**, v. 2, n. 55, p. 36-39, 2011.

ROSA, M. D. Na psicanálise e as instituições: um enlace ético-político. In: **COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP**, 5. São Paulo. 2004.

_____. Migrantes, Imigrantes e Refugiados: a clínica do traumático. **Revista Cultura e Extensão USP**, v. 7, p. 67-76, 2012.

_____. Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. n. 41-42, jul. 2011/jun. 2012.

_____. et al. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, set. 2009.

ROSEMBLUM, M. Border Security: Immigration Enforcement Between Ports of Entry. **Congressional Research Office, Report**. 7-5700. 2013.

SAM, D. L. Acculturation: Conceptual background and core components. In SAM, D. L.; BERRY, J. W. (Eds.), **The Cambridge handbook of acculturation psychology** (p. 11–26). New York: Cambridge University Press. DOI: <<https://doi.org/10.1017/cbo9780511489891.005>>.

SASAKI, E. M.; ASSIS, G. de O. Teorias das migrações internacionais. In: **Encontro nacional de estudos populacionais**. Caxambu, 2000.

SALIM, C. A. Migração: o fato e a controvérsia teórica. In: **Encontro Nacional De Estudos Populacionais**, 8, São Paulo. Anais. Campinas. 1992.

SALMAN, R. **The Golden House**. 1ª Ed. andom House Editions. 2017.

SALMONS, J. Designing and Conducting Research With Online Interviews. **Cases in Online Interview Research**. v. 2012.

SAYAD, Abdelmalek. **La doble ausencia. De las ilusiones del emigrado, a los padecimientos del inmigrado**. Barcelona: Anthropos, 2010.

_____. Immigration et 'Pensée d'Etat', in Actes de la recherche en sciences sociales, **Délits d'immigration**, v. 129, p. 5-14, 1999.

_____. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. EDUSP, São Paulo. 1998.

_____. Le mode de génération des générations "immigrées". **L'Homme et la société**. v. 111. p.155-174. 1994.

SAWAIA, Bader. B. **A consciência em construção no trabalho de construção da existência**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1987.

SAWAIA, Bader. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. Sawaia (Org.), **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 1ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 1999. P. 97-118.

SEYFERTH, G. Imigrantes, estrangeiros: a trajetória de uma categoria incomoda no campo político. Trabalho apresentado na Mesa Redonda Imigrantes e Emigrantes: as transformações das relações do Estado Brasileiro com a Migração. **26ª Reunião Brasileira de Antropologia**, realizada entre os dias, v. 1, 2008.

_____. Construindo a Nação: Hierarquias Raciais e o Papel do Racismo na Política de Imigração e Colonização. In **Raça, Ciência e Sociedade**, edited by Nísia Trindade Lima and Gilberto Hochman, 41–58. Rio de Janeiro: Centro Cultural Banco do Brasil. 1996.

SHANNON, P.; J.; WIELING, E.; SIMMELINK., J.; BECHER, E. Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations. **Journal of Loss and Trauma**, v. 20, n.3, p. 281-296. 2015. DOI: <<https://doi.org/10.1080/15325024.2014.934629>>

SHANNON, P.; IM, H.; BECHER, E.; SIMMELINK, Jennifer; WIELING, E.; O'FALLON, A.: Screening for War Trauma, Torture, and Mental Health Symptoms Among Newly Arrived Refugees: A National Survey of U.S. Refugee Health Coordinators. **Journal of Immigrant & Refugee Studies**. v. 10, n.4, 2012. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1080/15562948.2012.674324>>.

SHANNON, P. J., WIELING, E., MCCLEARY, J. S.; BECHER, E. Exploring the Mental Health Effects of Political Trauma With Newly Arrived Refugees. **Qualitative Health Research**, v. 25, n. 4, p.443–457. 2015. DOI: <<https://doi.org/10.1177/1049732314549475>>.

SCHÄFFER, M. Subjetividade e enunciação. **Revista Educação e Realidade**. v. 24, n. 1, p.19-38, 1999.

SIMMEL, G. & WOLFF, K. “The Stranger”. In: **The Sociology of Georg Simmel**. New York: Free Press, 1950, p. 402-408.

STEEL, Z., CHEY, T., SILOVE, D., MARNANE, C., BRYANT, R. A., VAN OMMEREN, M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. **Journal of the American Medical Association**. v.302, n. 5, p.537–549, 2009. DOI: <<https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>>.

STEPHAN, C. W.; STEPHAN, W. G. **Two social psychologies: An integrative approach**. Homewood: Dorsey 1985.

STITOU R. **L'étranger et le différent dans l'actualité du lien social**. 1a Ed. Nantes, Editora Pleins Feux. 2000.

SUMMERFIELD, D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category, **British Medical Journal**. v.322, n.7278, p.95-98, 2001. DOI: <<https://doi.org/10.1136/bmj.322.7278.95>>

SWORD, W. Accounting for presence of self: reflections on doing qualitative research. **Qualitative Health Research**. v. 9, n. 2, p. 270-278, 1999. DOI: <<https://doi.org/10.1177/104973299129121839>>>.

TAJFEL, H.; Turner, J. C. The social identity theory of intergroup behavior. In: S. & Worchel & W. Austin (Orgs.), **The social psychology of intergroup relations**. Chicago: Nelson Hall. 1986.

