



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**GUSTAVO DA SILVA MACHADO**

**Os movimentos da escuta: cartografia do cuidado em saúde mental oferecido a imigrantes**

Orientadora: Profa. Dra. Lucienne Martins Borges

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

GUSTAVO DA SILVA MACHADO

**Os movimentos da escuta: cartografia do cuidado em saúde mental oferecido a imigrantes**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Lucienne Martins Borges

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Machado, Gustavo da Silva

Movimentos da escuta : cartografia do cuidado em saúde  
mental oferecido a imigrantes / Gustavo da Silva Machado  
; orientadora, Lucienne Martins Borges, 2023.  
218 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Escuta psicossocial.  
4. Migração. 5. Refúgio. I. Martins Borges, Lucienne. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Psicologia. III. Título.

Gustavo da Silva Machado

Movimentos da escuta: cartografia do cuidado em saúde mental oferecido a imigrantes

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado em 30/08/2023  
por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Jeferson Rodrigues, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Raluca Soreanu, Dra.  
University of Essex

Certificamos que esta é a versão **original e final** do trabalho de conclusão que foi  
julgado adequado para obtenção do título de doutor em Psicologia.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

---

Profa. Lucienne Martins Borges, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2023

*O que me sustenta é saber que sempre  
fabricarei um deus à imagem do que eu  
precisar para dormir tranquila, e que os  
outros furtivamente fingirão que  
estamos todos certos e que nada há a  
fazer. Tudo isso, sim, pois somos sonsos  
essenciais, baluartes de alguma coisa. E  
sobretudo procurar não entender.  
Porque quem entende desorganiza.*

*Clarice Lispector*

*Soy la fotografía de un desaparecido  
La sangre dentro de tus venas  
Soy un pedazo de tierra que vale la pena  
Soy una canasta con frijoles  
Soy Maradona contra Inglaterra anotándote dos goles  
Soy lo que sostiene mi bandera  
La espina dorsal del planeta es mi cordillera  
Soy lo que me enseñó mi padre  
El que no quiere a su patria no quiere a su madre  
Soy américa latina  
Un pueblo sin piernas pero que camina*

*Calle 13 - Latinoamerica*

A blurred photograph of a street scene at dusk or dawn. The image shows a building with a red awning and a red car in motion, creating a sense of movement and activity. The background is a mix of warm and cool tones, suggesting a sunset or sunrise.

**OS  
movimentos  
da escuta**

## AGRADECIMENTOS

Desde que aprendi a escrever, entendo este ato como algo coletivo. Toda palavra que aprendi veio do outro. Todo novo termo que aprendo vem da boca ou da escrita de alguém. Assim, escrever, para mim, é como reger uma sinfonia composta por outras pessoas. É uma tarefa complexa porque o mesmo movimento que faz uma palavra ser encontrada, outra é perdida. É um movimento que me coloca, necessariamente, em contato com o outro. Posso dizer, definitivamente, que esta tese só existe porque tive outras tantas pessoas comigo, sustentando e dando sentido às minhas palavras.

Primeiro, gostaria de agradecer às pessoas imigrantes que confiaram em mim suas histórias. Como testemunha do movimento, pude conhecer realidades e culturas que jamais imaginei. Com respeito, fui desbravando realidades e aprendi que o nó entre “o que quero dizer” e o que o outro “está ouvindo” só é dissolvido com o desejo para o encontro. Pude desestabilizar minhas verdades de forma significativa e necessária. Obrigado por me ensinarem que para saber, primeiro, precisamos não saber. Ouvir situações tão delicadas e tentar, de alguma forma, oferecer cuidado, aos poucos, me ajudou a ser mais gentil comigo mesmo e com o outro. Hoje, meu vocabulário conhece outras línguas, especialmente afetivas. Muito obrigado.

Agradeço também às profissionais que se disponibilizaram a falar sobre suas experiências no atendimento a imigrantes. Sei o quanto é difícil olhar para nossas próprias fragilidades e limitações, vocês foram especialmente sensíveis em relação a isso. Foi muito importante poder ouvir de vocês as experiências relacionadas a minha temática de pesquisa. Confirmei, no encontro, que resposta para certos dilemas coletivos e públicos jamais será encontrada numa jornada solitária. E mais: aceitei, com vocês, que algumas respostas também surgem com um ponto de interrogação no final, elas abrem novos caminhos.

À minha família, com quem aprendi as primeiras palavras, agradeço o investimento afetivo que recebo desde que nasci. São inúmeros os aprendizados, mas gostaria de destacar dois que foram de grande importância para a conclusão desta tese: ao meu pai, agradeço a transmissão do amor pela palavra e pela literatura. Sigo no desafio de fazer do mundo um lugar mais habitável por meio da palavra, pai. Ela é minha maior aposta. À minha mãe, agradeço a ternura que me transmitiu um desejo pelo cuidado. Além disso, foi com minha mãe que aprendi que, para mudar algo, precisamos fazer algo diferente. Parte desta tese é de vocês, assim como tudo o que eu escrever.

Lucas, nesta ânsia por transformar o que sinto em palavra, é na relação contigo que mais perco o verbo, mas em um bom sentido. Sou imensamente feliz pelo sólido

caminho que temos trilhado juntos há tantos anos. Nosso amor e teu apoio me deram forças para acreditar que seria possível finalizar esta escrita. No teu olhar cuidadoso de quem acredita em mim, encontrei porto seguro para forjar as palavras. Sobretudo, neste último ano, acredito que solidificamos que o movimento pode ser nosso lugar de escolha e sou cada vez mais feliz por isso. Além disso, agradeço imensamente a Susana e Washington, pais de Lucas, que além de me darem um dos maiores presentes que eu poderia receber na vida, me acolheram na família e oferecem um suporte gigantesco.

Ao meu irmão, agradeço por ter me dado uma das minhas maiores inspirações para trabalhar por um mundo mais justo: meu sobrinho Enrico. Que consigamos, juntos, ainda acreditar no mundo como um lugar melhor. Enrico, obrigado por tanto amor e carinho.

Agradeço a minha orientadora Lucienne pelo suporte ao longo destes anos de pesquisa. Como minha primeira supervisora clínica, foi contigo que comecei a aprender esta difícil tarefa de escutar. Sigo aprendendo, mas sei que este começo solidificou alguns pressupostos éticos que jamais esquecerei. Agradeço não só pelo apoio neste trabalho, mas em tudo o que já construímos juntos ao longo dos últimos anos. Que este seja o final de um percurso que abre caminhos para tantos outros. Da mesma forma, agradeço a Jura, minha orientadora de mestrado, que certamente imprimiu em mim um modo de pensar, refletir e pesquisar que me acompanha até hoje.

Como professor, tive encontros extremamente potentes com pessoas que confiaram em mim a posição de docente. Aqui, agradeço com muito carinho, aos alunos e alunas que me ofereceram o privilégio de ser escutado na tentativa de compartilhar teorias e técnicas que compõem meu olhar sobre a psicologia e a psicanálise. É neste lugar que me encontro, compartilhando, construindo junto, produzindo relações potentes no caminho da justiça social. Certamente, aprendi muito mais do que ensinei ao longo destes anos.

Agradeço também a Yara, amiga que acompanha quase que diariamente o que sinto, oferecendo-me suporte, carinho e cuidado como ninguém. Espero conseguir retribuir o quanto me sinto acolhido por ti. Esta tese tem muito de ti também. Na mesma medida, agradeço a Allyne, dona de um sorriso acolhedor e de um dos abraços mais sinceros que já recebi. Posso dizer que tenho a sorte de ter uma amiga incrível que também me ajuda em minhas empreitadas acadêmicas. Que nosso caminho seja cada vez mais compartilhado.

Agradeço às amigas que estão comigo desde a faculdade: Marina S., Marina F., Stephanie, Luiza e Geni. É muito bom poder ver em vocês profissionais que me inspiram

e me dão forças para buscar, cada vez mais, uma coerência interna entre meu desejo e as possibilidades. Geni, fico imensamente feliz e orgulhoso de ter o privilégio de articular minhas reflexões desta tese com tua produção acadêmica, és força e esperança, obrigado por tanto. Também agradeço a turma de doutorado que ingressou comigo em 2019 com o desafio de debater temas emergentes de maneira crítica e implicada. Especialmente, agradeço a Gustavo, Fabrício e Gerusa pelas boas risadas nos intervalos entre aulas e pelas sinceras opiniões sobre minha pesquisa.

Esta tese também foi acompanhada pelas amigas e colegas de núcleo de pesquisa, o NEMPsiC. Agradeço a Paula, Luiza M., Vitória, Giovanna, Lucas, Alisson, Bruna e Elisa pelas trocas e leituras ao longo deste período de pesquisa. Também agradeço à professora Marcela, coordenadora do núcleo, pelas importantes sugestões no meu trabalho na banca de qualificação e pela bonita relação de amizade que temos construído. Agradeço às extensionistas do Projeto “Rede de apoio psicossocial para imigrantes e refugiados na região da Grande Florianópolis” Lídia e Lílian pelas trocas no último ano e pela relação de confiança que estamos construindo.

Agradeço também a amiga Julia Lopes pelo importante vínculo que temos e pelos trabalhos que elaboramos conjuntamente. A revisão de literatura que compõe parte desta tese foi feita contigo e sou muito feliz por isso. Teu olhar generoso comigo e com nossas pesquisas me ensinou muito ao longo destes anos. Da mesma forma, agradeço às amigas que compartilharam o trabalho no CRAI comigo, construindo um fazer interdisciplinar e implicado: Manu, Gabi, Henrique e Marina. Muito obrigado por tudo.

No último ano, vivi uma das mais intensas experiências da minha vida, a migração. Este trabalho certamente não seria o mesmo se eu não tivesse vivido no meu próprio corpo o deslocamento. Agradeço a todo o suporte que recebi de amigos e familiares e, especialmente, ao acolhimento que recebi em Bruxelas do professor Antoine Roublain no CeSCuP, da Université Libre de Bruxelles. Soha, tu m'as appris que l'expérience de la migration est complexe et unique. Merci de me rappeler que je dois être gentille avec moi-même. Agradeço também ao Federico, amigo querido que ama o Brasil e que me ajudou a ver meu próprio país com outros olhos. Também agradeço as lindas trocas com Gusta e Italo, pessoas com quem pude me sentir em casa.

Aos integrantes da banca avaliadora, agradeço a professora Ana Lúcia por me acompanhar com tanto carinho desde a graduação. Fico feliz de ter o privilégio de ser lido por ti mais uma vez neste momento da minha carreira. Aprendo constantemente com tua produção e modo de refletir a realidade e tenho certeza de que não será diferente nesta tese. Ao professor Jefferson, agradeço não só por aceitar o convite e pelas

contribuições, mas também pelo olhar cuidadoso de quem aposta e acredita em mim. A professora Raluca, agradeço o aceite de ler esta tese em português e pelas sempre valiosas contribuições no campo da psicanálise e dos estudos psicossociais. Vejo na banca que escolhemos um espaço de afetos e trocas significativas e, sobretudo, um lugar de importante discussão. Agradeço também ao Programa de Pós-graduação em Psicologia/UFSC e a CAPES pela oportunidade de me formar um pesquisador crítico e conectado com a realidade. Sou muito feliz e grato pelas escolhas e oportunidades que tive.

Termino estes agradecimentos com a certeza de que eles poderiam ser ainda maiores, pois finalizo esta etapa com um sentimento pulsante de estar vivo. Escrever sobre um tema tão delicado e intenso, me colocou para refletir sobre temas que esbarraram em uma necessidade cada vez mais urgentes de fazer da vida um ato radicalmente coletivo. Espero conseguir seguir assim.

## RESUMO

Entende-se por imigrante aquele que não se encontra em sua zona geográfica e cultural constituinte. Este deslocamento em busca de sobrevivência ou melhores condições de vida atribui diferentes características ao fluxo migratório, sobre as quais é possível destacar uma série de efeitos psicossociais. Na busca por cuidado em um novo país diante de da vulnerabilidade inerente à condição, imigrantes procuram escuta para seu sofrimento psíquico em serviços de saúde que nem sempre consideram a cultura como categoria de análise nas construções diagnósticas. Assim, retoma-se a discussão sobre o ato diagnóstico como uma ferramenta de controle e normatização, uma vez que a patologização das experiências culturais diversas da vigente se estabelece como um ato de controle sobre este corpo “em fronteira”. Para dentrar esta discussão, nesta pesquisa, resgate-se o aporte teórico da psicanálise e da etnopsiquiatria articulando com discussões decoloniais. Desta forma, este trabalho buscou compreender o processo de escuta do sofrimento psíquico de imigrantes na perspectiva de profissionais da psicologia e da medicina (especificamente das especialidades de Medicina de Saúde da Família e Comunidade, e Psiquiatria). Como método, apresento uma proposta cartográfica que se alinha também com a etnografia psicossocial que se desenvolveu em dois movimentos: uma análise do diário de campo da prática profissional do autor como psicólogo nestes contextos e, no segundo tempo, entrevistas em profundidade com profissionais que aceitarem descrever o itinerário terapêutico de imigrantes que apresentem como queixa sofrimento psíquico e quais condutas clínicas e diagnósticas adotadas. Os principais resultados, apontam para a compreensão da escuta como um ato político, implicado e em constante construção, uma vez que, para ser efetuada de modo culturalmente sensível, ela precisa se permitir certas desestabilizações. Especialmente no segundo movimento, foi possível encontrar barreiras no trabalho com imigrantes em serviços de saúde da cidade de Florianópolis que sugerem a necessidade de formações para se reduzir a fragmentação do cuidado e os atos de medicalização frequentes com esta população. Percebeu-se, com esta pesquisa, que as práticas normatizantes surgem como uma resposta no encontro com o inesperado que a diferença inquietante oferece ao encontro clínico. Para superar esta barreira, surgem como possibilidades a problematização constante da reedição de práticas coloniais e discursivas que adentram as relações terapêuticas cotidianamente; e certa elasticidade na técnica clínica perante o traumático. Esta pesquisa faz parte de um projeto amplo denominado *Dimensões psicossociais do acolhimento de imigrantes e refugiados em Santa Catarina* do Núcleo de Estudos em Psicologia, Migrações e Culturas (NEMPsiC).

**Palavras-Chave:** Imigração; profissionais de saúde; normatização; psicanálise; sofrimento psíquico

## RÉSUMÉ

Un immigré est défini comme une personne qui ne se trouve pas dans sa zone géographique et culturelle d'origine. Ce déplacement à la recherche de la survie ou de meilleures conditions de vie attribuent différentes caractéristiques au flux migratoire, sur lequel il est possible de mettre en évidence une série d'effets psychosociaux. Dans la recherche de soins dans un nouveau pays, face à la vulnérabilité inhérente à la condition, les immigrants cherchent à écouter leur souffrance psychologique dans des services de santé qui ne considèrent pas toujours la culture comme une catégorie d'analyse dans les constructions diagnostiques. Ainsi, la discussion sur l'acte diagnostique en tant qu'outil de contrôle et de normalisation reprend, puisque la pathologisation des expériences culturelles autres que l'expérience actuelle est établie comme un acte de contrôle sur ce corps "à la frontière". Pour entrer dans cette discussion, cette recherche reprend l'apport théorique de la psychanalyse et de l'ethnopsychiatrie en l'articulant avec les discussions décoloniales. Ainsi, ce travail a cherché à comprendre le processus d'écoute de la souffrance psychique des immigrants du point de vue des professionnels de la psychologie et de la médecine (plus précisément des spécialités de la médecine familiale et de la santé communautaire et de la psychiatrie). Comme méthode, la perspective cartographique a été adoptée, qui a été développée en deux mouvements : une analyse du journal de terrain de l'auteur sur sa pratique professionnelle en tant que psychologue dans ces contextes et, dans la seconde moitié, des entretiens approfondis avec des professionnels qui ont accepté de décrire l'itinéraire thérapeutique des immigrants qui se plaignaient de détresse psychologique et quels comportements cliniques et diagnostiques ont été adoptés. Les principaux résultats indiquent que l'écoute est un acte politique, impliqué et en constante construction, puisque, pour être menée à bien d'une manière culturellement sensible, elle doit permettre certaines déstabilisations. En particulier dans le deuxième mouvement, il a été possible de trouver des obstacles dans le travail avec les immigrants dans les services de santé de la ville de Florianópolis qui suggèrent la nécessité d'une formation pour réduire la fragmentation des soins et les actes fréquents de médicalisation avec cette population. Cette recherche a montré que les pratiques normatives émergent comme une réponse à l'inattendu que la différence dérangeante offre à la rencontre clinique. Pour dépasser cet obstacle, les possibilités proviennent de la problématisation constante de la réédition des pratiques coloniales et discursives qui entrent quotidiennement dans la relation thérapeutique ; et d'une certaine élasticité de la technique clinique face au traumatique. Cette recherche fait partie d'un vaste projet intitulé Dimensions psychosociales de l'accueil des immigrants et des réfugiés à Santa Catarina du Núcleo de Estudos em Psicologia Migrações e Culturas (NEMPsiC).

**Mots clés :** Immigration ; professionnels de la santé ; normalisation ; psychanalyse ; souffrance psychologique

## ABSTRACT

An immigrant is not in their geographical and cultural area of origin. This displacement in search of survival or better living conditions attributes different characteristics to the migratory flow, on which it is possible to highlight a series of psychosocial effects. In the search for care in a new country, faced with the inherent vulnerability of the condition, immigrants seek to listen to their psychological suffering in health services that do not always consider culture as a category of analysis in diagnostic constructions. Thus, the discussion on the diagnostic act as a tool of control and standardisation is resumed since the pathologisation of cultural experiences other than the current one is established as an act of control over this body "on the border". This research rescues the theoretical contribution of psychoanalysis and ethnopsychiatry, articulating with decolonial perspectives. In this way, this work sought to understand the process of listening to the psychological suffering of immigrants from the perspective of psychology and medicine professionals (specifically from the specialities of Family and Community Health Medicine and Psychiatry). As a method, the cartographic perspective aligned with psychosocial ethnography was adopted in two movements: an analysis of the author's field diary of professional practice as a psychologist in these contexts and, in the second half, in-depth interviews with professionals who agreed to describe the therapeutic itinerary of immigrants who complained of psychological distress and what clinical and diagnostic behaviours were adopted. The main results point to the understanding of listening as a political act, implicated and in constant construction since it needs to allow certain destabilisations to be carried out in a culturally sensitive way. Especially in the second movement, it was possible to find barriers to working with immigrants in health services in Florianópolis that suggest training to reduce the fragmentation of care and the frequent acts of medicalisation with this population. This research has shown that normalising practices emerge as a response to the unexpected that the disturbing difference offers to the clinical encounter. To overcome this barrier, possibilities arise from the constant problematisation of the re-edition of colonial and discursive practices that enter therapeutic relationships daily, demanding a certain elasticity in the clinical technique in the face of trauma. This research is part of a broad project called Psychosocial Dimensions of the Reception of Immigrants and Refugees in Santa Catarina of the Núcleo de Estudos em Psicologia Migrações e Culturas(NEMPsiC).

**Key words:** Immigration; health professionals; normatisation; psychoanalysis; psychological suffering

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa da cidade de Florianópolis com a concentração de imigrantes por Unidade de Saúde e os profissionais entrevistados.....	90
Figura 2 - Fotografia de uma intervenção realizada após o episódio de expulsão dos imigrantes da ocupação.....	124
Figura 3 Diagrama conceitual sobre o eclipse do sujeito de desejo .....	128
Figura 4 Diagrama conceitual sobre o deslocamento da escuta .....	130
Figura 5 Esquema com elementos analíticos do segundo movimento cartográfico .....	141

## LISTA DE ABREVIACÕES

- ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas pelos Refugiados
- CADÚnico – Cadastro Único
- CeSCuP – Center for Social and Cultural Psychology
- CID – Classificação Internacional das Doenças
- CRAI/SC – Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes de Santa Catarina
- CS – Centro de Saúde
- DPU – Defensoria Pública da União
- DSM – Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- GAIRF – Grupo de Apoio a Imigrantes e Refugiados na Região da Grande Florianópolis
- ICOM – Instituto Comunitário Grande Florianópolis
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NEMPsiC – Núcleo de Estudos em Psicologia, Migrações e Culturas
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- SAS – Secretaria Municipal de Assistência Social
- SUAS – Sistema Único de Assistência Social
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UNFPA – Fundo de Populações das Nações Unidas
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1. PRÓLOGO: A ABERTURA DE UM MAPA EM TERRAS DESCONHECIDAS</b> .....	<b>18</b>
<b>2. INTRODUÇÃO: TERRITORIALIZANDO A DISCUSSÃO E TRAÇANDO ROTAS</b> <b>29</b>	
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>39</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
<b>4. ELABORAÇÕES TEÓRICAS</b> .....	<b>41</b>
4.1 CONHECENDO RELEVOS JÁ DESBRAVADOS POR OUTROS E ELABORANDO UM CAMINHO ANALÍTICO .....	41
4.2 DIREITO DE SER HISTÓRIA CONTADA E O COMBATE ÀS NORMATIZAÇÕES .....	45
4.3 O ENCONTRO COM A DIFERENÇA E SEUS EFEITOS DE FRONTEIRA.....	51
4.4 A ESCUTA DOS EFEITOS PSÍQUICOS DA MIGRAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	56
4.5 PSICOPATOLOGIA, CULTURA E CLÍNICA AMPLIADA .....	60
4.6 PSICANÁLISE, ETNOPSQUIATRIA E SUA POLÍTICA DIANTE DA DIFERENÇA EVIDENCIADA NO ENCONTRO CLÍNICO.....	68
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>76</b>
5.1 PISTAS SOBRE O MÉTODO CARTOGRÁFICO.....	81
5.2 OS CAMPOS DE PESQUISA E LINHAS DE ANÁLISE .....	83
5.2.1 Primeiro movimento cartográfico .....	83
5.2.2 Segundo movimento cartográfico .....	87
<b>6. PRIMEIRO MOVIMENTO: UMA IMERSÃO NA PRÓPRIA PRÁTICA</b> .....	<b>94</b>
6.1 A ESCUTA COMO UM ACONTECIMENTO POLÍTICO EM CONSTANTE CONSTRUÇÃO .....	96
6.2 VULNERABILIDADE, PRECARIIDADE E ÉTICA.....	112
6.3 TENSIONAMENTOS ENTRE SUJEITO DE DIREITO E SUJEITO DE DESEJO.....	126
<b>7. SEGUNDO MOVIMENTO: A ESCUTA EM EXPANSÃO NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE</b> <b>134</b>	
7.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E SEUS DEMARCADORES DE SABER/PODER .....	141
7.2 A OLHAR SOBRE O SUJEITO IMIGRANTE NA CONSTRUÇÃO DA ESCUTA.....	149
7.3 A TRÍPLICE FRONTEIRA ENTRE O DIAGNÓSTICO CLÍNICO, ÉTICO E PSICOPATOLÓGICO NA FORMULAÇÃO DA ESCUTA.....	155
7.4 TRAJETÓRIAS DA ESCUTA NA REDE PSICOSSOCIAL DISPONÍVEL EM FLORIANÓPOLIS.....	165
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS: UM MANIFESTO PELA ESCUTA QUE SE LANÇA AO DESCONHECIDO SEM MEDO DAS DESESTABILIZAÇÕES</b> .....	<b>177</b>
<b>9. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>185</b>
<b>10. APÊNDICES</b> .....	<b>208</b>
10.1 APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	208
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	211
<b>11. ANEXO</b> .....	<b>214</b>
11.1 EXCEÇÃO TECTÔNICA – SÉRIE DE IMAGENS .....	214



VENDE-SE  
SEMENTE DE  
DECAPIM

prólo  
go

## 1. Prólogo: A abertura de um mapa em terras desconhecidas

É comum que pessoas que migram carreguem consigo objetos que os remetam a quem são, ainda que não se tenha este objetivo de modo consciente. Sendo a migração este movimento que coloca a “identidade” em questão por lançar o sujeito a um novo espaço, o objeto auxilia na transição entre um lugar e outro, como um artefato museográfico da própria história: um dispositivo de **memória de si**. Há quem escolha uma peça de roupa, um objeto dado por algum parente e há também quem não tenha possibilidade de escolher, o que já nos faz pensar desde o começo nas diferentes modalidades de migração. Mais à frente, abordarei com cuidado estas características e suas implicações subjetivas. Gostaria, contudo, de começar esta tese falando sobre a condição de dispositivo<sup>1</sup> do objeto transicional<sup>2</sup>, um elemento simbólico que marcou não só minha trajetória profissional e acadêmica nesta temática, mas meus próprios movimentos. Brevemente, leitora, trarei uma vinheta clínica para ilustrar meu raciocínio.

Em uma das escutas que realizei a imigrantes nos últimos anos, um homem a quem eu oferecia atendimentos regulares me relatou sobre a sua dificuldade de agendar uma consulta no oftalmologista, pois “*precisava muito trocar seus óculos*”. Por vezes, perdia o dia do agendamento, em outros não tinha disponibilidade no horário proposto. Guiado pela ética da psicanálise que questiona pressupostos tradicionais (Kehl, 2002), tentei entender esta queixa para do além esperado das questões associadas à sua inclusão como imigrante em uma nova cultura. Questionei: *o que está difícil de enxergar?* A partir daí, seu discurso adentrou em uma reflexão sobre a última vez em que foi ao oftalmologista, ainda em seu país de origem. Na ocasião, ele ficou impressionado com o fato de que

---

<sup>1</sup> Aqui, utilizo a noção de dispositivo proposta por Deleuze (1996). Para ele, dispositivo pode ser lido, primeiramente, como uma “máquina de fazer ver e fazer falar”, ou seja, promove evidência de determinadas “linhas” e “fissuras” discursivas capazes de abarcar um enunciado e, conseqüentemente, demarcadores subjetivos. Por exemplo, poderíamos considerar no âmbito da psicanálise o divã um dispositivo, uma vez que ele é uma máquina “de fazer ver e fazer falar” conteúdos do inconsciente capaz de sustentar a técnica psicanalítica.

<sup>2</sup> O objeto transicional, conceito de Donald Winnicott (1951), é um objeto físico que uma criança utiliza como fonte de conforto emocional. No contexto migratório, o objeto transicional desempenha um papel similar, auxiliando os migrantes na adaptação às mudanças e transições durante a migração. O objeto transicional no contexto migratório serve como um ponto de ancoragem em um ambiente novo e desconhecido, ajudando os migrantes a enfrentar sentimentos de perda, incerteza, nostalgia e solidão. Ao oferecer um lembrete tangível de sua história, identidade e raízes, o objeto transicional contribui para a construção de uma sensação de segurança e familiaridade em meio à transição migratória.

pouco precisou falar ao médico, pois a tecnologia do consultório foi o suficiente para determinar o grau de seus novos óculos. Aqui, no Brasil, ele *sempre precisa explicar muito*. No entanto, para minha surpresa, para ele, a grande questão foi a escolha dos óculos em si.

Na loja, acompanhado de sua mãe, ao provar uma das peças disponíveis, ela comenta: *“com este você tem cara de inteligente, pronto entrar na faculdade”*. Meses depois desta cena, ele foi forçado a sair de seu país por questões políticas e nunca mais voltou para lá. Tampouco conseguiu entrar na faculdade como era o desejo dele e o esperado pela mãe. Nos óculos, já quebrados, arranhados e remendados por fita adesiva, restava a imagem de sua mãe, que há seis anos não abraçava, desejando um futuro idealizado com o qual ele fortemente se identificava. Para ele, aquela armação carregava um projeto de futuro e enquadrava as bordas daquilo que ele imaginava como possível para si. Além disso, ela foi testemunha daquilo que seus olhos viram durante a migração. Ao se dar conta disso, ele comenta: *“talvez a questão esteja naquilo que não estou querendo ver. Não sou mais o mesmo”*. Lembro-me que saí deste encontro refletindo sobre a função daqueles óculos e da migração na história deste homem e, sobretudo, a função da psicanálise nestes contextos. Como pensar a dinâmica da resistência diante do traumático?

Por mais que a metáfora seja evidente, afinal a migração coloca o sujeito em novos quadros de visão, visibilidade e vulnerabilidade, o que fazia aquele homem manter os óculos de antes? Além do apelo familiar e afetivo associado à imagem da mãe, ele mesmo percebe a dificuldade de se “visualizar” na realidade apresentada. Aqueles óculos restavam como um apego a um lastro temporal que não pode mais existir como o idealizado. Afinal, a migração involuntária pode promover esta distorção de tempos e coloca o sujeito em uma condição errante do desejo associada ao traumático (Rosa, 2009). Como uma possibilidade de manutenção possível de si, aqueles óculos cumpriram função deste objeto de transição, enquadrando – e porque não corporificando – algo da ordem do insuportável para evitar um transbordamento. Com o passar do tempo e de seu processo de inclusão, seu desejo ganhava novos caminhos. Para além do apego ao “futuro do pretérito”, ele desejava ver outras coisas.

Fazendo um movimento necessário sobre os conteúdos que nos tocam na clínica, fiquei me questionando sobre o porquê deste fato clínico me mobilizar tanto. Na época, estava iniciando ainda minha prática clínica com imigrantes, uma novidade carregada por um desejo que eu ainda não sabia nomear e um terreno repleto de “não-saberes”. Além disso, esta produção foi marcada por uma vivência no Brasil entre 2019 e 2022, como homem gay sob o governo e a ideologia de Bolsonaro, com constantes violências

que construíam também em mim uma vontade de partir. De pronto, consigo dizer que, por muitas vezes, precisei reajustar meus óculos para trabalhar com esta população, pois percebi que muito do meu fazer precisava se reinventar em uma tentativa de descentramento cultural, teórico e técnico. Mas me lembro de questionar: o que tem de mim neste trabalho?

Refletindo sobre este importante questionamento, afinal algo pulsava em mim buscando responder à pergunta de pesquisa, talvez eu tenha encontrado uma resposta possível. Nos diários de campo que produzi ao longo dos últimos anos para a produção desta tese e para elaborações clínicas, há uma presença constante em várias das páginas que escrevi: a literatura. Por muitas vezes, enquanto escrevia, me questionei se o que fazia era literatura ou, de fato, uma reflexão acadêmica. Afinal, esta é a pergunta que fica depois de cada página que escrevo. Como construir esta fronteira? Ela, de fato, existe? Depois dos meus estudos no mestrado, fiquei com mais desejo de questionar estas fronteiras, entendendo a escrita como uma potente ferramenta de descrição e construção de realidades.

Assim, no mergulho que realizei na escrita e na vida de Clarice Lispector durante o mestrado, encontrei caminhos possíveis da escrita que apresenta rigor acadêmico, mas se permite também literária. Foi na leitura de Clarice que encontrei algo capaz de me produzir amparo. Seja pelo fascínio pela palavra ou pela inquietação diante da condição humana, Clarice consegue nomear fatos inquietantes com sua “escrita bailarina”<sup>3</sup>. Contudo, a nomeação que ela lança não se propõe verdade única, é a nomeação daquilo que pode ser no “agora”.

Forçada a deixar a Ucrânia no começo do século XX, Clarice carrega o deslocamento em suas entranhas. Quando esteve na Polônia, já adulta, diante da fronteira com seu país, relata que sentiu um empuxo de algo que não conhecia, mas não tinha vontade de pisar no país que jamais pisara, havia sido “carregada”. Talvez por isso, algo sempre chamou atenção em seus posicionamentos: jamais comentava sobre as questões políticas entre Ucrânia, Rússia e a questão judaica. Posteriormente, confirmou em uma entrevista que convivia com o constante medo de ser deportada. Mesmo brasileira, naturalizada, Clarice duelava com o fantasma de “não ser daqui”.

Em “Água Viva”<sup>4</sup>, por exemplo, ela se debruça para pensar no “é da coisa”, este algo do presente que deixa de ser presente assim que existe. Inquieta com a “essência”, Clarice

---

<sup>3</sup> Daniel Lins (2004) agrega a condição de “bailarina” a escrita de Clarice Lispector ao sugerir esta escrita em fluxo contínuo.

<sup>4</sup> “Água Viva” é um livro experimental e poético de Clarice Lispector, publicado em 1973. Nele, a narradora (que não é identificada) expressa uma série de reflexões sobre a vida, a arte, a

se vê diante de uma existência que escorre por entre os dedos do tempo e se assemelha a um fluxo contínuo, em constante mutação. Assim, pode-se dizer que Clarice escreve o movimento (Curi, 2001). Foi neste ponto que encontrei meu objeto transicional na minha formação e no trabalho com imigrantes: o direito de ser história contada, mesmo se for a difícil tarefa de descrever uma imagem em movimento, borrada. Um objeto que, no final das contas, não é objeto em si. Ele pode ser, talvez, novos óculos que vesti para redesenhar meu método de escuta e prática clínica, abandonando a necessidade de verdade absoluta e se abrindo ao singular. Em síntese, percebi ao buscar o direito de ser história contada e reconhecida que tenho a palavra como fio condutor das realidades, como aponta Broide (2019), trago a poética ao campo da clínica.

Clarice me lembra da ética da psicanálise e da potência da reivindicação de espaços vivíveis no laço social, assim como fez com tantas de suas personagens em textos intensos e profundos. Em meu texto, leitora<sup>5</sup>, uso este vocativo para te convidar a uma conversa. Uma prática que me lembra quem sou, alguém que se propõe ao diálogo e ao campo da aprendizagem de si e do outro a partir da experiência e do encontro. Sei que este texto não começa aqui e nem termina quando a última página for finalizada. Com isso, busco enquadrar dentro de um espaço, até então desconhecido por mim, condições de possibilidade para a emergência das minhas palavras que tentam descrever aquilo que vi, ouvi e refleti nos últimos quatro anos, assim como evocar aquilo que existe aí com você sobre esta temática e que não conheço.

Com minhas palavras, buscarei tensionar esta fronteira difusa entre ciência e literatura, algo já apontado por Haraway (1995) como fundamental para a elaboração de novos saberes. Além disso, confirmando algo também anunciado por Freud (2015) sobre a preciosidade da aliança da psicanálise com aquilo que poetas e romancistas nos têm a dizer. Contudo, não faço isso sem considerar os lugares por onde caminhei anteriormente, afinal esta tese fala sobre caminhos e movimentos.

Começar a falar sobre ela e estabelecer um ponto de partida demanda evidenciar também aquilo que vem antes dela em si, especialmente porque a noção de fronteira é algo muito caro para os estudos sobre migração e cultura. Afinal, o que delimita o começo de uma ideia? Foucault (2012) problematiza acerca da dificuldade de se estabelecer um

---

linguagem e a existência humana. A obra é caracterizada pela sua linguagem fragmentada e pelos fluxos de consciência que revelam as sensações, pensamentos e emoções da narradora. O livro é considerado uma obra-prima da literatura brasileira e tem sido objeto de análise e interpretação por críticos literários e filósofos.

<sup>5</sup> Assim como fiz na dissertação de mestrado (Machado, 2018) e como sugere Branco (2022) também em um estudo sobre migração, utilizo a pluralização e a generalização no feminino a fim tensionar enquadres normativos de gênero que privilegiam a experiência masculina como detentora de verdades.

começo justamente porque o discurso não nos pertence, ele é, sobretudo, um acontecimento vivo e contínuo.

No entanto, leitora, conseguimos fazer demarcações analíticas capazes de nos trazer explicações possíveis sobre a emergência de certos assuntos em determinados momentos em nossa cadeia discursiva, localizados nas condições de possibilidade do tempo articuladas às relações de poder. Assim, cabe dizer como e de que forma o tema central desta tese me encontrou e me fez produzir os questionamentos que apresentarei aqui. Analiticamente, faço a divisão em duas temáticas principais: a normatização da diferença e a escuta do sofrimento psíquico oferecida à imigrantes.

Sobre a primeira questão, é possível dizer que minha aproximação não se deu no ingresso no curso de doutorado em 2019, tão pouco no meu primeiro contato com os trabalhos relacionados à migração e cultura. O meu ponto de partida é a inquietação teórico-prática que, como psicólogo, encontrei no ato profissional e sua possibilidade de agência regulatória sobre o outro em busca de “normatização”. Em 2015, ingressei no Programa de Residência em Saúde com ênfase em Urgência em Emergência. Lá, tive a oportunidade de aprender a escutar a urgência subjetiva, especialmente daquelas pessoas que viam na morte uma suposta “solução” às suas inquietações. Não raras eram as falas de colegas que, ao se depararem com a temática do suicídio, valiam-se de jargões patológicos sobre o sofrimento a fim de distanciar seu olhar para o que estava evidente: o desespero e o desejo de solucionar algo. Assim, aquelas pessoas que tentavam suicídio eram posicionadas em um lugar de difícil “acesso”, “manejo” ou “adesão ao tratamento”. Ou seja, não se adequavam aos moldes do cuidado ofertado, representavam o excesso. Mas e a nossa própria escuta, até onde e por quais razões ela se excedia da norma?