TEIXEIRA, L. B. **O Brasil tem pouco imigrante**. UOL. 2018. Disponível em: <<https://www.uol/noticias/especiais/imigrantes-brasil-venezuelanos-refugiados-media-mundial.htm#o-brasil-tem-pouco-imigrante>> Acesso em 14 de dezembro de 2020.

TERRA, M. G. et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 1. 2009, p. 93-99. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100016>>

TRINDADE VIANA, M. A dimensão internacional do conflito armado colombiano: a internacionalização dos processos de paz Segundo as agendas hemisféricas e global. 2009, Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2009.

TURTON, D. Conceptualising forced migration. RSC Working Paper, n. 12, **Refugee Studies Centre**, Oxford, Oct. 2003.

VAN OUDENHOVEN, J. P.; HOFSTRA, J. Personal reactions to “strange” situations: Attachment styles and acculturation attitudes of immigrants and majority members. **International Journal of Intercultural Relations**, v. 30, n. 6, p. 783–798, 2006. DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2006.05.005>>.

VASCONCELOS, E. **Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental**. Escola de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, (1996).

VERTOVEC, S. Migrant Transnationalism and Modes of Transformation. **The International Migration Review**, v. 38, n. 3, p. 970-1001, 2004.

VIRILIO, P. **From Modernism to Hypermodernism and Beyond: An Interview with Paul Virilio**. 1996, Disponível em: <http://www.kyoolee.net/From_Modernism_to_Hypermodernism_and_Beyond_-_Interview_with_Paul_Virilio.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

ZIMMERMAN, C; KISS, L; HOSSAIN, M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. **PLoS medicine**, v.8, n.5, 2011.

ZONG, J.; BATALOVA, J. **Mexican Immigrants in the United States**. 2017. Disponível em: <<<https://www.migrationpolicy.org/article/mexican-immigrants-united-states-2017>>. Acesso em janeiro 2019.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. Edição especial revisada por Antônio Flávio Peirucci. São Paulo: Companhia das Letras. 2007.

WEI, M.; HEPPNER, P. P.; MALLEEN, M. J.; KU, T.; LIAO, K. Y.; WU, T. Acculturative stress, perfectionism, years in the United States, and depression among Chinese international students. **Journal of Counseling Psychology**, v.54, n. 4, p. 385–394. 2007. DOI: <<https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.4.385>>.

WEISSMANN, L. Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Construção psicopedagógica**, v. 26, n. 27, p. 21-36, 2018.

WILKERSON, I. **Caste. The origins of discontents**. Random House Edition, New York. 2020.

WENDEN, C. W. Radiographie des flux. **L'Economie politique**, n. 4, p. 8-17, 2019.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS INSTITUCIONAIS

ACNUR, Diretrizes da Corte Interamericana de Direitos Humanos. 2020a. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/09/ACNUR-Brasil-Newsletter-Agosto.pdf> Acesso em 14 de dezembro de 2020.

_____. Página Instagram institucional. 2020b Disponível em: https://www.instagram.com/acnurbrasil/?utm_source=ig_embed Acesso em 10 de novembro de 2020.

_____. **Refúgio em números** 4° edição. 2019. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_verse%CC%83o-23-de-julho-002.pdf. Acesso em 22 de janeiro 2020.

_____. **Refúgio em números** 3° edição. 2017. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/04/refugio-em-numeros_1104.pdf. Acesso em 18 de janeiro 2019.

_____. **Declaração de Cartagena**. Colóquio sobre Proteção Internacional de Refugiados na América Central, México e Panamá, realizado em Cartagena de Índias, Colômbia, no 22 de novembro de 1984. 2014. Disponível em: <https://www.acnur.org/cartagena30/pt-br/declaracao-de-cartagena-sobre-refugiados/>. Acesso em 18 de outubro de 2018.

_____. **Convenção relativa ao estatuto dos refugiados**. 1951. Disponível em: http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf. Acesso em 15 de novembro de 2018.

APA American Psychiatric Association. **Diagnostical and statistical manual of mental disorders**. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association. Washington, DC, American Psychiatric Press Inc. 1994.

ACF/HHS **Office of Refugee Resettlement Annual Report to Congress**. 2016. Disponível em: <https://www.acf.hhs.gov/orr/resource/office-of-refugee-resettlement-annual-report-to-congress-2016>. Acesso em 19 de setembro de 2018.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS **Projeto define casos em que estrangeiro será impedido de entrar no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/relacoes-exteriores/520858-projeto-define-casos-em-que-estrangeiro-sera-impedido-de-entrar-no-brasil.html>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. **Institui a Lei de Migração**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: <Disponível em: <<https://goo.gl/t8jSAA>>.>. Acesso em 18 de janeiro de 2019.

Centro de Processamento de Refugiados. **Geographical Map Displaying Arrivals by State and Nationality. Refugee Processing Center**. 2019. Disponível em: <<https://ireports.wrapsnet.org/>>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

CONARE **O refúgio em números**. Site institucional CONARE. 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/anexos/RefugioemNumeros_2018.pdf>. Acesso em 29 de junho de 2019.

DHS-MINNESOTA - Department of Human Services. 2018. Disponível em: <https://mn.gov/dhs/partners-and-providers/program-overviews/refugee-resettlement/> Acesso em 03.jun.2018.

MPI **Analysis of State Department WRAPS data**. Data for FY 2019 are partial and refer to resettlement between October 1, 2018 and April 30, 2019. Disponível em: <<https://www.migrationpolicy.org/article/refugees-and-asylees-united-states>>. Acesso em 22 de setembro de 2019.