Na dissertação de mestrado que defendi em 2018, também mobilizado por esta questão, realizei um trabalho cartográfico junto a moradores de um Hospital Psiquiátrico em Santa Catarina, buscando compreender os efeitos subjetivos dos fluxos e dinâmicas de poder do “ato psiquiátrico” sobre os modos de vida e experiências não normativas, corporificados no dispositivo manicomial, usando para esta análise a figuração literária da personagem Macabea da novela “A hora da estrela”, a qual representa a vida árida e em extrema vulnerabilização.

As reflexões oriundas deste trabalho de mestrado sobre o efeito do “ato psiquiátrico” não excluem a psicologia, muito pelo contrário, inserem o saber/fazer psicológico no campo do “Poder Psiquiátrico” (Foucault, 2006). Em outras palavras, muito mais do que a categoria profissional, este poder de nível regulador sobre os modos de vida representa algo além de um “modelo de cuidado”: corresponde a uma forma de organização social.

Assim, a categoria diagnóstica surge não só como uma maneira de identificar padrões de sofrimento em prol da qualificação da conduta sobre “os loucos”, mas especialmente como práticas de controle e sujeição. Os resultados que surgiram desta proposta apontaram para a normatização histórica de práticas de cuidado que visam a “mortificação”<sup>6</sup> do sujeito que evidencia a diferença, como aponta Birman (1980). O ato psiquiátrico sob a perspectiva foucaultiana, portanto, supõe a regulação e o controle, produzindo, por exemplo, a “necessidade” da internação e da separação entre o normal e o patológico, também espacialmente, para a regulação social.

Contudo, esta divisão binária deflagra uma deturpação das práticas de cuidado em saúde mental no sentido da biopolítica<sup>7</sup>, as quais deveriam ter como orientação básica para denominação patológica o sofrimento psíquico e não a necessidade de adequação às normas (Foucault, 2006). Como uma das conclusões possíveis da dissertação, chegamos à ideia de que “é preciso ter cuidado para não reproduzir o manicômio fora dele, uma vez que caindo os muros, deve cair também a força da cientificação absoluta do sofrimento com finalidade regulatória” (Machado, 2018, p 118). Ou seja, ainda que se tenha no Brasil a Lei 10.2016/2001 que institui o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental por meio da construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2001), o ato regulatório por meio da segregação da diferença segue sendo perpetuado nas práticas profissionais, as quais precisam se adequar e se desinstitucionalizar micro e macropoliticamente (Amarante, 2016).

Neste cenário, chego à ação profissional promotora de reflexões que deram origem a esta tese, a segunda questão levantada anteriormente. Desde 2018 tenho atuado diretamente com a população migrante como psicólogo em diferentes cenários. Uma escuta que se colocou em movimento. Aprendi a ser psicólogo em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI/SC), na Operação Acolhida<sup>8</sup> na fronteira

---

<sup>6</sup> Para Birman (1980), o Hospital Psiquiátrico e suas ações produzem a mortificação do sujeito, no sentido que a diferença evidente perante o ideal regulatório precisa ser esquecida, ou seja, anulada em prol do funcionamento “normal”. Assim, o hospital psiquiátrico surge como um dispositivo de apagamento e controle e, por isso, produzindo morte.

<sup>7</sup> A biopolítica é um conceito introduzido pelo filósofo francês Michel Foucault, que se refere ao uso do poder político para controlar e regular a vida da população em termos de saúde, reprodução, imigração e outras questões relacionadas à biologia e à vida humana. A biopolítica é o conjunto de práticas que visam governar a vida, e a população em geral, considerando as necessidades da raça, da espécie, da vida, da mortalidade, da saúde, da felicidade, da capacidade de reprodução, etc. O objetivo é controlar os processos biológicos que afetam os corpos individuais e as populações inteiras, tornando-os obedientes, gerenciáveis, úteis e capazes de sustentar e reproduzir as estruturas do poder. (Foucault, 2014).

<sup>8</sup> No site do Governo Federal é possível encontrar mais informações:

<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/sobre-a-operacao-acolhida-2>

brasileira com a Venezuela durante o pico da crise de COVID-19, na Clínica Intercultural<sup>9</sup> e em Centros de Acolhimento para refugiados e solicitantes de asilo na Bélgica. Assim, esta tese é sobre o deslocamento e *em* deslocamento. Uma escrita sobre o movimento que me promoveu movimentos intensos. E que bom que foi assim. E é justamente neste deslocamento que tensiona a fronteira entre mim mesmo e a pesquisa que a cartografia se confirma como um método possível para este estudo.

Além da atuação direta escutando imigrantes, este trabalho é permeado pelo trabalho coletivo do Núcleo de Estudos em Psicologia, Migrações e Culturas, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste espaço, pude aprender sobre agência clínico-política dentro deste campo e, sobretudo, o descentramento da escuta que tanto me marcou neste período, até porque só houve Serviço de Psicologia no CRAI/SC pela intensa mobilização das pessoas que integravam o NEMPsiC e o Grupo de Apoio a Imigrantes e Refugiados de Florianópolis (GAIRF). Em todos os espaços onde trabalhei com a população imigrante, tive no trabalho do NEMPsiC fonte inesgotável de inspiração e comprometimento teórico. Nas supervisões da Clínica Intercultural, refutei a ideia de que ser psicanalista é um caminho solitário.

Nestes cenários que citei, a inquietação para esta produção foi ganhando corpo e palavra. Os encaminhamentos realizados para serviços de saúde a partir da escuta oferecida no CRAI/SC, por exemplo, passaram a chamar atenção no que diz respeito ao ato diagnóstico psicopatológico. Inicialmente, sabe-se que imigrantes marcados pelo deslocamento forçado, em uma perspectiva específica de cuidado em saúde mental, podem apresentar maior vulnerabilidade a sintomas e diagnósticos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, por exemplo, e, em decorrência disso, trazer consigo marcas comportamentais e relacionais que ficam ainda mais evidentes no atendimento em saúde (Kirmayer & Ryder, 2016). Contudo, gostaria de ir além do diagnóstico como um primeiro exercício de problematização a fim de apresentar a perspectiva desta pesquisa.

Como sugere Gondar (2020), reafirmo a ideia de que não ouvimos só com os ouvidos e que nossa clínica utiliza outros materiais e recursos do sensível para elaborar o cuidado. Sendo assim, será que é possível falar sobre sofrimento psíquico e imigração sem questionar categorias como raça e gênero dentro de determinadas sociedades? Além disso, o quanto a escuta e a prática profissional “neutra” proposta por perspectivas específicas da psicologia constroem ainda mais muros sobre quais histórias podem ou

---

<sup>9</sup> Para mais informações sobre a Clínica intercultural: <https://nempsic.paginas.ufsc.br/clinica-intercultural/>

não ser ouvidas? Ou melhor, quais histórias são dignas de acolhimento sem que haja a coautoria das dinâmicas desiguais de poder que sustentam o laço social necropolítico?

No atendimento a imigrantes a diferença é algo evidente, seja pela língua, pela cor da pele ou pelos recursos simbólicos de elaboração e produção de sofrimento. Ela, portanto, deve ser considerada não como uma fonte de defesa, mas como alvo de interesse na escuta, numa perspectiva de “curiosidade recíproca” (Kilomba, 2019). Caso contrário, o diagnóstico surge como um muro entre “os daqui e os de lá”. Para Dunker (2015), o muro é uma estratégia de defesa e uma mensagem de indiferença ao outro, uma negação indeterminada de reconhecimento uma vez que diz “não é isso” e determina em seus códigos “é isso”. No caso dos atendimentos em saúde mental a imigrantes, somos convocados e promover um sentimento de “forasteiro” em nosso próprio território, admitindo que a cultura do outro é determinante em seu modo de viver e produzir e sentir sofrimento. Mais uma vez, então, tal qual fiz em minha pesquisa de mestrado (Machado, 2018), assumo a posição cartográfica de “forasteiro”<sup>10</sup> em um espaço conhecido para investigar esta inquietação apresentada sobre a escuta em saúde mental a imigrantes e sua relação com práticas de normatização subjetiva.

Para isso, nesta escrita que transita, apresento esta tese que se dividirá em diferentes capítulos, mas que representa um fluxo contínuo de ideias. A separação por capítulos vem como uma tentativa de apresentar um texto acessível para leituras não integrais de tese, confirmando a importância de difusão do conhecimento. Desta forma, posteriormente será possível não só atualizar o texto para publicação em formato de artigo, como também será possível extrair partes da tese para leituras posteriores sem que se perca a coerência do texto. Além disso, acredito na liberdade que você pode ter de transitar entre os capítulos a partir do desejo que for surgindo ao longo das páginas. Como apontou Roberti Junior (2021), isto promove oferecer a você, leitora, o desapego às práticas discursivas fechadas e que buscam uma verdade única.

Aliás, foi possível perceber nestes parágrafos iniciais que, eventualmente, lanço mão do uso das aspas em alguns termos, ainda que eles sejam óbvios ou facilmente explicados a partir do contexto empregado. Aqui um combinado: as aspas nesta escrita representam que o termo está em suspeição. Isso quer dizer que escolho destacar a palavra para garantir que ela não tenha um limite conceitual no contexto único do parágrafo, mas que ela possa seguir ecoando com você ao longo da leitura, a fim de construirmos tecituras

---

<sup>10</sup> Como personagem cartográfico, nomeei minha presença no Hospital Psiquiátrico como “forasteiro” para que, ao final da pesquisa, conseguisse não mais me sentir desta forma diante do campo. Então, lançada uma nova inquietação, retomo a posição desconfortável e, ao mesmo tempo, que me exige deslocar e produzir linhas de fuga.

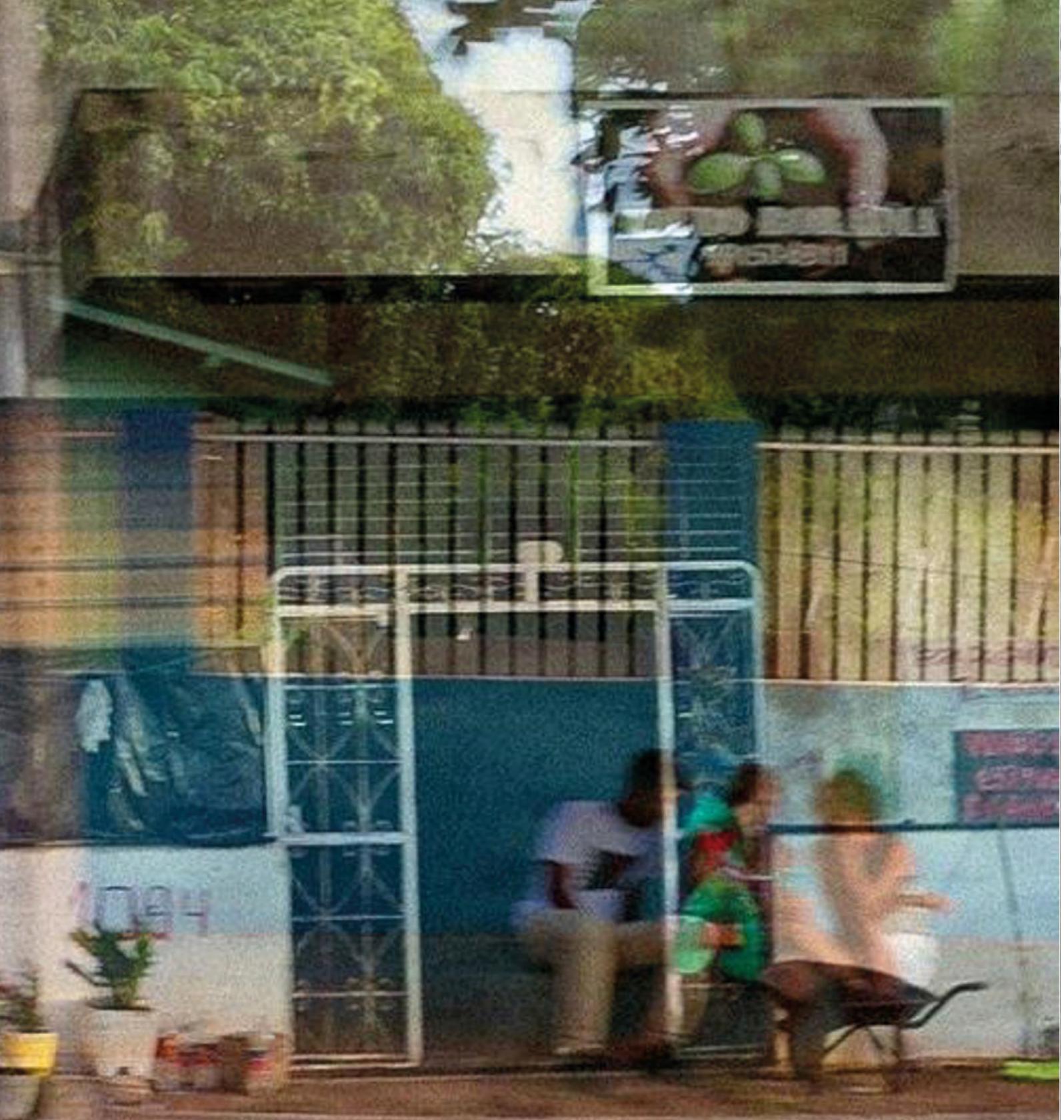
conceituais e cadeias de sentido paralelas àquelas que apresento como meu próprio argumento. Também atento para o texto paralelo que vai se construindo nas notas de rodapé, utilizo-as como uma segunda camada do pensamento enquanto escrevo para complementar em mais detalhes a informação trazida.

Acrescento ainda, leitora, que ao longo da tese você poderá experimentar um diálogo com diferentes pessoas. Por vezes, me posiciono em primeira pessoa, assim como tenho feito desde o começo deste texto. Nestes momentos, ressalto a potência da minha experiência na leitura e interpretação da realidade. Em outros momentos, falo em um plural que coletiviza o discurso. Quando isto ocorrer, estarei me referindo a decisões, diálogos, conversas e posicionamentos tomados na relação com o outro, em especial: minha orientadora, colegas de núcleo, os próprios autores dos trabalhos de referência e demais interlocutores que fizeram esta pesquisa possível. Por último, você ainda poderá esbarrar com um texto em terceira pessoa, algo próximo da linguagem de artigos científicos e que está presente aqui também nesta tese.

Com isso, confirmo o posicionamento de que esta escrita é a tentativa de regência de uma orquestra de muitas vozes que eventualmente se sobressaem na multidão. Mais que isto. Talvez, esta tese por si só já seja a tentativa de mediar línguas e linguagens em fronteira: interior-exterior, eu-outro, ciência-literatura, daqui-de lá. Ao fazer isso, acredito que produzir tensionamentos como este, mesmo dentro da academia, pode nos auxiliar a visualizar saídas discursivas que sejam capazes de nos desamarrar das práticas normativas, algo que me parece crucial no delicado trabalho de escuta no encontro entre culturas. Assim como propõe Anzaldúa (1987) em seu potente texto acerca da produção subjetiva fronteiriça, faço da fronteira um espaço não apenas temido, mas um lugar também habitável no espaço acadêmico para redistribuir o desconforto entregue à certos modos de produzir conhecimento.

Sobretudo, esta tese busca reivindicar espaços de reconhecimento que não sejam nos enquadres da normatização, produzindo questionamentos sobre nossa própria prática. Escolho não trabalhar com os imigrantes diretamente, mas nos discursos que, como profissionais de saúde mental, produzimos sobre estas pessoas e, sobretudo, sobre seu “sofrimento”. Como Foucault nos alerta, o discurso, munido de certa posição de poder, tem peso de verdade. Quais verdades estamos produzindo a partir da nossa prática profissional? A quais regimes de verdade estamos respondendo: à lógica da saúde/doença que representa a bio-necropolítica ou a lógica da singularidade do desejo e do sofrimento psíquico?

Esta tese é sobre as relações, sobre aquilo que produzimos no entre. Aqui, você vai encontrar restos, sobras, conclusões possíveis e reflexões que buscam, de certa forma, produzir linhas de fuga para verdades enquadradas como absolutas. Valho-me da palavra como uma ferramenta de mudança, mais uma vez, assim como o fiz ao escolher ser psicólogo/psicanalista. E, aqui, interesse-me pelas palavras ditas e as não ditas, por vezes, impedidas, pois há coisas que não precisam ser ditas: elas acontecem. Sendo assim, buscarei cartografar o acontecimento da normatização desta população como uma possibilidade de visualizar novas saídas.



# intro dução

## 2. Introdução: territorializando a discussão e traçando rotas

No Sudão, em 2023, uma guerra civil provoca significativos movimentos migratórios. Na Ucrânia, desde fevereiro de 2022, pessoas estão sendo forçadas a sair de suas casas e deixar seu país por conta da invasão russa e as investidas armadas. No Afeganistão, após a retomada do Talibã ao controle do Estado, os direitos humanos estão cada vez menos respeitados, reiterando práticas de violência que promovem necessidade – e a urgência - de partir. Desde 2017, mais de um milhão de refugiados Rohingya foram obrigados a deixar Mianmar em decorrência da extrema violência. Na Venezuela, desde 2014<sup>11</sup>, uma crise econômico-política tem promovido uma evasão massiva de venezuelanos principalmente para países vizinhos, como o Brasil. Na Síria, desde 2011, conflitos armados seguidos de destruição produzem a necessidade de buscar por lugares seguros. No Haiti, após um histórico de violenta <sup>12</sup>colonização, a população lida com uma economia frágil com dificuldade de manutenção de direitos básicos, somado ao terremoto de 2010 que ampliou a condição precária. No Mar Mediterrâneo, desde 2014, quase 25 mil pessoas perderam suas vidas em uma travessia desesperada por condições de vida e sequer têm seus nomes e histórias reconhecidas: são “imigrantes perdidos” (Organização Internacional pelas Migrações, 2022).<sup>13</sup>

Estes são apenas alguns exemplos, mas poderia citar outros que historicamente marcaram nossa experiência de sociedade, como a diáspora judia em decorrência da Segunda Guerra Mundial e a escravidão que promoveu o etnocídio e genocídio da população negra e indígena nos últimos séculos. Recorro também à sua memória, leitora, que certamente foi invadida em algum momento por uma cena sobre deslocamento involuntário nos últimos anos. Mesmo no Brasil que, nos últimos quatro anos de inúmeras violações de direito, apresentou uma quantidade inédita de pessoas buscando

---

<sup>11</sup> Aqui, poderíamos colocar diferentes marcadores temporais. Se formos considerar o momento em que a diáspora venezuelana passa a ser uma questão global, colocaríamos 2018. Contudo, opto por sinalizar 2014 como um possível início, pois ele demarca o momento posterior à morte de Hugo Chávez e seus efeitos políticos e econômicos, inclusive a migração das camadas mais ricas da sociedade. Após isso, no governo de Nicolás Maduro, a crise foi ganhando novas proporções com altos índices de inflação e a saída populacional em massa, totalizando no início de 2023 mais de 7 milhões de pessoas deslocadas (Plataforma R4V, 2023; Wendling, Nascimento & Senhoras, 2021).