HRW **World Report Eritrea** 2018 Disponível em: <<https://www.hrw.org/world-report/2018/country-chapters/eritrea#4694c7>> Acessado em janeiro de 2019

_____. **Table of Contents The Congolese Government Is at War with Its People** Disponível em: <<https://www.hrw.org/blog-feed/democratic-republic-congo-crisis>>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

NASW **National Association of Social Workers**. 2004. Disponível em: <<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=Mr2sd4diMUA%3D&pportalid=0#:~:text=%E2%80%9CThe%20complexity%20of%20families'%20problems,APHSA%2C%20CWLA%2C%202001>>. Acesso em 18 de dezembro de 2020.

OIM International Organization for Migration **Glossary on Migration**. 2019. Disponível em: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf> Acessado em 15 de março 2020.

_____. **World Migration Report 2020** Disponível em: <<https://www.iom.int/news/world-migration-report-2020-launched>>. Acesso em 09 de março de 2020.

ONU-BR. ACNUR . **Número de pessoas deslocadas chega a 68,5 milhões em 2017**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acnur-numero-de-pessoas->

deslocadas- chega-a-685-milhoes-em-2017/.>. Acesso em 05 de dezembro de 2018.

OPAS-BR. Folha informativa - Programa Mais Médicos. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347>. Acesso em 18 de agosto de 2020.

ORR **Office of Refugee Resettlement**. 2016. Disponível em: <https://www.acf.hhs.gov/orr/resources> Acesso em 15 de janeiro de 2020.

Polícia Federal/Ministério da Justiça. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2019/10/18/brasil-recebeu-cerca-de-59-mil-solicitacoes-de-refugio-em-2019.ghtml>>. Acesso em 13 de dezembro de 2019.

PRM **Bureau for Refugee and Migration Populatiom**. 2018 Disponível em: <<http://www.culturalorientation.net/providing-orientation/domestic>>, >. Acesso em 06 de setembro de 2018.

Refugee Processing Center, **Admissions Reports** 2020. Disponível em <<https://www.wrapsnet.org/admissions-and-arrivals/>>. Acesso em 18 de setembro de 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Geral Parlamentar. **Projeto de Lei 01-00142/2016**. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 15 abr. Disponível em: <<https://goo.gl/DU68TX>>. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

SEDES. Intituto Sedes Sapientiae. 2019 Disponível em: <<<http://sedes.org.br/site/clinica-psicologica/projetos-da-e-na-clinica/projeto-ponte-atendimento-psicanalitico-para-imigrantes-e-migrantes/>>>. Acesso em Fev.2019.

UNHCR The UN **Refugee Agency**, Islamic Republic of Iran. 2018a. Disponível em: <<https://www.unhcr.org/islamic-republic-of-iran.html>>. Acesso em 09 de janeiro de 2019.

_____. **Refugee's in America** 2018b. Disponível em: <<https://www.unrefugees.org/refugee-facts/usa/>>. Acesso em 19 de novembro de 2018.

_____. **The United States of America by the government of the united states of America**. 2018c. Disponível em: <https://www.unhcr.org/3c5e5a764.pdf/> Acesso em 13 de março de 2019.

_____. **Refugee Statistics**. 2018d. Disponível em: <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/statistics/>

_____. **Cartilha para Solicitantes de Refúgio no Brasil**. 2014. Disponível em: <<https://www.refworld.org/docid/54eaeabc4.html>>. Acesso em jan.2019.

_____. Global Trends Forced Displacement in 2017. Disponível em: <<https://www.unhcr.org/5943e8a34.pdf>>. Acesso em set. 2018.

UNICEF **Crisis in Sudan**. 2019. Disponível em: <<https://www.unicefusa.org/mission/emergencies/conflict/south-sudan>>. Acesso em 08 de janeiro de 2019.

U.S. Census Bureau. 2018. Disponível em: <<<https://www.census.gov/quickfacts/mn>>>. Acesso em 06 de setembro de 2018

U.S. Department of States. 2017 Disponível em: <<https://www.state.gov/j/prm/releases/factsheets/2017/266365.htm>>. Acesso em ago.2017.

USRAP **United States Refugee Admissions Program**. 2019. Disponível em: <<https://www.state.gov/refugee-admissions/>> Acesso em 10 de setembro de 2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Primeira etapa: Questionário Demográfico Profissional

1. Onde nasce seu interesse em trabalhar com esta população?
2. Você teve algum treinamento específico para atender este público?
3. É afiliado a alguma agência ou organização que encaminha os pacientes até você?
4. Qual é a natureza do trabalho que desenvolve junto desta população?
5. Com que frequência atende seus pacientes?
6. Como descreveria o setting no qual seu atendimento acontece? (urbano, rural, público, privado)?

Segunda etapa: Grand Tour:

Perspectiva do Terapeuta sobre sua experiência

1. Pode me contar como navega através das diferenças culturais que emergem no relacionamento terapêutico com refugiados?

Objetivo: Entender do ponto de vista transcultural, como tem sido, para os terapeutas, as experiências clínicas com refugiados?

Acompanhamento: a) Existe alguma experiência que queira compartilhar na qual sua intervenção foi determinante para superar um impasse? Quais foram as áreas específicas de sucesso clínico? O que você " atribui a eles? b) Quais os desafios específicos? O que você atribui a eles? c) Você tem algum exemplo de como você navegou através destes desafios?

2. Em termos de prioridades da saúde mental, quais são as necessidades mais urgentes do público que atende? Objetivo: Conhecer a perspectiva do terapeuta sobre as necessidades de saúde mental.

3. Como a linguagem afeta a dinâmica clínica / terapêutica?

Objetivo: identificar os diferentes contextos em que a implicação da linguagem é identificada na relação terapêutica.

Perspectiva do Terapeuta das experiências dos migrantes refugiados

1. Qual a sua percepção de como os refugiados experimentam o processo clínico / terapêutico? Objetivo: Descrever a percepção de quem é cuidado e se é verbalizada.

Acompanhamento: a) Quais são suas impressões sobre a experiência de alívio / sucesso / cura? Exemplos b) Quais são suas impressões sobre estagnação /

insatisfação / falta de melhora na terapia? c) Você tem exemplos de como percebe que esses clientes navegam através de desafios interculturais?

2. Em termos de prioridades de saúde mental, o que os refugiados relatam como suas necessidades mais urgentes? Objetivos: distinguir diferentes causas, redes, idioma, condições socioeconômicas, gênero, família etc.

Terceira etapa: Saúde Mental

1. Que tipo de condições que são a expressão de um sofrimento mental que você encontra junto a população atendida (por exemplo, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso de substâncias)?

2. Qual é a sua percepção do estado emocional de seus pacientes/clientes? Eles verbalizam sofrer de algum estigma em função de uma condição específica? Existem condições específicas que deixam o seu paciente/cliente mais vulneráveis do que em outras?

3. Onde esta população busca ajuda diante de seu sofrimento mental?

4. Que estratégias você vê os refugiados empregando para realizar a manutenção da saúde mental pessoal ou familiar, por exemplo: comunidade, religião, família, música, arte, adesão a alguma atividade?

Quarta etapa: O que pode ser feito?

1. Você acredita que o seu país está preparado para abordar a saúde mental da população migrante refugiada? De que forma o sistema é favorável ou não?

2. Existem iniciativas paralelas que acredita sirvam para melhorar sua saúde mental (comunidade, religião, família, música, arte etc.)?

3. O que você acha que já foi feito para reduzir ou acolher seu sofrimento e restaurar seu bem-estar?

4. Na sua opinião, como o background afeta o modo como os recursos psicossociais são acessados e sua eficácia (crenças, costumes, normas)?

Conclusão

1. Existe alguma outra informação que você gostaria de compartilhar sobre suas experiências clínicas com as comunidades de refugiados?

2. Que outros profissionais você recomendaria para se envolver na compreensão e defesa do refugiado e sua saúde mental?

APÊNDICE B - CODE BOOK

6. **VÍNCULO COM O TEMA** – experiências as quais atribui-se o interesse ao tema/grupo.
 - a. **Eventos relacionados a esta escolha- (1A)** – Coisas que tenham acontecido antes de atuar nesse campo. (migração, viagem, estágio etc.)

5. **DINÂMICA TERAPÊUTICA** – contextos em que se torna possível a intervenção.
 - a. **Normas do grupo profissional para se atender este grupo (2A)** – comportamentos tipos/práticas correntes/ crenças discutidas anterior ao trabalho nesse campo. (filiação a entidades e grupos que acolhem este grupo)
 - i. Onde atua
 - b. **Tipo de preparo para atender a este grupo- (2B)** – treinos específicos (tipos de intervenção, regularidade do tratamento)

6. **EXPERIÊNCIA CLÍNICA** – IMEC conhecer a prática clínica e seus desafios para o terapeuta.
 - a. **Experiência/Prioridades (3A)** – insights gerais sobre a prática nesse campo
 - i. **Impasses da clínica (3A.1)** – quais os tipos de dificuldades específicas desse campo terapêutico.
 - ii. **Manejo clínico (3A.2)** – como soluciona os eventuais empasses que encontra;
 - b. **Experiência do migrante (3B)** – como eles se ajustam quando no país;
 - c. **Saúde Mental (3C)** – comentários sobre os impactos saúde mental desafios na família (incluindo estratégias, busca de ajuda, estigmas e padrões).
 - d. **A língua e as linguagens clínicas (3D)** – falas sobre a língua e as linguagens.
 - e. **Prioridades identificadas (3E)** – comentários sobre aspetos julgados indispensáveis para tratar e manter a saúde mental.
 - i. **Implicação social/política do ato (3E1)** – falas sobre percepção política do ato clínico.

7. **EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA** – IREC conhecer a prática clínica e seus desafios para o migrante na perspectiva do terapeuta.

8. **Dinâmica do migrante (4A)** – referencias gerais de como o migrante percebe o atendimento psicológico e adere a ele.
 - a. **Suporte interno (4A.1)** – suporte mútuo de outro membro próximo ou de ou suporte de alguma organização entre as estratégias comunitárias.
 - b. **Suporte externo (4A.2)** – agencias, suporte estadual e federal (emprego, casa, estudos, saúde).

- 9 **Navega na clínica (4B)** - (comentários sobre alívio, sucesso, estagnação, insatisfação na terapia)
- 10 **Navega na cultura (4C)** – referencias gerais sobre as dinâmicas que apontam para a forma como navegam entre as culturas, (conflitos, coesões etc.)
- 11 **Prioridades verbalizadas pelo migrante (4D)** – falas citadas sobre as prioridades na perspectiva do migrante (redes, idioma, condições socioeconômicas, gênero, família).