<sup>12</sup> Seguindo a perspectiva fanoniana, todo processo colonial é violento. Sendo assim, leitora, pode parecer epistemologicamente redundante dizer “violenta colonização”. Escolho cuidadosamente a junção destas palavras no texto para produzir um posicionamento político que diferencia a história do Haiti das demais citadas no parágrafo. A escravidão, a morte, a racialização, o esquecimento, a negação da existência e da independência e as profundas marcas políticas, sociais e subjetivas deste contexto me fazem realizar esta diferenciação.

<sup>13</sup> Ao longo do período que compreendeu a escrita desta tese, novos acontecimentos geopolíticos surgiram e ampliaram as emergências migratórias no âmbito mundial. De maneira mais expressiva, podemos citar o caso da Ucrânia, no Sudão e no Afeganistão.

oportunidades em outros países, mais de 4,2 milhões de brasileiros vivem fora do país segundo os mais recentes dados do Itamaraty (Ministério das Relações Exteriores, 2021). A migração é um acontecimento presente, constante e constitutivo das relações sociais.

Associado a isso, como apontam Rosa, Gebrim e Seincman (2017) as regulações migratórias estão cada vez mais restritivas e o direito de trânsito entre fronteiras está sistematicamente cerceado e militarizado em prol de uma divisão que favorece a soberania do chamado Norte Global<sup>14</sup>. Se atentarmos para os acontecimentos mais recentes, as fronteiras ganharam um peso ainda maior, uma vez que em 2020, performaram a “proteção” dos Estados diante da ameaça apresentada pelo vírus da COVID-19. Ou seja, as fronteiras representaram ainda mais a separação de um lugar a outro. Elas também delimitaram quais países apresentavam “comportamentos de risco” ou “seguros” e, com isso, uma representação moral certamente forjada pela relação desigual de poder sobre certo e errado frente à pandemia.

Numa leitura que toma como base a proposta de Mbembe (2019) sobre necropolítica, falo aqui acerca do peso da fronteira que isolava aqueles que tinham condições materiais de manutenção sanitária e econômica daqueles que eram entregues ao efeito violento e plural do vírus, pois morre-se de fome e das complicações da COVID-19. Podemos dizer que houve um efeito sociopolítico com o fechamento das fronteiras, algo que interferiu ainda mais na dinâmica das migrações nos últimos anos, especialmente porque aqueles que tinham a urgência de sair o fizeram mesmo em tamanha situação de precariedade e vulnerabilidade (Padilha, Jansson & Machado, 2021).

Acredito que este seja um ponto importante para destacar a diferença entre migração voluntária e involuntária. Para algumas pessoas, atravessar uma fronteira significa a realização de algo há muito tempo planejado. Para outras, isto representa uma necessidade para a continuidade da vida. Esta diferença configura especificidades tanto em questões documentais quanto nos efeitos sociais e psíquicos (Machado, Barros & Martins-Borges, 2019). A categoria refúgio, por exemplo, surge como um estatuto de reconhecimento legal para aquelas pessoas que estão sob comprovada ameaça de morte

---

<sup>14</sup> Dentro das ciências humanas e sociais, especialmente, traça-se, além dos meridianos geográficos, uma linha política entre norte e sul após a Guerra Fria (Braveboy-Wagner, 2003). Ela significa uma distribuição desigual de poder entre os países do sul e do norte, sendo estes últimos supostamente detentores da “verdade”, do “desenvolvimento” e, conseqüentemente, na lógica do capital, o dinheiro. Isto implica em uma perpetuação histórica de um ideal que reiteradamente difunde os modos de vida dos países do Norte como algo a ser alcançado pelos demais. Aos do Sul, resta a posição de pobreza ou eterno “em desenvolvimento”. Aqui, um questionamento: quem não está se desenvolvendo frente a tantos novos condicionantes do nosso tempo? Algum país estava suficientemente “desenvolvido” para driblar a crise econômico-humanitária trazida pela COVID-19? Ou seja, esta divisão é, sobretudo, um posicionamento discursivo que cria uma ficção de superioridade sobre os países do norte perante os demais.

ou perseguição (CONARE, 1951). Atento para a polissemia da “migração”: ao mesmo tempo que pode ser a realização de um sonho, ela pode representar ou ser efeito de eventos potencialmente traumáticos, produzindo a destruição de tantos outros.

O que destaco, leitora, é a condição do sofrimento inerente à experiência humana. Não é apenas porque há migração que atribuímos a condição de sofrimento ao sujeito que se desloca. Contudo, por se tratar de pessoas marcadas por suas histórias, traumas e desejos muitas vezes barradas pela violência e pela opressão, cria-se um cenário fértil para o sofrimento que pode não encontrar caminhos de saída. Concordo com Rosa, Gebrim e Seincman (2017) quando elas nos alertam para tirar do nosso olhar clínico a busca pelo “verdadeiro” sofrimento diante da migração, o qual seria supostamente sancionado apenas por estatutos e nomeações legais, oriundas de acordos internacionais sobre deslocamento humano entre fronteiras.

O ponto de vista das autoras supracitadas indica a separação que precisamos realizar entre a escuta clínica e a jurídica. Enquanto a jurídica busca a narrativa da justificativa da concessão da permanência baseada em uma “comprovada” ameaça à vida e, por isso, extremamente crível e devidamente documentada, na clínica, abrimo-nos ao sujeito e seu sofrimento. Esta perspectiva apresenta uma modalidade “fundamental do acolher o sujeito em suas urgências sociais e psíquicas” (Rosa, 2002 p. 27) para poder reiterar o desejo - e a necessidade - que conduziu à busca de uma vida em outro lugar. Assim, adianto que este trabalho será fundamentalmente sobre a escuta destinada a imigrantes e seu diferencial, a qual se orienta pelo acolhimento capaz de promover inclusão e cuidado dentro do amplo espectro de ações e políticas públicas direcionadas a esta população (Machado, Barros & Martins, Borges, 2019; Rosa, 2002).

Gostaria de definir também o que tenho compreendido como escuta neste trabalho. Como indica Rosa (2002), não busco construir uma elaboração nova acerca do termo, o qual já foi debatido à exaustão nos trabalhos do âmbito *psi*. O que apresento é uma perspectiva deste ato sensorial somado à uma intenção de cuidado, permeado por um saber e uma ética próprios. Em outras palavras, uma escuta que propõe um posicionamento diante do sofrimento ao se interessar por aquilo que pode ser lido como amoral, equivocado ou fora da razão pelo próprio sujeito, construindo novas linhas discursivas sobre si. Sendo assim, confirmo o que a mesma autora aponta sobre a necessidade da relação para que a singularidade surja. A escuta da qual me refiro é esta que apresenta a possibilidade de reconhecimento *do e para* o outro, construindo-a como um ato clínico e político (Rosa, 2002).

Mesmo Freud (2014) em suas conferências introdutórias argumenta que esta escuta não busca simplesmente descrever ou classificar os fenômenos, mas concebê-los dentro de um complexo jogo de forças que compõem a psique. A escuta se orienta para uma compreensão dinâmica dos fenômenos psíquicos, não seu significado fechado, ou seja, uma escuta que também se atenta aos movimentos. Assim, trabalho com uma escuta que se disponibiliza ao outro sem uma intenção daquilo “determinante” que quer ser “descoberto” ou “revelado”. Uma escuta que concebe a noção de ritmo na temporalidade do outro, “colocando-nos no diapasão do sujeito” a ser escutado (Gondar, 2020).

Esta escuta, no entanto, como apresenta Foucault em seu estudo sobre o nascimento da clínica, é conduzida por enquadres normativos oriundos de acordos morais e culturais. E, aqui, o questionamento já levantado por Devereux e Nathan: como escutar e dimensionar o sofrimento presente na experiência de pessoas que vivenciam o encontro entre culturas e não compartilham dos mesmos códigos de seus clínicos? Ainda, sendo profissionais que escutam a dor do outro, como preparamos nossos ouvidos para dar conta de suportar o traumático e conduzir um tratamento culturalmente sensível sem correr o risco de querer nomear com nossos próprios significantes nomotéticos <sup>15</sup>aquilo que fica em suspeição no discurso do outro?

A condição de imigração traz ao sujeito que a vivencia processos intensos de territorialização/desterritorialização que extrapolam a noção de fronteira do Estado-Nação. O lugar de onde se vem não é apenas um nome ou um espaço geográfico, ele tem consigo a determinação de modos de funcionamento, práticas relacionais e simbólicas, as quais tomam como delimitadores a noção de cultura. Martins Borges (2013), retomando os estudos de Thobie Nathan (1986) salienta que cultura representa este “mapa mental” que nos orienta ao movimento em direção da apropriação e enfrentamento do mundo, sendo necessariamente atravessado pela linguagem. Cultura, desta forma, pode ser vista como algo que constitui o sujeito e inscreve em seu psiquismo as formas de simbolização e elaboração sobre o mundo. Da mesma forma, construir uma noção de mundo culturalmente localizada inscreve no sujeito sua diferença perante o outro.

---

<sup>15</sup> Nomotético é um termo utilizado na psicologia e em outras áreas de estudo para se referir a uma abordagem que busca estabelecer leis e princípios gerais que possam ser aplicados a todos os indivíduos de uma determinada população. Essa abordagem tem sido criticada por alguns autores, principalmente em perspectivas críticas, por reduzir a complexidade da realidade social e individual a padrões simplificados e generalizáveis, muitas vezes ignorando a diversidade e particularidades dos indivíduos e contextos. Autores como Michel Foucault, por exemplo, argumentam que a busca por leis universais e objetivas é uma forma de exercício de poder, que reforça as desigualdades e dominações presentes na sociedade. Nesse sentido, a abordagem nomotética pode ser vista como limitada e inadequada para compreender a complexidade das relações sociais e das experiências individuais.

Como também aponta Martins-Borges (2013), a população imigrante é sujeita à experiência de sofrimento psíquico de modo específico, uma vez que experimenta uma situação única de “desenraizamento”. No encontro com o país de acolhimento, há uma dificuldade de expressar o sofrimento produzido, tanto pela condição do traumático, quanto pelas barreiras linguísticas e culturais (Martins-Borges, 2013). Galina et al (2017), em uma pesquisa que levantou informações sobre as condições de saúde mental de imigrantes, apontam para uma importante lacuna entre a necessidade e o cuidado efetivamente oferecido a esta população, indicando problemáticas como a dificuldade no acesso e a não continuidade dos tratamentos iniciados.

Estes fatores são somados com os acontecimentos do tempo presente, a intensificação dos fluxos migratórios e as tentativas de arranjos institucionais de acolhimento. No mais recente relatório lançado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas pelos Refugiados, é possível reconhecer um total de 108,4 pessoas em deslocamentos involuntários que oferecem algum tipo de preocupação pública no que diz respeito ao acolhimento (ACNUR, 2023). Isso nos faz pensar que estes movimentos são fruto de conflitos geopolíticos diversos que tem como resultado o deslocamento de pessoas em busca de sobrevivência marcadas pelo trauma, o que indica a urgência de ações de escuta e acolhimento também como integrantes de intervenções básicas com esta população.

Com isto, percebe-se a necessidade de trabalhos com esta temática tanto no âmbito acadêmico quanto na qualificação da atenção à saúde da população de imigrantes, na compreensão de que são os profissionais de saúde de diferentes níveis de complexidade que acolhem estas pessoas, na maioria das vezes, inseridos nos sistemas públicos de saúde (Briones-Vozmediano et al, 2015; Green, 2018). Especificamente no campo da “saúde mental”, profissionais lidam com a difícil tarefa de “traduzir” ou “interpretar” a queixa que se apresenta em uma língua diferente da sua, somada a uma codificação cultural também distinta, o que gera barreiras em procedimentos como a psicoterapia, por exemplo (Duden, Smet & Martins-Borges, 2022). Em outras palavras, o cuidado psicossocial apresenta barreiras significativas que demandam atenção não só por parte dos profissionais, mas também uma iniciativa coletiva no âmbito das políticas públicas (Salami, et al, 2019; Sandu, 2013).

Na realidade brasileira, a migração apresenta diversas percepções, inclusive na forma como as pessoas são acolhidas - ou não. Nos demais capítulos da tese, abordarei as dinâmicas sócio-políticas envolvidas na recepção de imigrantes no Brasil e como isto chega na atenção psicossocial oferecida. Quero aqui destacar que o Brasil vem acolhendo um número crescente de imigrantes nos últimos anos, especialmente do Haiti e da

Venezuela (Cavalcanti, Oliveira & Silva, 2022). Isto implica em uma necessidade de promover políticas de acolhida que sejam estruturais, inclusive nos serviços de saúde, pois nossos territórios ganham outras características e condicionantes.

Para o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), território compreende não só o espaço geográfico, ele também é composto pelas relações sociais, ambientais e sanitárias estabelecidas em um determinado local (Brasil, 2010). Desta forma, as alterações que ocorrem nele – demográficas e urbanísticas, por exemplo - também implicam em mudanças na compreensão sobre saúde/doença, as quais devem compor o olhar dos profissionais de saúde na construção do cuidado. Isto porque toda pessoa que estiver no território brasileiro tem direito à atenção em saúde, independente se estiver em situação de trânsito ou permanência ainda não documentada. Ainda, a lei que dispõe de outras questões relacionadas à migração, a lei 13445/2017, reafirma o compromisso do Brasil com o cuidado em saúde. Fato que, regionalmente, por exemplo, foi também confirmado pela lei municipal 10735/2020 em Florianópolis, que garante o compromisso com o cuidado integral a imigrantes, especificando em um item a atenção à saúde (Florianópolis, 2020).

Apesar de citar Florianópolis inicialmente, é importante dizer que São Paulo foi a primeira capital do Brasil a ter uma lei municipal destinada a atenção a imigrantes, antes mesmo da atualização da lei nacional em 2017. Este fato ocorreu em 2016, a partir da mobilização social gerada com o fluxo de imigrantes caribenhos e latinos para a região (Lei 16478/2016). Dou foco a Florianópolis, pois ela foi campo das reflexões apresentadas nesta tese, uma vez que foi onde trabalhei como psicólogo no CRAI/SC e no projeto de extensão “Clínica Intercultural” e, portanto, inserido na Rede de Atenção Psicossocial “ampliada”<sup>16</sup>. Ao trabalhar ofertando escuta a imigrantes, percebi que um dos principais trabalhos seria, justamente, articular e sensibilizar a rede a fim de promover um cuidado culturalmente sensível e que estivesse inserido nas políticas públicas. Identificamos junto aos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial uma lacuna no que diz respeito ao diagnóstico, conduta, acompanhamento e continuidade do atendimento da população migrante que apresenta algum nível de sofrimento psíquico agravado (Machado, Barros & Martins-Borges, 2019; CRAI, 2018).

Cabe ressaltar também um progressivo desmonte das políticas públicas associadas à RAPS desde o Golpe de 2016<sup>17</sup>, o que interfere diretamente na assistência oferecida.

---

<sup>16</sup> Aqui, utilizo o termo “ampliada” para me referir a serviços não tipificados por políticas públicas, mas que estabelecem vínculo e atuação direta com a RAPS, estabelecendo trocas e encaminhamentos constantes em via dupla.

<sup>17</sup> É impossível pensar em uma clínica também política sem considerar os acontecimentos que permearam o Brasil nos últimos anos. Um golpe de Estado e a ascensão da extrema-direita

Durante o Governo Bolsonaro, especialmente, tivemos um retrocesso significativo no que diz respeito às práticas em saúde mental, retomando ações que são contrárias à Reforma Psiquiátrica e ao cuidado de base comunitária, coerentes com a Lei Paulo Delgado 10.216/2001 (Silva & Silva, 2020). Este cenário é ainda mais fortuito para mobilizar ações normatizantes durante a prática profissional, pois depende especialmente de iniciativas individuais por parte dos agentes responsáveis pelo cuidado para resistir ao retrocesso.

A tese que busco defender com este trabalho, portanto, é que diante da diferença cultural no cuidado psicossocial, somos guiados por uma tendência normatizante no ato terapêutico. Com isso, o diagnóstico psicopatológico pode surgir como um dispositivo de defesa que sustenta nosso saber (Caponi, 2014). Como aprimorar a produção de cuidado diante deste dilema? Aposto em um trabalho que reflète sobre a escuta e não sobre as histórias dos imigrantes em si, pois acredito que precisamos fazer um retorno às nossas práticas para desestabilizar as hierarquias postas pelo pensamento colonial e certa noção de ciência absoluta.

Desta forma, o objetivo principal do estudo é compreender o processo de construção da escuta do sofrimento psíquico de imigrantes na perspectiva de profissionais da psicologia e da medicina em instituições públicas de cuidado. Como escolha de campo de análise para minha pesquisa, opto pelos diferentes níveis de atenção e cuidado do SUS, uma vez que em todos eles (atenção primária, média complexidade e alta complexidade) temos atos diagnósticos e terapêuticos sobre as experiências de imigrantes que circulam em busca de cuidado, num itinerário terapêutico especialmente marcado pelas barreiras linguísticas e culturais (Machado, Barros & Martins-Borges, 2019). Além deste campo, faço da minha própria prática um campo a ser desbravado, questionando e refletindo sobre o que já fiz e sigo fazendo neste cenário como psicólogo que trabalha com a psicanálise.