Planejamento da escrita

– conhecer as necessidades específicas deste campo que impactam a saúde mental na perspectiva do terapeuta.

- a. **Saúde mental Intervenção/mediação (5A)** – individual e da família (psicoeducação) necessidade de integrar e mobilizar diferentes saberes.
 1. **Acolhimento (5B)** – sugestões sobre a necessidade de engajar esta população nos estudos locais para criar oportunidades. Educação, Reconhecimento, Formação -
 2. **Suporte específico na educação (5C)** – necessidades de suporte que os pais podem ter
 3. **Solidariedade comunitária (5D)** – esforços comunitários para melhorar a saúde comunitária através de sua cultura (unidade, resolver tensões, reforçar qualidades positivas /características dos indivíduos e das famílias).
 4. **Suporte grupos específicos (5E)** – apoio necessário para mulheres, negros e LGBT.

APÊNDICE C - RESUMO DAS CATEGORIAS

1. **VÍNCULO COM A QUESTÃO DA MIGRAÇÃO**

Resumo da categoria 1 - experiências e eventos aos quais o terapeuta atribui seu interesse pelo trabalho com migrantes refugiados.

Um dos entrevistados acredita que seu interesse se relaciona com a percepção do que é ser estrangeiro construída a partir da própria vivência. Ter sido estrangeiro pode tornar a pessoa sensível ao outro que experimenta essa condição, pois se é capaz de reconhecer algumas das dificuldades implícitas a ela. Para um dos entrevistados foi durante sua permanência em um país onde o tema da migração ocupava um lugar de destaque que se deu a possibilidade desse encontro. Seu interesse, portanto, não pode ser imputado unicamente ao fato de estar no lugar de estrangeira naquele momento e de conhecer alguns dos desafios de ocupar esse lugar. A cultura na qual se está imerso também alimenta esse interesse numa construção que se dá num registro anterior à experiência própria, na experiência da família, nas falas e memórias que evocam essa ligação.

Em algumas experiências o primeiro contato acontece a partir da solicitação da instituição com a qual o profissional colabora. Um dos entrevistados relatou que seu primeiro contato com a população migrante se deu no estágio clínico universitário, que oferecia atendimento gratuito. Para outro foi quando a instituição passou a receber esse público o primeiro contato, ao qual deu continuidade em sua sucessiva atividade profissional. A aproximação do tema em um dos casos se deu a partir de uma competência detida pelo profissional. Saber tratar o trauma fizeram com que ela fosse mobilizada para trabalhar com essa população.

Para um dos terapeutas, diferente do que se acredita, sua proximidade com o tema não se deve a uma experiência de migração. Ele relatou ter um certo fascínio por aqueles que são capazes de abandonar o familiar e estar no lugar de estrangeiro. Ele reconhece ter certa dificuldade em partir, mas que é capaz de reconhecer a força daqueles que conseguem. Entende sua proximidade com o grupo pela relação que carrega com a língua. As dificuldades com a língua e o sotaque que identificam no estrangeiro mobilizam sua identificação com essa população por também ter um tipo de fala que chama atenção. Assim que nos relatos temos terapeutas que se interessaram tanto por ter facilidade com o idioma estrangeiro, como aqueles que atendem sem conhecer nenhum. Pessoas cujo interesse foi movido pelo reconhecimento de um lugar daquele que não conhece nenhum outro idioma a não ser o seu.

Nos relatos aparece a exposição ao fenômeno migratório também desde a instituição de ensino, profissional ou religiosa à qual se pertence. Para determinados terapeutas, esse é um fenômeno social ao qual foram expostos, e

cujos efeitos passam a ser visíveis no cotidiano. O interesse também emerge como algo construído num registro anterior à própria experiência, mas já presente na experiência familiar, nas falas e memórias que evocam essa ligação com o migrante.

2. **DINÂMICA TERAPÊUTICA**

Resumo da categoria 2A – o que organiza o trabalho clínico com imigrantes/refugiados. Presença de crenças e normas dos profissionais.

Para alguns, todo trabalho terapêutico deve ser precedido por um diagnóstico do trauma fundamentado na crença de que essa população seria acometida por esse sofrimento em função das violências sofridas. Na experiência de uma das entrevistadas, foi compartilhada a determinação, feita pela instituição na qual atua, que exige que se fale o idioma local, no caso o português brasileiro. Essa decisão se justifica como tentativa de auxiliar certa situação de transição que eles terão de aceitar. Isso se dá porque acredita-se que o refúgio tem que ver com uma fuga de situações de violência, perigo de vida etc. Mesmo esses profissionais sendo falantes de outros idiomas, em uma das instituições não se fala outra língua que o português com os migrantes, que devem realizar o esforço de se comunicar em uma língua que não lhe é familiar para falar de seu sofrimento. Em seus relatos alguns terapeutas apontaram que os assuntos trabalhados no âmbito da prática clínica de migrações são em geral sobre a complexidade humana, e não sobre algo específico de sua condição. Os atendimentos têm algo de muito estranho, mas também de muito familiar. Nessa proposta o terapeuta se dispõe a acolher aquilo que é da palavra que é do encontro. A decisão é baseada na convicção de que isto pode facilitar sua adaptação ao novo contexto. Em suas intervenções os terapeutas podem também atuar juntamente a outros profissionais. Em uma das instituições os atendimentos propostos são realizados por mais de um terapeuta, buscando intencionalmente o efeito de grupo. O grupo de terapeutas encontra-se para garantir a intervenção no molde proposto. Quando os atendimentos são de mais de um terapeuta para um paciente, entende-se que a equipe pode fazer a função de grupo.