Neste sentido, este trabalho se baseia em alguns referenciais teóricos que buscam sustentar o questionamento principal pesquisa. A proposta de transitar por diferentes teorias coerentes entre si – psicanálise, psicologia social e teoria social crítica - surge como um posicionamento ético diante do risco que corremos com as explicações únicas

---

apontaram para um questionamento constante sobre a ciência e sua real eficácia. Lidamos com um discurso ideológico marcado pela manutenção da moral cristã que é, fundamentalmente (e paradoxalmente), excludente diante da diferença. Assim, ações baseadas em conhecimento científico foram duvidadas e substituídas por indicações rasas que tiraram de assalto o conceito de saúde tão cuidadosamente construído a partir da Constituição de 1988 (Matos, 2021). Com se não fosse o suficiente, temos um discurso extremamente protecionista das categorias “nação” e “cidadania” que são, neste caso, totalmente avessas ao acolhimento de pessoas que não sejam brasileiras.

e hierarquicamente binárias entre certo e errado (Núñez & Vilharva, 2022). Como ponto de partida, assim como alguns autores contemporâneos, realizo uma intersecção entre o enquadre teórico-metodológico da psicanálise e seus desdobramentos no último século e os trabalhos foucaultianos acerca do discurso sobre a “loucura” e práticas de normatização (Foucault, 2020; Gondar, 2020; Frosh, 2018; Costa et al, 2015)

Sei, contudo, que a maior parte dos profissionais com quem tive contato para elaboração desta cartografia não compartilham do mesmo enquadre teórico e metodológico. Seria contraditório esperar que falássemos uma “mesma língua”, especialmente em se tratando do tema central da pesquisa. Com isso, advirto que este é um estudo localizado e que pode ser lido como uma possibilidade interpretativa de certa realidade, mas não busco aqui produzir uma noção de verdade única ou de uma explicação que aponta a resposta para o “além da compreensão atual”. Como argumenta Bhabha (1998) em seu livro “O lugar da cultura”, questionar a normatização produzindo outras é apostar na perpetuação de mesmas práticas com novos protagonistas. Assim, em uma leitura circunscrita pelo campo de pesquisa, espero que seja possível aprimorar práticas de cuidado em nível de políticas públicas, num compromisso ético da produção de conhecimento científico e sua aplicabilidade.

Na primeira parte, leitora, será possível encontrar inflexões teóricas sobre as temáticas aqui apresentadas, divididas em subcapítulos que apresentam a revisão de literatura realizada para a condução dos estudos. Em seguida, apresento o primeiro “movimento cartográfico” desta tese, a descrição da escuta do sofrimento psíquico de imigrantes em diferentes contextos nos quais tive a oportunidade de transitar a fim de refletir sobre movimentos que forjaram (e seguem forjando) meu trabalho diante da temática da migração. Neste estudo, utilizei meus próprios diários de campo como instrumento de análise para responder aos objetivos específicos desta pesquisa.

No segundo movimento cartográfico, apresento a análise de entrevistas em profundidade que realizei com psicólogas, psiquiatras e médicas de família na Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis. A escolha destes profissionais surgiu considerando o dado de realidade que são estas as profissões aptas a realizar psicodiagnóstico e registrar nos prontuários, ou seja, produzindo “destinos” como alerta Lingardi (2021). Além disso, são integrantes de um fazer *psi* marcado por possibilidades e frustrações, mas que parte essencialmente de uma clínica da escuta do sofrimento. Aqui, entrelaço discursos em busca de responder o objetivo principal desta pesquisa, sobre como se dá a escuta do sofrimento psíquico desta população nas políticas públicas e de que forma a cultura pode surgir como um elemento a ser considerado na condução

do psicodiagnóstico e do tratamento. Sobretudo, analiso a intersecção discursiva entre a noção de sofrimento e “adoecimento” e seus efeitos relacionais.

Por fim, apresento considerações possíveis sobre como esta tese pode contribuir para pensar a escuta do sofrimento psíquico de imigrantes não apenas no contexto de saúde, pois os achados da pesquisa apontam para a importância dos espaços públicos e não normatizantes de escuta, independente de onde estejam localizados. Sobretudo, reafirmo a importância do fortalecimento de ações de políticas públicas tanto na formação profissional para a atuação com esta população quanto no trabalho coletivo para melhores condições de inclusão e permanência de imigrantes.



# bússola cartográfica

### **3. Objetivos**

Como nomeia Rolnik (2014), para poder transitar pela paisagem psicossocial que pretendo descrever com esta cartografia, é importante delimitar caminhos e, especialmente, os limites que levarei em consideração para tecer as palavras. Perceba, leitora, que o tema abordado nesta tese é de grande abrangência e pode abrir muitas possibilidades de interpretação, com isso, elenco objetivos como minha bússola durante a escrita. Minayo (2001) também relembra que os objetivos de pesquisa ajudam justamente na manutenção e construção dos caminhos que levam às possíveis respostas à pergunta de pesquisa, caso contrário, caímos no risco de fazer da pesquisa um espaço de confirmação apenas da “própria verdade” forjada pelo pesquisador.

Abaixo, os objetivos que orientaram meu caminho durante o processo de pesquisa. Como citei anteriormente, desenvolvo nesta tese em dois movimentos cartográficos, nos quais se dividem os objetivos específicos. No primeiro movimento, busco responder aos objetivos específicos (a), (b) e (c); no segundo, (c), (d), (e) e (f).

#### *2.1 Objetivo Geral*

Compreender o processo de escuta do sofrimento psíquico de imigrantes na perspectiva de profissionais da psicologia e da medicina em serviços de saúde.

#### *2.2 Objetivos específicos*

- a) Descrever a construção da escuta clínica no trabalho com imigrantes;
- b) Caracterizar o processo de atenção a imigrantes no que se refere a interpretação de suas queixas por profissionais de saúde mental em instituições públicas de cuidado;
- c) Reconhecer especificidades do diagnóstico clínico/psicopatológico no trabalho com imigrantes
- d) Caracterizar o processo de acolhimento do sofrimento psíquico de imigrantes em serviços de saúde de Florianópolis
- e) Identificar a compreensão de sofrimento psíquico e efeitos psicossociais oriundos do percurso migratório na perspectiva de profissionais de saúde
- f) Mapear os itinerários de cuidado percorrido por imigrantes que apresentam queixas de saúde mental



**elaborações  
teóricas**

## 4. Elaborações Teóricas

### 4.1 Conhecendo relevos já desbravados por outros e elaborando um caminho analítico

Para construir corpo teórico e legitimar a relevância da minha inquietação de pesquisa, desde o começo dos estudos no doutorado venho elaborando uma revisão de literatura que pode ser compreendida em duas etapas diferentes. A primeira, representa uma revisão integrativa realizada com outra pesquisadora do núcleo de pesquisa<sup>18</sup> (NEMPsiC/UFSC) que trabalhou com uma temática semelhante à minha. A segunda, uma revisão narrativa guiada pela ética e lógica da psicanálise que me fez transitar por diferentes autores e autoras e fundamentou muitos dos argumentos que apresento nesta tese. Associando à ideia da cartografia, temos os movimentos rizomáticos da produção do conhecimento, os quais não possuem uma centralidade ou uma “raiz” única, mas fluxos interdependentes e conectados que produzem um território de compreensão (Deleuze, 1992; Rolnik, 2014).

Sobretudo, percebo que estas revisões e as leituras que seguiram me desafiaram a me posicionar como pesquisador em busca do terreno sobre o qual gostaria de sustentar meu argumento, algo que me pareceu fundamental tanto na minha formação acadêmica, quanto na construção da escuta que ofereço a imigrantes em diferentes contextos. Com isso, pude posicionar meu olhar em uma psicanálise implicada e coerente com as vicissitudes do contemporâneo e me alinhar com as produções científicas atuais compromissadas com rigor teórico e metodológico em sua perspectiva crítica.

Por mais que a revisão de literatura narrativa parecesse suficientemente boa para alcançar os objetivos da pesquisa, achamos importante também realizar um olhar integrativo para as produções acadêmicas. E que bom que foi assim. Digo isto, pois pude entrar em contato com produções nacionais e internacionais que debatiam se não o mesmo tópico que o meu, mas algo muito próximo, o que me possibilitou ultrapassar as fronteiras da minha “ideia inicial” e abriu caminhos de debate com diferentes realidades.

---

<sup>18</sup> A pesquisadora em questão é Julia de Souza Lopes, com quem tive o prazer de trabalhar no Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Florianópolis. Na ocasião, ainda estagiária do serviço de psicologia, Julia se mobilizou especificamente no trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde a partir de um caso atendido, no qual a ajuda desta categoria foi de extrema importância. Sua pesquisa, que também foi orientada pela Dra. Lucienne Martins Borges, já está publicada e pode ser encontrada no link:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/229275/PPSI0959-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>

É muito comum que, durante práticas de pesquisa, estejamos viesados pela hipótese que buscamos sustentar ou a tese que desejamos defender. O discurso que buscamos emplacar é fundamentado também pelo desejo, porém, sobrepujando a necessidade de se aliançar com uma resposta única, me permiti questionamentos e desvios no percurso. Como exemplo, apresento o termo que considerava central na pesquisa inicialmente: psicopatologização. Acredito, sim, que ela segue sendo uma preocupação e algo recorrente no campo que realizei, mas após as leituras, percebi que ela se constitui como um ato de um fenômeno mais amplo, a normatização.

Na revisão sistemática, questionávamos sobre a noção de “competência cultural” nos atendimentos de saúde, a qual entendemos como uma habilidade ou sensibilidade diante da diferença que seja capaz de promover relativização cultural e desconstrução de práticas etnocêntricas no cuidado. Nossa pergunta inicial era: o que foi publicado sobre este tema nos últimos dez anos e que pode nos fazer refletir sobre as pesquisas em andamento? Para isso, realizamos pesquisas nas bases de dados *Scielo*, *BVSPsi*, *Web of Science*, *Psycinfo* e *Scopus*. Como descritores, utilizamos “imigração” (e suas variantes), “profissionais de saúde” (e suas variantes), “patologização” (e suas variantes) “itinerário terapêutico” (e suas variantes) e “competência cultural” (e suas variantes). Aplicados os critérios de inclusão e exclusão para esta revisão, restaram 73 artigos que foram analisados e organizados em um artigo, já submetido e aprovado para publicação em uma revista científica.

A maior parte dos artigos desta revisão (71%) foi publicada em inglês, seguido de 19% em espanhol e 10% em português. Além disso, a maioria das pesquisas foram realizadas no contexto europeu (58,9%), seguido de 15% na América do Norte, 11% na América do Sul e os demais distribuídos pelos outros continentes do globo, com maior concentração na Oceania (9%). Os estudos, em grande parte, foram realizados tomando métodos qualitativos de coleta e análise das informações (77%), os quais contaram com entrevistas semiestruturadas (70%) e grupos focais (25%). Nas pesquisas quantitativas (9,5%) ou quali-quantitativas (13,5%) foram utilizados, em sua maioria, questionários autoaplicáveis ou desdobramentos quantitativos da entrevista semiestruturada. No que diz respeito à abordagem teórica, a maior parte (71%) não apresentou posicionamento epistemológico declarado, algo que nos chamou atenção e me faz, desde o princípio, me posicionar na escrita neste sentido.

Em relação à área de atuação dos profissionais que participaram das pesquisas, 70 artigos apresentam pesquisas na realidade de trabalhadores da saúde, 7 também articulam com sistemas e serviços de Assistência Social e outros 4 consideram apenas profissionais da gestão. As pesquisas, além de apresentarem perspectiva intersetorial,

também trouxeram percepções dos três níveis de atenção e cuidado, se considerarmos uma visão hierárquica que toma como critério o nível de complexidade tecnológica. A maior parte das pesquisas (49%) considerou a realidade da atenção primária em suas reflexões, seguido da alta complexidade e serviços hospitalares (42%) e média complexidade e serviços ambulatoriais (7%). Além dos serviços e equipamentos oficialmente inseridos nas redes públicas de Saúde ou de Assistência Social, as pesquisas analisadas também tiveram respondentes que atuam no terceiro setor vinculado a instituições de cuidado a imigrantes e refugiados.

Os artigos analisados apontam também para importantes barreiras percebidas pelos profissionais de saúde e assistência social no cotidiano de cuidado a imigrantes e refugiados. A mais expressiva delas certamente diz respeito à comunicação em decorrência da diferença linguística, a qual imprime marcas importantes no cuidado oferecido e na comunicação. Este obstáculo é evidenciado de diferentes formas nos estudos: (a) profissionais encontram dificuldade de entender e “traduzir” a demanda apresentada por imigrantes e refugiados a fim de traçar uma conduta de cuidado; (b) também percebem um empasse no caminho oposto do canal de comunicação, no qual imigrantes e refugiados apresentam dificuldades importantes de verbalizar seu sofrimento ou queixa em uma língua desconhecida; (c) imigrantes e refugiados apresentam dificuldades de compreensão do sistema de saúde uma vez que não encontram informações em sua língua; (d) além da bagagem traumática oriunda do processo migratório, a qual por si só já configura o processo de nomeação do vivido e escuta disso como algo dificultoso (Rousseau et al, 2017; Chuah, 2019; Jaeger et al, 2019; Wamwayi, Cope & Murray, 2019; Aizenberg et al, 2015).

Para superar a barreira comunicacional, como estratégia mais citada nos artigos, os profissionais utilizaram, além de intérpretes, “ações criativas” para acessar a queixa. Fomentar a competência cultural nos profissionais e serviços criando espaços sensíveis às diferenças culturais por meio do trabalho em equipes interculturais e com a presença de um serviço de intérprete qualificado, foram estratégias relatadas para superar esta barreira. Como recurso, os profissionais indicam utilizar amigos e familiares como tradutores, assim como estratégias verbais associadas a não verbais, tais como uso de papel e caneta, mímica facial, movimentação das mãos, posturas corporais, tom e volume da voz ou, em último caso, aceitar a insuficiência comunicacional (Jaeger, et al, 2019; Jansky, Owusu-Boakye & Nauck, 2019; Silva et al 2016; Priebe et al, 2011; Kurth et al 2010)

Os artigos analisados também sinalizam que a distribuição desigual dos serviços de saúde no território dos países implica em uma diferença significativa nas

possibilidades de acesso à atenção e cuidado (Devillé et al, 2011). É importante considerar, portanto, que a organização do sistema de saúde e o seu comprometimento em estabelecer políticas nacionais de atenção a imigrantes, além de difundir e fomentar a criação de protocolos, é diferenciador na produção de vínculos potentes de cuidado com esta população. Como diferencial, Robinson (2013), em sua experiência nas ONGs no Reino Unido, indica o fomento à inclusão de assistentes sociais na atenção a imigrantes nos serviços de saúde, uma vez que a produção de vínculo é diferenciadora na adesão aos tratamentos e compreensão das dinâmicas próprias do sistema de saúde. Ou seja, a literatura confirma a importância de uma escuta interprofissional.

Além disso, também foi possível perceber que as questões sociais e geopolíticas interferem diretamente na forma como o cuidado é oferecido. Cabe ressaltar que a revisão foi realizada durante a pandemia de COVID-19, ainda em seu primeiro ano, e isto contribuiu para que houvesse poucos trabalhos acerca desta temática em específico. Ficou evidente que a noção de “vulnerabilidade” é presente em muitos artigos, a qual é vista com muita frequência apenas sob uma perspectiva socioeconômica. Mais à diante, trabalharei com a noção de “vulnerabilidade” apresentada por Butler, mas aqui me referencio na forma como os artigos utilizaram. Para os autores, a vulnerabilidade socioeconômica pode dificultar ou até mesmo impedir o atendimento de imigrantes nas redes de saúde e socioassistencial. Esta questão é agravada quando se trata de um sistema de saúde organizado em hierarquias de complexidade e por uma lógica de atendimento territorializado, pois determinados territórios concentram situações de vulnerabilidade tanto na população quanto nos serviços oferecidos.

Em outros territórios vistos como não “vulneráveis”, muitas vezes estão localizados serviços de alta complexidade e, por isso, são inacessíveis para pessoas em situação econômica fragilizada que vivem na periferia, pois se localizam no centro da cidade. Conforme relatado em alguns estudos, as possibilidades de acesso aos serviços dependem muitas vezes da capacidade econômica dos imigrantes de arcarem com os custos de transporte, lidarem com as distâncias geográficas e gerenciarem o tempo que o deslocamento demanda (Khanlou et al 2015; Barreto et al 2019). Além disso, os imigrantes precisam contar com flexibilidade para se adaptarem aos horários em que se oferecem as consultas (Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2015).

Por fim, terminamos a análise dos artigos compreendendo algumas barreiras e fatores determinantes no atendimento à saúde de imigrantes. Os artigos, em sua maioria, reconhecem a noção de vulnerabilidade psíquica presente na condição dos imigrantes, especialmente aqueles realizaram seu movimento de maneira involuntária. Além disso, é possível perceber a carência de estratégias relacionadas à atenção psicossocial a esta

população dentro dos sistemas de saúde, o que se tornou foco do meu trabalho em seguida.

Sobretudo, gostaria de destacar que, na revisão de literatura que realizamos de modo integrativo, pouco foi encontrado sobre práticas de normatização ou patologização na atenção psicossocial ofertada a imigrantes. Temos algumas hipóteses para esta falta, mas a principal delas é a não utilização dos textos em língua francesa que, nos últimos anos, apresentam importantes contribuições para a área. Por isso, busquei unir leituras que possam me auxiliar na compreensão do que seria a escuta do sofrimento diante da diferença cultural e, especialmente, como e de quais formas as práticas de normatização podem ocorrer em atendimentos a imigrantes em serviços de saúde. Depois de uma conversa integrativa com autores indicados pela proximidade temática, inicio aqui uma conversa que foi sendo construída de modo rizomático. A partir de agora, apresento os caminhos teóricos que trilhei para desenhar ainda mais o corpo teórico desta pesquisa a partir de uma revisão narrativa que considerou os marcadores conceituais desta tese: normatização, escuta psicanalítica, migração, cultura e psicopatologia.

#### *4.2 Direito de ser história contada e o combate às normatizações*

Se levarmos em consideração as práticas de normatização frequentes para a construção de uma “identidade”<sup>19</sup> aceitável no laço social, encontramos a repetição reiterada de narrativas possíveis em contraposição àquelas que seriam impossíveis. Gondar (2014) nos alerta que a normatização é uma prática constante, presente e pulverizada por diferentes categorias de inteligibilidade como raça, classe, gênero, entre outras. Se partirmos de uma problematização decolonial das práticas etnocêntricas<sup>20</sup>, é possível dizer que a cultura também pode ser considerada como um fator alvo de normatização, uma vez que ela delimita possibilidades de leitura e compreensão da realidade (Rocha, 2004). Ou seja, a cultura “enquadra” um modo de ver o mundo e funciona como um “envelope” que, ao mesmo tempo que protege, endereça o sujeito a

---

<sup>19</sup> Podemos compreender a noção de identidade a partir de diferentes perspectivas. Para Stuart Hall (2017), a identidade não é um conceito fixo e inerente, mas sim um processo complexo e em constante mudança, moldado pelas interações sociais, culturais e históricas. Ele argumentava que as identidades são construídas e negociadas através do discurso e das práticas sociais, e não são determinadas apenas pela origem étnica, gênero, classe social ou qualquer outra característica estática.

<sup>20</sup> De acordo com Everardo Rocha (2004), o etnocentrismo pode ser compreendido como uma forma de julgamento que se baseia em critérios que são específicos de uma determinada cultura, ignorando a diversidade cultural e a complexidade das relações sociais. Para Rocha, ele pode ser tanto um fenômeno individual quanto coletivo, e pode se manifestar de diferentes formas: desde a simples rejeição das práticas culturais de outras pessoas até a negação de seus direitos e a sua subjugação.

um modo de funcionamento (Martins-Borges, 2013). A questão é: sob quais critérios colocamos determinada realidade como central?

As dinâmicas sociais são, historicamente, baseadas e estruturadas por relações de poder que se distribuem de maneira desigual, construindo modos de vida respaldados por certo peso de “verdade” (Foucault, 1972). Os discursos coloniais são germinados neste cenário, uma vez que se produz uma moralização e valorização da possibilidade de reconhecimento da condição humana. Para Butler (2021; 2015) a categoria “humano” é forjada e, sobretudo, resultado das relações de poder, produzindo dinâmicas de exclusão e marginalização em virtude de posições sociais e culturais. Assim, a compreensão daquilo que é “certo” ou “aceitável” passa a ser inscrita em um território subjetivo e cultural específico, transformando-se em “ideal”. A partir disso, objetiva-se não só a perpetuação de uma única perspectiva de cultura, mas também a aniquilação de qualquer outra possibilidade de existência, relegando a diferença ao espaço da ausência de reconhecimento ou da compreensão como “equivoco”. Para Butler, portanto, as políticas de resistência dependem, fundamentalmente, de uma desestabilização desta categoria, justamente para que ela possa abarcar um espectro maior de experiências, as quais não sejam baseadas unicamente em dominação e exclusão.

Quando Foucault alerta para autoria do discurso, ele está justamente salientando que aqueles que contam a história, inevitavelmente, imprimem algo de si naquilo que relatam e, ao mesmo tempo, o fazem, pois, são constituídos por este próprio discurso e possuem a possibilidade de falar. Ou seja, "não se trata de saber quem fala, mas de situar o discurso em termos de poder, isto é, de economia política: quem pode falar? Quem pode fazer falar? Quem tem autoridade para exigir a palavra? De onde se fala?" (Foucault, 1972, p. 100). Articulando com a proposta de Butler sobre a desestabilização dos conceitos forjados a partir da dominação, acredito que falamos aqui de possibilitar novas narrativas e discursos silenciados.

Essa citação de Foucault também destaca a ideia de que a autoria não é um atributo individual, mas é construída socialmente dentro de um campo de poder e discursividade. Em vez de focar na identidade do autor, Foucault propõe analisar o contexto em que o discurso é produzido e os processos de poder que permitem ou restringem a sua produção. Isso implica entender a linguagem como uma forma de prática social que constitui subjetividades e constrói relações de poder, em vez de simplesmente refletir ou expressar realidades objetivas. Em última análise, essa abordagem questiona as noções tradicionais de autoria e subjetividade, e enfatiza a importância do contexto e da relação entre discurso e poder para a compreensão da linguagem e da formação subjetiva.

Com isso, trago para a discussão a ideia de que, como profissionais da escuta, somos todos artífices da palavra e produzimos realidades singulares por meio dela. A questão é: como conviver com a coexistência de diferentes realidades culturais e psíquicas sem que, necessariamente, no contraste com o ideal de verdade, a diferença seja posta como equívoco? Inseridos e constituídos no âmbito da linguagem, Lacan (1985) propõe que, como sujeitos, ocupamos uma posição em relação ao discurso do Outro<sup>21</sup>, e que a subjetividade é um processo contínuo de negociação e redefinição dessa posição. Em outras palavras, a linguagem não é apenas um meio de comunicação, mas também um mecanismo crucial para a formação da identidade e do sentido de si mesmo. Quando falamos sobre alguém, também estamos definindo seu espaço de reconhecimento, especialmente se nossa posição na complexa trama de relação de poder é marcada por o privilégio carregar a “verdade”, como é o caso dos discursos médico e jurídico.

A normatização, como uma prática discursiva e relacional, se constitui, então, como uma diminuição ou “modelação” do espaço subjetivo que o outro pode ocupar, construindo experiências subjetivas “espremidas” dentro dos ideais. Ou seja, leitora, uma discussão sensível, mas extremamente importante para o debate que busco trazer com esta tese. Afinal, todos somos invadidos e, de certa forma, invadimos o outro a partir do discurso. Diante deste impasse que nos confere a ideia de que existem histórias dignas de serem contadas e outras não, careço de um ponto de segurança, um lugar que me traz condições de visibilidade, meu “objeto transicional” anteriormente anunciado: a literatura.

Assim, faço uma conexão entre literatura e ciência, tensionando a fronteira entre esses dois campos. Essa relação pode ser denominada de diversas formas, como figuração, metáfora, representação ou comparação. No entanto, gostaria de destacar o argumento de Cândido (2011) em defesa do direito à literatura como justificativa para sua utilização. Em sua visão, a desigualdade é uma categoria central nas relações humanas, e isso orienta as ações e perspectivas dos direitos humanos. Algumas pessoas têm acesso, vivem e se identificam com a literatura, enquanto outras não têm esse privilégio. Para estas últimas, a única narrativa possível é a que é apresentada pelos jornais e noticiários, que anunciam a tragédia esperada de suas vidas, uma vez que "a

---

<sup>21</sup> Para Jacques Lacan (1985), o grande Outro é uma das principais instâncias psíquicas que governam a subjetividade humana. Ele se refere ao grande Outro como um "lugar" simbólico que representa a totalidade da linguagem e da cultura em que o sujeito está inserido. Em outras palavras, o grande Outro é a dimensão simbólica e cultural que está além do sujeito e que molda a sua percepção de si mesmo e do mundo. É um lugar de autoridade e legitimidade, onde os valores e as normas sociais são codificados e transmitidos por meio da linguagem. O grande Outro pode ser visto como uma figura de autoridade que demanda obediência e respeito, mas também pode ser experimentado como uma fonte de opressão e alienação.

sociedade sentiu que eles podem ser um fator de rompimento do estado das coisas" (Cândido, 2011, p. 173).

Neste sentido, vemos a literatura não como algo distante, mas presente e integrante desta cadeia simbólica que nos constitui como sujeito. A exemplo da citação de Clarice Lispector que abre esta tese:

O que me sustenta é saber que sempre fabricarei um deus à imagem do que eu precisar para dormir tranquila, e que os outros furtivamente fingirão que estamos todos certos e que nada há a fazer. Tudo isso, sim, pois somos sonsos essenciais, baluartes de alguma coisa. E sobretudo procurar não entender. Porque quem entende desorganiza. (Lispector, 2016, p. 219)

Na busca por aceitar a condição de desorganização que a emergência de discursos oprimidos pelas relações de poder pode causar, tento também com esta tese desfazer alguns acordos implícitos da prática clínica, os quais nos convocam a entender, por exemplo, o sofrimento psíquico como algo muito facilmente associado diretamente à noção de doença. Assim, a literatura surge como uma possibilidade de garantir a poética necessária à vida, como um direito. Nem todo discurso de queixa sobre o sofrimento psíquico precisa se enquadrar na normativa patológica dos critérios diagnósticos. Afinal, nesta dicotomia criada, é como se o discurso médico fosse sempre o detentor da verdade sobre o sujeito. Quando se parte de uma epistemologia e ética psicanalítica, é possível acreditar na "verdade ficcional" que o sujeito apresenta sobre si, uma vez que na cena clínica, o sujeito se entrega um discurso marcado pelo caráter fantasioso e fantasmático de seus próprios sintomas. A função da escuta se transforma em uma máquina de produzir narrativas que ganham contornos de "verdades localizadas" fundamentais para a constituição subjetiva e, sobretudo, do processo de cuidado (Herrmann, 1999).

Partindo desta presença perene da ficção na constituição subjetiva, para Cândido (2011), a literatura pode ser considerada como algo presente em diversas culturas, mas que acaba ganhando diferentes roupagens e nomeações: folclore, lenda, chiste e outras formas de produção sobre a vida e as interpretações dela. O ponto argumentativo de Cândido está no direito que socialmente oferecemos a diferentes pessoas a esta vida de identificação poética, uma vez que determinadas "verdades ficcionais" ganham campo de possibilidade e outras não. Assim, como um exercício para seguir apresentando o escopo teórico da pesquisa, aproximo o tema de estudo à literatura brasileira.

Em 1980, Moacyr Scliar publicou um de seus mais emblemáticos e enigmáticos livros: "O centauro no jardim". Nele, o escritor gaúcho remonta, a partir de uma escrita surrealista, questões comuns à sua própria história e que falam diretamente de movimentos migratórios. Utilizando o corpo do personagem principal como metáfora dos efeitos do deslocamento, Scliar apresenta um humano híbrido, um centauro que,

surpreendentemente, nasce no interior do Rio Grande do Sul. Ao longo da história, assustado com sua própria forma em contraste com o outro, ele viola seu corpo, molda seus costumes para dar conta das exigências de um todo social que enquadra e exige certas modalidades de existência, sob o risco de anular a possibilidade de ser reconhecido como humano, assim como Butler discute ao longo de sua produção teórica.

Guedali, meio homem e meio cavalo, vive com o constante sentimento de deslocamento de si, afinal, a representação da possibilidade de “ser” humano é corporificada em uma experiência completamente diferente da sua. Mais do que isso, deflagrada a diferença, ainda que em perfeitas condições de funcionamento e compatível com a vida, sua condição passa a ser vista como anormalidade num enquadre patológico. Guedali é visto como doente por ser quem é. Com isso, ele busca seu próprio lugar por meio da cura de algo que só existe pela sua evidente incompatibilidade com o meio e com os laços e acordos culturais pré-estabelecidos. Assim, ele comunica de várias formas seu sofrimento: chora, se mutila, agride. Em ato, buscando simbolizar aquilo que ainda não tem nome dentro de si, Guedali busca a compreensão do seu eu forjado pelo encontro com o outro que, em momento algum de sua história, o reconheceu como humano por conta evidente diferença. Ele sempre ocupou a noção de “estrangeiro”, mesmo em sua própria terra.

A metáfora adotada por Moacyr Scliar que ganha corpo na figura de um centauro representa a diáspora judaica em decorrência da Segunda Guerra Mundial, os quais diante da ameaça do nazismo foram forçados a deslocar para manutenção de suas vidas. Este corpo híbrido representa a cisão identitária oriunda desta obrigação e necessidade de partir (Galvão, 2016), a qual, em contextos assim, se desdobra em questões psíquicas específicas decorrente do trauma e de uma maior precarização de sua condição de vulnerabilidade (Martins-Borges, 2013; Pussetti, 2009; Butler, 2015; Prado & Araújo, 2019). Ao mesmo tempo, este corpo é marcado por uma “existência” única, a qual é facilmente reconhecida pelo outro como “anormal”. Com isso, o sujeito pode vivenciar a experiência de “conter em sua existência” algo a ser eternamente corrigido.

Inclusive, é neste mesmo contexto que Hannah Arendt (2013) escreve seu tocante texto “Nós refugiados” no qual ela considera o termo refugiado como algo com novas definições após o holocausto: o deslocamento é mobilizado pelo ódio direcionado a existência de grupos em específico. Esta particularidade é confirmada pela ação da Organização das Nações Unidas em 1950 ao criar o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, 1951), estabelecendo critérios internacionais de amparo e acolhida para pessoas em situação de declarada perseguição e risco de morte, configurando um novo estatuto de “refugiado”, uma condição legal de acolhida.

Migrantes, refugiados, solicitantes de refúgio, imigrantes, exilados, expatriados, menores desacompanhados, clandestinos, errantes, apátridas, repatriados, reassentados, retornados. Muitas são as nomeações dadas a este sujeito em deslocamento justamente em uma tentativa de dar significado a este outro que adentra um espaço delimitado que não considerava seu pertencimento. Nomear é algo fundamental para simbolizar e reconhecer o outro. Contudo, os empregos destas nomeações são muitos, desde o humanitário, acadêmicos e até mesmo dos discursos em massa, dos movimentos sociais, dos canais de comunicação e especialmente na esfera política (Gebrim, 2020). Retomando o texto de Hannah Arendt (2013), suas primeiras palavras trazem a inquietação com o termo “refugiado”, nomeação que os judeus passaram a receber durante a diáspora promovida pela Segunda Guerra Mundial. Para ela, este termo fala mais sobre a situação em si do que necessariamente sobre os sujeitos. Assim, afirma que não gostavam de serem chamados desta forma e que se nomeavam entre si de “recém-chegados”. Ou seja, a perspectiva de quem vive o movimento no corpo e escolhe seu nome.

No caso de Guedali, o nome que ele recebeu a partir do discurso do outro foi constantemente associado a um ser "não-humano", bestial e marcado pelo olhar normalizante. Como somos sujeitos constituídos na linguagem e em relação com o outro, essas nomeações delimitam seu campo de existência. Ao ser rotulado como "anormal", o corpo que ele habitava se transformou em sua maior e mais confusa ameaça. Afinal, o discurso de ódio, marcado pelo risco narcísico trazido pelo anúncio de diferença, ganha contornos de realidade em sua própria imagem. Sendo seu corpo o contraste minoritário de uma norma, ele ganha o que Butler (2021) chama de "existência social" a partir e através do discurso do outro.

Assim como Guedali, falamos de sujeitos que experimentam uma cisão importante, vivenciada no corpo, no território e psiquicamente. Diferente da fronteira geográfica que é especialmente ultrapassada, há uma separação simbólica que permanece constantemente deflagrando as diferenças cotidianas. A fronteira passa a ser aquilo que determina o que são eles e o que somos nós. Considerando nossa prática de escuta como algo que depende de nomeações, é importante salientar que, como profissionais de saúde, somos o meio pelo qual histórias se concretizam em palavras, muitas vezes pela primeira vez. O que fazemos frente à tamanha responsabilidade: admitimos a existência de outros enquadramentos culturais que não o nosso e entendemos como histórias "possíveis" a partir de um interesse em aprender com o sujeito o que ele tem a dizer sobre si; ou alijamos o sofrimento a um discurso normalizante que toma como parâmetro a noção de doença? O desdobramento do peso de verdade sobre nosso fazer nos insere em

um campo de produção e perpetuação de uma determinada realidade coletiva. Portanto, com quais palavras nos propomos a contar tais histórias?

Atento à importância da nomeação, especialmente ao considerar as veredas diagnósticas pelas quais caminharei neste trabalho, faço um acordo: aqui, as pessoas que trazem o deslocamento territorial em sua história estão sendo chamadas de "imigrantes". Neste sentido, assumo a característica plural de sua significação, a centralidade do movimento e da relação com a fronteira na história subjetiva dessas pessoas, que comumente recebem outros nomes para falar sobre si. Além disso, admito que há limites ao adotar apenas um significante para essa possibilidade de existência marcada por atravessamentos políticos, subjetivos e sociais. Contudo, ao admitir que não é possível abarcar toda e qualquer experiência em um único nome, aceito esse acordo como algo necessário. Mas tenha em mente, leitora, que quando falo "imigrante" em meu discurso, desdobro nesse nome uma série de outros tantos: nomes próprios, nomeações legais, parentescos, vínculos, e todo um espectro que constitui uma existência, uma história.

#### *4.3 O encontro com a diferença e seus efeitos de fronteira*

Como pensar sobre a diferença que os imigrantes trazem consigo no encontro com um novo país e cultura, especialmente no caso daqueles que são forçados a se deslocar? Como dito anteriormente, a fronteira, marcada por aparatos legais e simbólicos, permanece presente no cotidiano e nas barreiras relacionais vividas pelos imigrantes no encontro com o outro. Seja na língua, nos modos de sentir e se relacionar ou nos modos de sofrer, a fronteira é algo carregado de desejo para ser ultrapassado ou para se receber um "respaldo" em uma permanência estrangeira em um contexto atípico, como aquele olhar perplexo a espera do carimbo do agente da aduana. No entanto, é importante lembrar que a fronteira é um acontecimento que demanda dois lados. Quando nos consideramos "daqui", também carregamos a fronteira conosco e dimensionamos as condições de possibilidade dentro do nosso laço social. Diante da diferença, convocamos uma necessidade de "normatização".

Lynne Layton (2020) apresenta uma importante reflexão neste sentido ao desdobrar o debate sobre a normatização a partir de uma perspectiva interseccional. Para ela, há a produção e reprodução de matrizes de normalidade que são perpetuadas de modo inconsciente e intergeracional de acordo com as dinâmicas de poder. A principal questão está no fato de que estas matrizes também forjam as noções de identidade e, sobretudo, do próprio inconsciente. Para a autora, há um "processo normativo inconsciente" que se baseia, especialmente, na perspectiva binária de certo e errado, superior e inferior, algo

completamente coerente com as lógicas coloniais que sustentaram a sociedade ocidental nos últimos séculos. Neste sentido, as categorias raça, classe, gênero e sexualidade, por exemplo, extrapolam a função identitária e, quando rebatidos ao ideal de verdade, se transformam em crivos para a aceitação social.