Resumo da categoria 2B - Tipo de preparo ou treino específico para atender a este grupo

O preparo oferecido pela instituição que o terapeuta integra, majoritariamente diz respeito a aspectos legais da condição do refúgio. No entanto, nos relatos ficou explícito que poucos terapeutas haviam passado por

alguma formação para trabalhar com essa população. Nessas formações aprende-se sobre como encaminhar as demandas para os diversos serviços e assistência social. Depende de o profissional buscar alguma formação que o habilite e o sensibilize ao trato com outras culturas. O terapeuta é aquele que, em muitos casos, se encontra mais próximo do relato íntimo do sujeito e pode detectar eventuais problemas e necessidades e, portanto, encaminhar demandas aos serviços responsáveis. Para alguns, muito pouco ou nada é abordado referente à detecção do trauma, tema considerado importante perante uma população que é com frequência vítima de violências. O suporte para aquele que é novo nesse campo vem de grupos de terapeutas que atuam há mais tempo. Aqueles com mais experiência dão supervisão aos novos colegas. Existem ainda grupos nos quais os terapeutas podem compartilhar suas questões, tirar dúvidas e escutar o modo de operar de outros colegas. Semanalmente, são discutidos os casos e a clínica. Nos grupos mais antigos e consolidados, frequentemente integrados por acadêmicos, é realizada a produção de material escrito sobre experiências e intervenções que passam a ser utilizados como guias.

EXPERIÊNCIA CLÍNICA DO TERAPEUTA prática clínica e seus desafios para o terapeuta

Resumo da categoria 3A - Experiência do Terapeuta e seus impasses, Insights gerais sobre a prática nesse campo.

Um dos terapeutas relata que o acolhimento precisa se dar com interesse e abertura para poder criar um lugar específico, ponto estável, para aquele que vive em constante incerteza. O sujeito poderia, através desse acolhimento, também se apropriar do próprio projeto de migrar ou de permanecer. Esse acolhimento, de acordo com o entrevistado, precisa ser humano, solidário e reconhecer o outro como igual, alheio à lógica hegemônica em que os migrantes são percebidos como populações invasoras. Ele aposta nos efeitos de sua intervenção como possibilidade de constituir um laço com estrangeiro/familiar, o terapeuta. Diante de um cenário de acolhimento institucional precário, alguns terapeutas citam sua angústia diante do alcance de suas intervenções. A precariedade é, para os terapeutas, terreno fértil para explorar novas possibilidades de *setting*, escuta e intervenção. Diante da falta de recursos financeiros de migrantes refugiados é frequente aparecerem pedidos aos terapeutas. Sua escuta enfrenta o desafio de possibilitar a criação de uma demanda real e que não permaneça como queixa material. Dessa forma, são restabelecidos limites para as demandas que vão além do que é entendido como intervenção terapêutica ou social. Nessa dinâmica de estabelecer seu próprio alcance, alguns terapeutas criam grupos com temas específicos a partir dos

quais as experiências podem ser evocadas. A prática clínica sofre com os desafios impostos também pela língua. Alguns contam com a ajuda de intérpretes voluntários, situação que muitas vezes interfere na dinâmica. No formato de grupo, no qual podem valer-se da tradução de um integrante, há situações em que o intérprete decide o que traduzir ou se emociona com que ouviu ao ponto de prejudicar seu exercício. Todos reconhecem que a dinâmica da língua interfere, mas não inviabiliza a prática terapêutica, mas para isso precisa haver desejo de ambas as partes em superar o desafio. Foi relatado que, mesmo assim, a condução do grupo tem certas limitações quando operado nesses moldes. Em grupos maiores os relatos são interrompidos pelas interpretações, também há a questão que pode ser partilhada com os outros. Diante da barreira da língua, há terapeutas que adotam uma língua de contato, frequentemente o inglês. A presença do intérprete nunca é neutra para o terapeuta, mas ele pode criar uma relação com esse profissional para que sua ação nesse campo seja efetiva. Sua atuação depende ainda da formação, da postura ou da transferência que se estabelece com o paciente. Quando alguém não encontra palavras nessa língua estrangeira, pode recorrer a sua língua materna, que é capaz de captar o afeto do evento ou faz-se uso de ferramentas como o Google tradutor. O impasse da questão do idioma não é um impedimento para o fazer clínico, algumas coisas se perdem quando você não fala a mesma língua, mas outras coisas surgem, outras possibilidades são criadas. A língua quando usada pelo terapeuta como instrumento diagnóstico, acaba por perder sua validade. Frequentemente, em sua prática, o terapeuta precisa articular as expectativas da instituição, do cliente/paciente e sua própria disponibilidade de intervenção.

Resumo da categoria 3B - Manejo clínico, gerenciamento e superação dos impasses encontrados.

Eles dizem que, em suas experiências, é necessário fazer do espaço terapêutico o lugar da palavra, finalmente restituída ao paciente/cliente. Se restitui, portanto, algo que dele fora retirado, quando se leva em conta que sua migração foi forçada, na qual sua vontade ou sua voz não tiveram valor. Ressaltam ser importante poder fazer o exercício de se colocar no lugar do outro para poder reconhecer que não se sabe dele. Nesse sentido, acreditam ser necessário dar espaço ao não saber e fazer dele a possibilidade da palavra. Entendem que o papel do terapeuta é o de possibilitar que o paciente produza palavra sobre o evento traumático, e que essa experiência possa ser inscrita numa narrativa do que foi vivido. A narrativa que se dá produz compartilhamento, que acontece num solo onde um encontra outro de outra cultura. Nesse encontro o terapeuta precisa relativizar sua cultura para que a escuta produza efeito,

renunciar a seu próprio referencial cultural, conservando um determinado interesse naquilo que se refere à alteridade do outro. Além disso, é importante ter um olhar sócio-político-geográfico daquilo que são os conflitos e as modalidades das geopolíticas que impelem aos deslocamentos. Os entrevistados acreditam que as famílias de refugiados devem ser recebidas a partir de sua perspectiva cultural, e afirmam que, como terapeutas, devem sempre priorizar o que é culturalmente apropriado, culturalmente sensível. Nesse lugar, eles, os terapeutas, também são convocados a interpretar o que é da cultura de acolhimento para o migrante. A figura do psicólogo é um pouco vergonhosa para o migrante, de acordo com uma das entrevistadas. Nesse sentido, sua intervenção também precisa ser anunciada de uma forma que possa ser aceita.

Resumo da categoria 3C - Experiência do Migrante –verbalizações do que dói e do processo terapêutico.

No relato dos entrevistados, a experiência do racismo aparece como sendo frequente, sobretudo para a população negra, que passa a sentir no país de acolhimento a experiência de discriminação. A precariedade em que tanto os locais como os migrantes vivem, acirra as disputas pelos poucos auxílios, tendo inclusive confrontos físicos. Os locais reclamam que essa população supostamente teria mais oportunidades. Muitos se alimentam apenas enquanto estão nos abrigos, conseguindo apenas o café da manhã e jantar, sem poder almoçar por falta de dinheiro. É importante também resguardar, alguns grupos específicos que se encontram em vulnerabilidade maior, como crianças e adolescentes desacompanhados, a população LGBT, negros e mulheres são vítimas de novas violências, até mesmo nas instituições que os acolhem. Segundo uma das entrevistadas, as queixas mais comuns entre a população do Haiti, da Bolívia e de Venezuela são situações de maus-tratos dentro da conjugalidade. Migrantes que chegam com crianças aparentam mais ansiedade diante da necessidade de se estabelecer no novo território. O profissional consultado considera que o acolhimento institucional faz a diferença na experiência de ser estrangeiro.

Resumo da categoria 3D - Saúde Mental, observação dos impactos na saúde mental, desafios familiares e estratégias de restabelecimento e ajuste no novo território.

Existe um tempo próprio para que o trauma possa ser verbalizado, assim que nos relatos escutados pelos terapeutas existe uma predominância de

queixas que podem ser relacionadas aos efeitos que episódios traumáticos deixam no sujeito. De acordo com os testemunhos coletados, a saúde mental representa isso que, diante de condições extremas, o sujeito lança mão para dar conta do grave, sua história, seus recursos simbólicos. Em sua opinião, para a manutenção da saúde mental do migrante não basta contar com sua capacidade de resiliência. Ela acredita que as condições emocionais deste sujeito dependem também do envolvimento do Estado que deve oferecer a eles algumas condições materiais como abrigo, saúde, educação, formação profissional etc. Na observação de diferentes terapeutas, são frequentes queixas de ansiedade relacionada ao cotidiano, como conseguir. Aqueles que não estão em sofrimento tão agudo, chegam ao psicólogo com demandas muito concretas, como trabalho e moradia. A violência a qual estão sujeitos traz graves efeitos psíquicos de desorganização, surto, alcoolismo e sofrimento extremo. Quando sua saúde mental se encontra fragilizada, é recorrente o relato de estigma. Aquele que se encontra num estado de desorganização mental parece representar para algumas culturas uma figura terrífica. Essa condição acarreta sofrimento e sentimento de rejeição quando esse sujeito não dispõe de suporte familiar sólido e presente, o que é comum no refúgio. Segundo outra terapeuta, em culturas ligadas ao Vodun, a doença mental não é bem vista e quem expressa fragilidade mental debilitante é estigmatizado. Consequentemente, a pessoa fica assustada com o lugar que ocupa no olhar do outro. No âmbito das prioridades eles sugerem a necessidade de ações conjuntas e amplas. Nesse campo seria importante envolver terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psiquiatras, educadores, agentes de saúde dentre outros. É importante poder formar os profissionais que interagem com esta população para que sejam capazes de identificar o trauma, mas não de intervir por não saberem como se dirigir de forma culturalmente sensível. No Estado do Minnesota os refugiados que têm acesso a uma gama de serviços organizados. Uma das melhorias diz respeito a inclusão de terapeutas multilíngue nas equipes, facilitando o acesso a intérpretes treinados e realização de campanhas de sensibilização da comunidade.

3. **EXPERIÊNCIA DO MIGRANTE** - a prática clínica e seus desafios para o migrante na perspectiva do terapeuta.

Resumo da categoria 4A – Como o migrante responde ao sofrimento das manifestações e construções em torno dessa condição.