Esta prática também pode ser compreendida a partir da elaboração freudiana sobre o narcisismo das pequenas diferenças, a qual aponta para uma tendência de valorização e identificação com aqueles que compartilham características semelhantes, ao mesmo tempo em que constrói certa hostilidade em relação à diferença (Freud, 2010a). Ao apresentar este posicionamento, confirmamos uma necessidade implícita de reconhecer nossa própria identidade a partir da confirmação da semelhança e, simultaneamente, a negação da diferença. Esta confirmação identitária ganha outras camadas quando associamos à analítica do poder: caso o outro que corporifica a diferença que “invade” uma massa de semelhantes esteja em uma posição de subalternidade, as práticas de exclusão são discursivas, relacionais e físicas.

Guedali, o centauro, ao longo de sua trajetória em busca de efetuar os efeitos da “normalização” do seu corpo, encontrou médicos e profissionais da saúde que escutaram sua queixa como se aquele corpo fosse um problema *por si*, unicamente por não responder às demandas normativas. Como metáfora, Guedali foi abdicando forçadamente de sua condição quadrúpede e, ao final da narrativa, ainda que com duas pernas, sente-se meio cavalo ainda. Lembro-me que quando li este livro, o sentimento que ficou no primeiro plano foi o de desconforto, afinal, qual havia sido, portanto, o sentido de tamanha jornada? De onde vinha o direcionamento do desejo para o encontro com um corpo “normalizado”: dele ou da inabilidade do outro de lidar com sua diferença? Talvez, por esta inabilidade mostrada pelos demais personagens de lidar com este corpo “inédito”, a aniquilação de sua própria condição tenha sido o efeito drástico. Como anunciou o médico ao ver o pequeno Guedali ainda no primeiro capítulo falando aos pais: [...] Só há duas coisas a fazer: deixá-lo morrer ou aceitá-lo como é. Tens de escolher” (Scliar, 1980, p17).

Ele seguiu vivo até o final da narrativa, mas quais partes dele precisaram morrer para garantir esta condição reconhecida de “humanidade”? Penso nesta tese como uma escolha. A escolha da escuta deste “como é”, ainda que para isto sejam necessários novos enquadres e reajustes do sensível para compreensão destas vidas como, de fato, vidas passíveis de cuidado a partir de uma prática de reconhecimento que se sobreponha às matrizes de inteligibilidade que promovem quadros de exclusão (Butler, 2015). Busco com esta tese, portanto, adentrar especificamente nestes deslocamentos necessários na escuta no atendimento à saúde de imigrantes para garantia de um cuidado que não seja

medicalizante e normalizante, tal qual o médico que oferece esta sentença à Guedali logo em seu nascimento: a sentença de quem precisará eternamente se adequar. Ou seja, como o espaço de cuidado em saúde pode inserir na sua escuta a diferença como uma categoria constituinte não hierárquica e não necessariamente um critério diagnóstico?

Esta pergunta surge uma vez que o diagnóstico exerce função de limite entre o que entra ou não no esquema de “normalidade” (Foucault, 2006). Ao ultrapassar a delimitação patológica, o sujeito que corporifica a diferença insere-se em um novo contexto, em um novo “povo”. Perante a diferença, então, a força da regulação do ato psiquiátrico toma o lugar para que esta demarcação seja reconhecida, fato condicionante do ingresso em um modo de compreensão possível, a subalternidade (Spivak, 2014). Butler (2018) alega aspectos importantes sobre a noção de limite entre “povos” considerando a fronteira como algo essencialmente discursivo e, por assim ser, que extrapola as dimensões do Estado-nação. Neste sentido, pressupõe-se práticas de identificação e exclusão o que, para Butler, constroem atos “naturalizados” e dificilmente vistos como problemas explícitos.

Pensar na concepção de inclusão é, sobretudo, considerá-la um ato democrático radical (Butler, 2018)<sup>22</sup>. Pessoas em deslocamento levam consigo a fronteira que delimita seu reconhecimento como “povo de algum lugar” e oferecer no encontro a diferença e o contraste a outro “povo” acirra modos de proteção diante a ameaça que este outro traz consigo. Esta ameaça, inclusive, adentra uma dimensão identitária, considerando a característica do infamiliar freudiano (Freud, 2019): é possível ser de outro modo? O que este outro traz consigo que me questiona? No argumento de Butler, a inclusão em uma política democrática não é simplesmente estender o reconhecimento igualmente a todas as pessoas, pois a fronteira é um fato e não pode ser negada. Em vez disso, Butler propõe que a inclusão parta da percepção de que a exclusão da diferença constrói seres “irreconhecíveis” e que a vida destes precisa ser reivindicada inicialmente a uma categoria de reconhecimento, mantendo-se suas diferenças.

Nesta discussão acerca da inclusão, por exemplo, o fluxo migratório intenso promovido em escala global em decorrência da Segunda Guerra Mundial evidenciou a

---

<sup>22</sup> Vale ressaltar que ao trazer este conceito, Butler se referencia à proposta teórica de Chantal Mouffe, a qual enfatiza a importância da participação política ativa dos cidadãos na tomada de decisões coletivas. Ela defende que a democracia não é apenas um conjunto de procedimentos formais, como eleições e votações, mas também um processo constante de construção e reconstrução da comunidade política. Mouffe argumenta que a democracia radical deve estar baseada na ideia de “agonismo”, que se refere ao reconhecimento da existência de conflitos e diferenças irreconciliáveis na sociedade. Em vez de tentar apagar essas diferenças, a democracia radical as acolhe e as incorpora no processo democrático, criando um espaço político onde diferentes pontos de vista podem ser expressos e debatidos (Mouffe, 2000).

necessidade de um esquema de amparo e cuidado à mobilidade humana, a qual já acontecia em números expressivos em outras situações, inclusive na condição de tráfico de pessoas escravizadas nos séculos anteriores que tirou dos lugares de origem milhares de pessoas tendo como base práticas de colonização (Fanon, 1961). Pessoas foram forçadas a se deslocar por evidenciarem em seus corpos a diferença de sua existência, mesmo que para isso sua condição de “humanidade” fosse colocada em questão ou simplesmente anulada, visando o ideal de superioridade de determinados modos de vida em prol de uma colonização estrutural que hierarquizou as relações humanas (Fanon, 1961).

É importante considerar também que a relação de alguém com seu lugar de origem não diz respeito apenas à nacionalidade, algo inerente à noção de Estado Nação e a dimensão das fronteiras (Butler & Spivak, 2018). “Ser de algum lugar” envolve ter consigo um arcabouço simbólico e cultural de apropriação e assimilação do mundo, o qual possibilita compreensão e relação com a ideia de outro de modo muito específico e peculiar. Neste sentido, a cultura é estruturante e meio pelo qual o sujeito estabelece relação com o mundo, a partir de linguagem, hábitos e práticas apreendidas no meio constituinte (Martins-Borges, 2013). Fundamentalmente, a cultura não só produz como se é, mas também constrói estratégias de proteção deste sujeito diante de ameaças (Betts, 2013).

Partindo da noção de vulnerabilidade de Butler (2015), na qual todos somos vulneráveis ao outro como condição primária de existência, a migração não representa em si uma condição excepcional de vulnerabilidade: só há o *estranho* porque há o *igual* e esta nomeação existe justamente no encontro com o outro, no reconhecimento da diferença. Assim, não haveria o sentimento nacionalista se não houvesse a fronteira e o *outro* no lado oposto (Butler & Spivak, 2018). A vulnerabilidade é, portanto, esta condição *sine qua non* do laço social, compartilhada e necessária para compreensão e perpetuação dos aspectos culturais, os quais estabelecem função estruturante, de proteção e amparo (Martins-Borges, 2013).

Contudo, mesmo no discurso das políticas públicas, a ideia de vulnerabilidade passa a ser reproduzida como uma característica típica das pessoas que experenciam situações desfavoráveis, por vezes violentas, a partir das relações de poder. Seja por questões econômicas ou mesmo por pertencerem às “minorias”, cria-se a ideia de uma população vulnerável, frágil, sem possibilidade de agência sobre sua realidade, à mercê dos acontecimentos de sua própria história. Neste exemplo, ao anunciarmos que existem os vulneráveis e os não vulneráveis, produzimos uma fronteira que separa aqueles blindados aos efeitos sociais e políticos pois estão “imunes” às desigualdades justamente

por ocupar uma posição alta na hierarquia do regime de verdades produzida. Do outro lado, aqueles que precisam de ajuda. Esta fronteira da vulnerabilidade distribui de modo desigual condições de precarização da existência.

No caso de imigrantes, novas configurações específicas de precarização da vulnerabilidade podem ser caracterizadas quando marcadas por intensas desigualdades e violação de direitos (Prado & Araújo, 2019). Ao chegar em um novo lugar, as dificuldades oriundas do encontro com uma nova cultura podem promover um abalo em um nível linguístico e cultural, num primeiro momento. No entanto, não são raras as vezes em que a situação de pobreza, os efeitos psicossociais do trauma e até mesmo a fragilidade física em decorrência do deslocamento promovem precarizações extremas que carecem de apoio e cuidado institucional por parte do país acolhedor (Milesi & Carlet, 2012; Mayorga, 2012; Sanchez-Ojeja et al, 2017; Barreto et al 2019). Ao usar o exemplo do corpo híbrido e do sofrimento de Guedali, que sofre inúmeras intervenções sem sequer compreender o que estava acontecendo, chegamos a um tema central: a escuta da diferença por parte de profissionais de saúde mental, especificamente aqueles que acolhem imigrantes.

Quanto à fronteira relacional criada entre "normalidade" e "anormalidade", em relação ao sofrimento psíquico, podemos refletir com Foucault sobre a construção histórica do conceito de loucura e seus efeitos sociais e políticos. Se não orientada por um direcionamento do cuidado, essa separação representa um acontecimento no sentido da ordenação social, especialmente porque, na Idade Moderna, a loucura, além da nomeação da "excentricidade", passou também a receber contornos de verdade a partir do discurso médico no binômio saúde-doença. Assim, a conduta clínica hegemônica ganha um aspecto nosológico em busca da doença, mais do que a escuta daquilo que o sujeito tem a dizer sobre si. Ao fazer isso, confirmamos algo especialmente para o profissional, pois ele "cumpru a sua tarefa": o enigma foi revelado. Ao sujeito que porta ou é acometido pelo adoecimento, resta o sentimento de maior precarização e desconhecimento de si.

Se considerarmos a cultura como um fator determinante no cuidado em saúde, esbarramos naquilo que Geertz (1973) reflete sobre a noção de doença não apenas como uma desordem física ou psicológica, mas fundamentalmente como algo da ordem cultural. Para ele, o adoecimento só se torna significativo e, portanto, "real" para o sujeito quando interpretado de acordo com códigos culturais particulares e compreensíveis. Na presença da diferença cultural na cena do cuidado em saúde, perpetuar nomeações e significados que só fazem sentido para os profissionais é transformar esta fronteira simbólica em algo quase que intransponível.

#### *4.4 A escuta dos efeitos psíquicos da migração em serviços de saúde*

A chamada "Crise Migratória" em escala global tem recebido cada vez mais atenção na mídia internacional, devido à evidente precarização da vida dos imigrantes. Isso indica a importância de discutir e agir no âmbito geopolítico internacional e acadêmico, uma vez que essas pessoas são rotuladas como "ilegais" ou "invasoras", como se estivessem sempre ultrapassando limites ou ocupando lugares que não os foi estabelecido. Nesse sentido, a crise é um discurso – também ficcional, mas com desdobramentos reais - que é reproduzido socialmente e fala sobre uma desestabilização da vida “como ela deveria ser”, pois há sucessivas invasões à norma. A crise é percebida como tal porque tensiona não só fronteiras de certos Estados, mas especialmente a da normalidade e funcionamento nacional (Imbert, 2022).

Esta percepção da diferença cria uma confirmação daquilo que Foucault (2020) nomeou de “a-sociais” em sua historiografia da loucura. Esta categorização não declarada, mas vivida, funciona como um mecanismo social, ou seja, visam a eliminação daqueles que não mereciam estar no convívio social por conta de sua diferença evidente. Assim, “as prisões, casas de correções, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas” (Foucault, 2020 p. 78) acolhiam e eram cada vez mais nutridas pelo grupo que não pertencia à “matriz de inteligibilidade” vigente e, portanto, eram excluídos e mantidos em níveis diferenciados de precarização da vida, ou seja, modos de reconhecimento específico para vidas que sequer são passíveis de luto (Butler, 2015). Práticas de exclusão, portanto, ao longo da história, ganham novos corpos e vidas e, no caso dos imigrantes, não só na criminalização ou normatização, mas também nos campos de refugiados onde corporificam a experiência do não-lugar.

Ao chegar no país de acolhimento, por vezes, imigrantes se deparam com uma condição socioeconômica precária, de extrema marginalização, indocumentação, falta de suporte social adequado, inadaptação linguística e cultural, desemprego, além da resistência por parte de nacionais. Com isso, práticas de exclusão baseadas em um ideário sobre os imigrantes como moralmente ambíguos ou desviantes, e, portanto, a-sociais e diferentes acaba sendo construído. Sobre eles, desdobram-se valorações morais como sendo pessoas altamente perigosas e portadoras de uma capacidade de oferecer desordem social, além de serem comumente associados como fonte de gastos públicos e de pouco retorno econômico, social e cultural (Prado & Araújo, 2019; Souza & Oliveira, 2017; Giacco, Laxhman, & Priebe, 2018; Jong et al., 2000; Mosquera et al., 2010; Nickerson et al., 2015; Pussetti, 2009; Weintraub, 2012).

Desta forma, as condições de vida e a fragilidade no esquema de mobilidade humana internacional tornam a recepção de imigrantes em espaços de saúde um acontecimento ainda mais complexo. Uma vez que o deslocamento é marcado por protocolos sanitários (vacinas, por exemplo) e por um aumento significativo da situação de risco das pessoas que estão 'entre-fronteiras' (ACNUR, 2020), quando conseguem chegar em lugares de acolhida encontram países com um sistema de saúde com regras e organizações específicas que, por vezes, não abarcam o cuidado de pessoas indocumentadas. Esta necessidade de cuidado em saúde por parte de um país acolhedor a imigrantes reforça a noção de fronteira que trazemos conosco no encontro com a diferença e autoriza ações xenofóbicas e excludentes que visam à 'normatização' no ato de cuidado, tema alvo desta pesquisa (Kluge et al, 2020; Martuscelli, 2020).

Esta “normatização” no ato de saúde pode ser experimentada em práticas de medicalização, ou seja, a força do saber médico sobre o corpo do outro regulando as noções de cuidado com base em categorias médicas de enquadramento (Amarante, 2016). Assim como o centauro de Scliar, que foi submetido a procedimentos de 'correção' do seu corpo como se ele fosse essencialmente errado. Como gesto deste ato, tem-se o diagnóstico e, portanto, a nomeação de uma patologia. É no ato diagnóstico mobilizado pela adequação às normas (Foucault, 2006) que surge minha inquietação a fim de problematizar o cuidado em saúde oferecido a imigrantes, uma vez que ele pode se tornar, na ânsia da normatização ou da defesa diante da diferença, um gesto que fala muito mais sobre a dificuldade de acolher do que necessariamente a capacidade de promover cuidado (Pussetti, 2009).

Fassin (2005) traz uma provocação interessante neste sentido, atentando para as questões culturais, sociais, econômicas e, especialmente, das relações de poder. No final da década de 1990, em Paris, os dados de crianças com saturnismo, excesso de chumbo no sangue, era muito maior do que os dados anteriores: de 25 casos relatados em 1981, em 1999 eram 85 mil crianças notificadas. Esta condição afeta diretamente o desenvolvimento infantil e, na ocasião, ocorria em sua grande maioria em crianças filhas de imigrantes africanos e muçulmanos. A primeira explicação dada pelos agentes de saúde foi o excesso de chumbo nas práticas culturais da população foco: maquiagens das mulheres ou geofagia. Contudo, após estudos cuidadosos e interprofissionais que contaram com mediação cultural, percebeu-se que a condição de extrema precarização sobre a qual estas pessoas estavam expostas as colocava em condições de moradia insalubres, em apartamentos antigos que tinham em suas paredes tintas à base de chumbo, proibidas desde 1948. O que se descobriu, portanto, foi que a exposição estava

associada ao ambiente e diretamente ligada à condição migratória e de ausência de acolhida (Martin, Goldberg & Silveira, 2018).

O exemplo apresentado por Fassin diz respeito a uma condição de saúde marcada por um agente etiológico “visível”, passível de ser detectado em exames laboratoriais e indicadores clínicos exatos. A partir de um cuidado culturalmente sensível, percebeu-se a falha na atenção oferecida e, sobretudo, no acolhimento. Encontrou-se a causa do aumento dos níveis de chumbo, nomeando de onde ele vinha para além de uma responsabilização rasa dos próprios modelos culturais. Porém, quando falamos de sofrimento psíquico, é importante destacar que estas “fontes” são consideravelmente menos objetivas e dependem diretamente da escuta clínica para sua codificação. Os manuais clínicos de diagnóstico de transtornos psíquicos, historicamente, surgem neste contexto, visando norteadores objetivos para a nomeação do sofrimento a aproximação cada vez mais nítida do cuidado em saúde mental ao discurso médico (Dunker, 2019). Uma das críticas recebidas pelos manuais está, justamente, na dificuldade de se objetivar a experiência de sofrimento a partir da criação de “modelos” ou “padrões”, pois mesmo os estudos clínicos que os compuseram possuem enquadres culturais específicos e, portanto, não poderiam ser aplicados de maneira universal (Vanheule, 2015).

Há uma fronteira importante não só na relação estabelecida com os imigrantes nos serviços de saúde, mas especialmente na codificação do sofrimento para direcionar a conduta clínica. Sabendo que o processo migratório pode acarretar uma gama extensa de estressores oriundas da mudança no contexto cultural e dos traumas possivelmente associáveis, o cuidado psicossocial passa a apresentar necessidades específicas em termos de apoio e tratamento (Papadopoulos, 2001). Porém, na ausência de formações específicas sobre competência cultural, profissionais de saúde mental encontram importantes desafios na assistência a esta população. Joia (2021), em um estudo sobre a experiência do cuidado em saúde mental oferecido a imigrantes em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil em São Paulo, confirma que a imigração aparece como uma fonte significativa de estresse e ansiedade para as pessoas atendidas. Na mesma forma, os profissionais ressaltam que ela também se apresenta como uma barreira em relação ao cuidado oferecido, o que pode resultar em diagnósticos cristalizados ou equivocados.