O migrante refugiado busca e encontra auxílio no Sistema Único de Saúde (SUS), no caso do Brasil, em associações religiosas, mas é sobretudo nas organizações não governamentais que oferecem o maior número de serviços que isso se dá. Nelas encontram acesso a atividades físicas, ao estudo da língua local e à psicoeducação. Nessa instituição obtém ajuda para aprender a navegar na cultura, como também para superar barreiras, na medida em que podem

entender o funcionamento do sistema cultural no qual estão inseridos. Existe ainda a importante figura dos agentes comunitários responsáveis pelos casos, figuras que fazem uma ponte e facilitam o acesso do estrangeiro aos serviços. Outra figura importante que é o gerente de caso que normalmente se comunica com os clientes para monitorar sua condição quando em sofrimento. Os migrantes tentam recriar familiaridades e, no caso dos venezuelanos no Brasil, é comum trabalhar com conterrâneos.

Resumo da categoria 4B - Suporte e efeito, como o migrante percebe o atendimento psicológico e adere a ele (alívio, sucesso, estagnação, insatisfação na terapia).

Pode aparecer uma espécie de gratidão. Um terapeuta ouviu relatos claros dos efeitos positivos do atendimento psicológico, acompanhados de demonstrações de agradecimento e afeto através de um presente ou carta. A forma como o migrante navega na clínica é perceptível também pelo movimento de aceitação do processo terapêutico. Nesse sentido, o terapeuta avalia seu engajamento, sua oferta de palavra e retorno como sendo sinal de reconhecimento dos efeitos da intervenção. O engajamento nesse lugar de fala é a marca de que há uma compreensão sobre seu valor, do que se espera dele e também do acordo assumido além do investimento que se dá na palavra. No decorrer dos atendimentos criam-se momentos em que o migrante compartilha de sua cultura. Poder compartilhar de suas referências culturais em grupo é reconhecido como outro momento em que o valor do lugar terapêutico aparece.

Resumo da categoria 4C - Como o migrante navega na nova cultura – dinâmicas que apontam para a forma como operam conflitos e coesões entre as culturas.

Na terapia em grupo, os refugiados falam muito sobre estigmas e preconceitos. Dizem que, enquanto lhes é propagandeada a ideia de Brasil como um lugar de miscigenação, de mistura de raças, de abertura, eles se frustram diante da discriminação. Os padrões de discriminação registrados são raciais e acontecem com haitianos, árabes e também há relatos de discriminação de gênero. Para alguns grupos a experiência é outra. Eles relatam que um ponto positivo da cultura brasileira é o acolhimento e a receptividade na cidade. Em razão de a guerra na Síria ter sido amplamente divulgada pelos meios de comunicação, as pessoas vêem com outro olhar os refugiados vindos desse território. Eles verbalizam que, na sua experiência, ser refugiado dá um certo estatuto especial para o sujeito, porque existe um certo romantismo sobre essa ideia. Uma entrevistada relata a história de um casal que teve de fugir de seu país devido a conflitos e que foi acolhido e recebido na cidade com uma onda de

solidariedade. Adolescentes não aparecem na clínica, e se supõe que estão em formação ou num processo de integração. Também há relatos que dizem respeito à mudança de cultura e dificuldades quando se adota algo novo e que não é aceito na cultura de origem. Uma terapeuta conta sobre um casal em que a mulher havia chegado ao país antes do marido. Quando ele chegou não conseguia acompanhar as mudanças da esposa e isso era causa de conflitos. Da terapeuta, buscavam uma mediação para que houvesse entendimento. A terapeuta era também procurada para mediar a relação entre pais e filhos que, em contato com a cultura brasileira, tinham adquirido formas diferentes de agir com as quais os pais não sabiam lidar.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFRJ - CENTRO DE FILOSOFIA
E CIÊNCIAS HUMANAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A clínica na migração: navegar através das implicações transculturais na perspectiva do terapeuta.

Pesquisador: SUZANA DUARTE SANTOS MALLARD

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02917118.5.0000.5582

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia (UFRJ)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.059.711

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Tese de Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da UFRJ, intitulado “A clínica na migração: navegar através das implicações transculturais na perspectiva do terapeuta” busca pesquisar como acontece a terapia clínica - a partir do olhar do terapeuta e dos psicólogos - que realizam trabalho de saúde mental com refugiados no Brasil e nos EUA.

Nas palavras da pesquisadora:

“Escolhemos olhar para a realidade vivida por refugiados que já no país de acolhimento venham a buscar um atendimento em função de seu sofrimento psíquico. O refugiado é uma pessoa que fugiu de seu país e precisa de “proteção internacional” pelo risco de violência, perseguição e vida que ele corre caso retorne ao local de origem.”

A pesquisadora explica ainda:

“Escolhemos como nosso objeto de investigação as experiências de escuta na saúde mental de psicólogos e terapeutas que atendem refugiados em contextos culturais diferentes. Sobre esta experiência nossa escuta aponta para os desafios experimentados por estes para lidar com as diferenças culturais no setting terapêutico. Além do relato sobre como eles navegam através dos

Endereço: Av Pasteur, 250-Praia Vermelha, prédio CFCH, 3º andar, sala 30
Bairro: URCA **Município:** RIO DE JANEIRO **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Telefone:** (21)3938-5167 **E-mail:** cep.cfch@gmail.com