A questão que é lançada a serviços de acolhimento em saúde, portanto, é: como oferecer cuidado sem correr o risco de “enquadrar” imigrantes como “a-sociais” a priori, especialmente nas categorias produzidas culturalmente sobre o sofrimento? O que está sendo dito como patologias ou transgressões tomam como base os critérios culturais que nos são peculiares e consideram o encontro com a diferença como algo determinante e

necessariamente produtor de vieses? Estes questionamentos se tornaram força motriz desta pesquisa, sobretudo a forma como o cuidado em saúde mental é realizado, o qual tomando como base a literatura recente sobre o tema, necessariamente precisa ser realizado em rede junto a ações interseccionais e intersetoriais (Martin, Goldberg & Silveira, 2018; Prado & Araújo, 2019; Giacco, Laxhman, & Priebe, 2018; Kluge et al, 2020; Rosa, 2009)

No CRAI/SC em Florianópolis, por exemplo, o início do trabalho com a rede surge na busca de compreender e auxiliar as necessidades e desejos das pessoas que eram acolhidas em nosso serviço, percebemos práticas de exclusão, patologização, e negligência, tomando como critério para este tratamento a condição de “estrangeiro”. Esta nomeação pode vir desta forma, inicialmente, a partir da dificuldade de se estabelecer comunicação seja pela diferença linguística ou pela matriz cultural distinta, além de outras intersecções (CRAI, 2018). Vale lembrar, neste sentido, que as pessoas haitianas compõem a maioria dos atendimentos realizados e, portanto, são marcados por questões raciais, sociais e econômica que sabidamente afetam o acesso e as condições de atendimento em saúde (GAIRF, 2015; CRAI, 2018; Braga & Sousa, 2018; Ostermann, 2012).

Ao longo de 2018, primeiro ano de funcionamento do CRAI/SC, o serviço de psicologia foi acionado para o atendimento de 21 pessoas negras e de culturas afrodiáspóricas <sup>23</sup>, as quais receberam diagnósticos psiquiátricos ao buscar serviços de saúde em momentos de crise ou na busca por orientações básicas de saúde, sendo que 4 delas permaneceram em internações psiquiátricas de 15-45 dias (CRAI, 2018). Esta prática inicialmente nos alerta para os sérios impactos psíquicos da migração forçada, uma vez que a desorganização psíquica nos evidencia fator importante sobre este encontro com a diferença. Contudo, o exercício aqui é não compreender esta desorganização como algo apenas do sujeito, mas retomando a noção de vulnerabilidade, também considerar práticas de exclusão que produzem sofrimento. Esta questão deve nos fazer refletir sobre nossas próprias ações e condutas de cuidado a fim de não construir da prática em saúde mental um ato colonizador e normalizador (Fanon, 2020).

Neste contexto, encontrei-me com o desconforto e a dúvida sobre a efetividade de políticas de acolhimento, atenção e cuidado as quais são referência em políticas e leis internacionais de migração (Brasil, 2017), um Sistema Único de Saúde universal (Brasil, 1990), uma lei de Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) e um Sistema Único de Assistência

---

<sup>23</sup> Para Gilroy (2001), são consideradas culturas afrodiáspóricas aquelas que sofreram com o impacto violento e perverso da escravidão da população africana, sendo forçadamente deslocadas.

Social disponível para quem dele precisar (Brasil, 2011). A legislação, por si só, executa uma função de poder e regulação - em teoria, inclusiva -, mas sobre ela ainda imperam lógicas discursivas de “deixar morrer” (Foucault, 1993) tomando como critério formulações da bio e necropolítica e seus desdobramentos atuais (Mbembe, 2018) e que, infelizmente, podem aparecer nos atendimentos de saúde, ainda que permeados por atos inconscientes de segregação (Fanon, 1961) e que, no caso da escuta do sofrimento, correm o risco de produzir modos de colonização baseados em categorias diagnósticas e produção da “loucura” (Keller, 2007).

#### *4.5 Psicopatologia, cultura e clínica ampliada*

Retomando o corpo híbrido de Guedali que lança o enigma a quem o vê, gostaria de refletir sobre o diagnóstico psicopatológico como um ato frequente nos espaços de saúde, seus desdobramentos sociais e reflexos na produção do cuidado. No encontro com aquele corpo infantil meio humano e meio cavalo, na obra de Scliar, tanto os pais quanto o médico não encontram palavras para descrevê-lo. Este outro que não fala sobre si, mas expressa na carne a diferença, evidencia o desamparo da ausência de nomeação sobre o outro: o que significa este corpo? Como este corpo veio parar “aqui”? O médico responsável pela assistência ao parto de Guedali interessa-se por esta diferença e deseja publicar um artigo sobre esta “aberração”, afinal, é preciso registrar e catalogar a anomalia. Aos pais, o estranho sentimento de não saber como realocar o amor projetado a outro corpo, outra criança idealizada. Guedali experimenta o “não lugar” diante olhar do outro.

Este modo de funcionamento perante a diferença dentro da categorização diagnóstica não é um evento isolado e, tão pouco, sem princípios dentro de uma lógica de cuidado. Se retomarmos a história da clínica e até mesmo da psicanálise, por exemplo, os corpos que evidenciavam a diferença comportamental lançaram a dúvida sobre a compreensão supostamente exata do “corpo neurológico” e, ainda assim, receberam categorias nosológicas como a histeria a fim de, com a nomeação, buscar tratamento e controle dos desvios (Foucault, 2006). Com isso, surgem os catálogos e manuais diagnósticos tais quais os tratados fisiológicos, mas com as especificidades dos acometimentos da “alma”.

Contudo, toda vez que se categoriza, se estabelece balizadores de um funcionamento normal, baseando-se em uma noção específica de cultura. Fanon (1961), por exemplo, reflete em seus escritos sobre a função colonizadora desta nomeação de normalidade a partir da categoria raça. Segundo ele, nas práticas coloniais europeias sobre a população e o território africano, não apenas as práticas de violência e a dominação do corpo eram

colocadas em circulação, mas especialmente a construção de um “ideal” branco, associado a um esquema de crenças que regulava um funcionamento psíquico “normal”. Por conseguinte, aquilo que não se enquadrava era alijado à condição não humana, tornando possíveis táticas de dominação que culminaram em genocídios e escravidão. Na perspectiva levinasiana também adotada por Butler (2017a), a ausência de “rostro” humano no encontro com o outro autoriza o ímpeto agressivo e estratégias de controle, uma vez que um ideal estabelecido oferece a necessidade de proteção deste ante à interferência da diferença.

Assim, ainda levando em consideração o trabalho fanoniano, práticas de colonização operam também no sentido da dominação psíquica, utilizando de categorizações como uma ferramenta (Keller, 2007). Por exemplo, ao passo em que os homens brancos possuíam a norma, as pessoas negras, no encontro com seus corpos e modos de funcionamento avessos a esta imposição, construíram significativas fissuras psíquicas que questionavam, inclusive, a própria identidade, pois trata-se de uma diferença constituinte. Sobre estes alicerces racistas, fundamentam-se impressões enviesadas sobre ritos e práticas de cuidado de origem não-branca, as quais atribuem quase que naturalmente modos de funcionamento específicos a determinada “loucura”. Sabendo disso, Fanon (2020) alerta para a urgência de reconfigurações necessárias dos modos de ouvir e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, os quais devem considerar as condições estruturais do racismo e das práticas de colonização.

Sob esta égide, Fanon propõe uma nova leitura sobre a psiquiatria, mudando perspectivas anteriormente cristalizadas acerca da interpretação do sofrimento psíquico. Ele aponta que, na relação colonizado-colonizador, não existe vínculo, há apenas a confirmação do posicionamento de superioridade de um dos lados. Ele argumenta utilizando escritos psiquiátricos contemporâneos a suas pesquisas<sup>24</sup>, os quais afirmam assustadoramente que “o africano se assemelha por sua completa inaptidão para síntese a um europeu lobotomizado, [...] é um lobotomizado constitutivo” (Fanon citando Carothers, 2020, p. 288). Este trabalho, aliás, conferiu a Carothers uma cadeira na Organização Mundial de Saúde. Em uma perspectiva localizada como um homem negro, Fanon expõe que, mesmo a psiquiatria, esta ciência em franco desenvolvimento nos séculos XIX e XX, tinha influências drásticas dos processos de colonização. Afinal,

---

<sup>24</sup> No livro que reúne escritos psiquiátricos de Fanon, “Alienação e Liberdade”, o autor argumenta em um subcapítulo denominado “Considerações etnopsiquiátricas” que um estudo realizado por Dr. Carothers e publicado no livro “The African Mind in Health and Disease: a study in Ethnopsychiatry” apresenta este comentário reducionista sobre o modo de funcionamento psíquico de pessoas africanas. Além de evidenciar a distância e a suposta superioridade do europeu, as pessoas africanas são colocadas em uma posição quase que “irrecuperável” de ignorância, apresentando uma condição constituinte de inferioridade.

acontecimentos como estes não são unicamente geopolíticos, eles encontram sua perpetuação nos mecanismos psíquicos, ou seja, nas formulações subjetivas oriundas encontro com as relações desiguais de poder (Butler, 2017b; Núñez, 2022)

Como trabalhar com a categoria da diferença cultural e suas manifestações dentro da psicopatologia que se vale, fundamentalmente, da nomeação de uma diferença inquietante? Como se não bastasse, lanço mais uma pergunta para articular esta discussão: quais as condições de possibilidade construíram a escuta do sofrimento como algo dependente de um direcionamento diagnóstico ocidental? Mais uma vez, chegamos a um limite, uma condição fronteira entre o normal e o patológico condizente com a estruturação do “saber psiquiátrico”. Este saber foi sendo sancionado por dinâmicas sociais, mas de modo significativo por publicações e produções de manuais, teorias e técnicas que indicavam a direção da normalidade cada vez mais próxima de um funcionamento psíquico “padrão” (Dunker, 2018).

Antes de tecer algumas críticas sobre a prática diagnóstica, gostaria de confirmar que admito as diferentes abordagens para a compreensão da psicopatologia e não tenho a pretensão de falar de todas. No meu argumento, neste momento, focarei na classificação correspondente ao ato psiquiátrico, a qual é massivamente utilizada nos serviços de saúde e detém a força de “verdade” na relação saúde/doença por estar mais próximo do que é entendido como “cientificamente comprovável”. Cabe ressaltar que a crítica aqui realizada sobre os manuais diagnósticos não é, sobremaneira, com o intuito de desconsiderar os avanços clínicos possíveis com os estudos pregressos, mas justamente problematizar práticas reducionistas relacionadas ao uso destes e os efeitos sociais que eles produzem.

Por exemplo, o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM), desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que, desde a década de 1950 é periodicamente atualizado e segue recebendo críticas ferrenhas acerca de sua íntima relação com a indústria farmacêutica estadunidense, possui em seus critérios diagnósticos para todo transtorno psiquiátrico a lembrança dos aspectos culturais como determinantes nos modos de funcionamento. Contudo, isto é novo. Na história deste manual, a partir da terceira edição publicada na década de 1980, há uma cisão com os modos de leitura e interpretação dos sintomas oriundos da psicanálise, dando lugar a uma perspectiva biológica e “científica” da psiquiatria, a qual impera até os dias de hoje.

Utilizando o argumento da ciência baseada em evidências, o que era visto anteriormente nas edições I e II como quadros clínicos mais amplos passou a ser desdobrado em categorias mais específicas e, com isso, houve um aumento significativo

no número de possibilidades diagnósticas. Esta mudança é fundamentada na necessidade de se evitar a produção hipotética de diagnósticos que são baseados na interpretação do clínico sobre o sintoma, o que poderia produzir desacordos sobre as “reais causas” dos adoecimentos psíquicos (Bredstrom, 2019). Esta perspectiva é adotada para trazer uma suposta maior confiabilidade do fazer psiquiátrico no campo científico, afinal, seria possível reproduzir diagnósticos em diferentes contextos, pois os critérios e categorias estão postos e legitimados a partir de experimentos que comprovam sua eficácia (Shorter, 2013). Para Strand (2011), a mudança vem como uma “transmutação ontológica”, na qual os psiquiatras buscavam redefinir o objeto “controverso” da psiquiatria, repleto de incertezas, conectando-o explicitamente com o discurso médico. Assim, o diagnóstico a estes moldes passa a ser algo central na prática tanto psiquiátrica quanto psicológica.

Mas qual seriam os possíveis riscos desta abordagem diagnóstica? Sendo o discurso este acontecimento que produz realidades, é na relação do clínico com o paciente que o discurso médico ganha o contorno do real e, para Foucault (2005), o exercício do poder nas práticas diagnósticas é sempre mediado por uma “busca pela verdade”. Neste contexto, quando alguém recebe um diagnóstico, ele entra no denominado “regime de verdade”, o qual por meio de classificações nosológicas define “o que alguém é” ou “o que esta pessoa tem”, mas não com suas próprias palavras. Assim, tendo o “saber psi” capacidade de, em nome da verdade, oferecer o diagnóstico, o paciente está “assujeitado” a esta posição revelada em nome da manutenção norma (Vanheule, 2014). De novo, a leitura diagnóstica sobre o quadro clínico me parece algo fundamental para a conduta, mas, historicamente, em alguns manuais, o diagnóstico *em si* se estabeleceu como foco de maior preocupação e não necessariamente os condicionantes do sofrimento (Vanheule, 2014).

Após algumas críticas neste sentido, o DSM III apresentou, posteriormente, uma Entrevista Clínica Estruturada, a qual sugere um “*standardized assessment of DSM disorders*” (Spitzer et al, 1984). Ou seja, além de categorias e critérios específicos, o manual também oferece uma entrevista clínica que leva, especificamente, para seus próprios resultados (Vanheule, 2014). Com isso, além de uma nomeação dos sofrimentos possíveis dentro de um enquadre na relação saúde-doença, o DSM também indica como a escuta se desenvolve, o que pode impedir a interferência de acontecimentos clínicos significativos para a conduta diagnóstica, como a transferência<sup>25</sup> no caso da psicanálise.

---

<sup>25</sup> A transferência é um conceito fundamental da psicanálise que se refere ao processo pelo qual os pacientes projetam em seus analistas sentimentos e emoções que originalmente foram dirigidos a outras pessoas em suas vidas. A transferência é considerada um aspecto essencial do tratamento psicanalítico, pois permite que os pacientes expressem sentimentos reprimidos ou

Sobretudo, a entrevista clínica padronizada não considerava inicialmente outros modos de subjetivação e sofrimento além dos ocidentais, algo que limitava seu uso.

Ao receber críticas especificamente neste sentido, a APA desenvolveu, para a quarta edição do DSM, algumas mudanças importantes, o que incluiu os aspectos culturais como integrantes da leitura clínica (Lewis-Fernández et al, 2016). Alarcon et al (2002) identifica nos estudos a partir do DSM IV três diferentes abordagens sobre a cultura na construção das categorias: (1) as síndromes ligadas à cultura, as quais só existem em determinadas populações e são culturalmente definidas; (2) a diversidade e o encontro entre culturas na experiência de imigrantes e refugiados e (3) a própria investigação nosológica que se transforma em um processo mais compreensivo ao considerar a cultura como um elemento na entrevista clínica.

Com isso, um glossário de conceitos e transtornos culturais foi anexado ao DSM IV, possibilitando uma diminuição da barreira linguístico-conceitual entre clínicos e pacientes, além de ampliar os modos de compreensão sobre o sofrimento a partir do prisma de outras culturas além da estadunidense. No que diz respeito ao trabalho com imigrantes, é anunciado em suas páginas que o processo migratório pode ser diretamente associado a desordens psíquicas, as quais devem ser levadas em consideração no ato diagnóstico. Por fim, sobre a relação clínica, surge a partir do DSM IV a “Formulação Cultural”, a qual inclui explicações sobre a importância da identidade cultural, a compreensão do próprio sujeito sobre seu sofrimento e elementos da relação entre o clínico e os pacientes (APA, 1994).

Seguindo esta ideia, o DSM-5 publicado em 2013 avança um pouco mais neste campo e apresenta um capítulo ainda mais elaborado sobre cultura e uma “Entrevista de Formulação Cultural”, a qual buscou sanar as críticas recebidas pelo DSM IV sobre o caráter abstrato de sua contribuição (Alarcon et al 2009). Afinal, como aplicar a formulação cultural se não houver uma entrevista que exemplifique e oriente a escuta? Por um lado, esta crítica confirma o lugar deste manual não apenas como uma referência para o diagnóstico, mas, sobretudo, para a própria conduta clínica, algo que deve ser

---

inconscientes, e ajuda a criar um relacionamento terapêutico que pode ser explorado em sessão. Freud descreveu a transferência como uma repetição da neurose, não no sentido de que ela é um novo episódio da doença original, mas como uma reprodução da neurose, que agora deve ser superada por meios psicológicos (Freud, 2010b). Ou seja, a transferência permite que a paciente reviva situações emocionais do passado em relação ao analista, criando a possibilidade de trabalhar esses conflitos e superar as neuroses subjacentes. Na psicanálise, a transferência é um processo complexo e multifacetado que pode ser influenciado por vários fatores, incluindo a personalidade do paciente, as características do analista e as dinâmicas emocionais que se desenvolvem durante a terapia. Por essa razão, a transferência é um tema central tanto na teoria quanto na prática da psicanálise.

colocado em questão, uma vez que o encontro clínico é marcado, sobretudo, pelo ineditismo das histórias e o manejo profissional (Lewis-Fernández et al, 2016). Por outro, oferece ferramentas clínicas para profissionais que nunca pensaram em como operacionalizar a cultura no processo diagnóstico. Como proposta de apresentar um cuidado maior com os aspectos relacionados à cultura, esta entrevista convida o clínico a questionar na anamnese não apenas sobre a “história da doença”, mas também como a própria pessoa ou mesmo sua comunidade compreendem este adoecimento.

Por mais que estas mudanças tenham apresentado inegáveis contribuições para a inserção do conceito de cultura na entrevista diagnóstica, não é possível dizer que o saber psiquiátrico representado no DSM se propõe a aceitar complementariedade à sua prática. Na perspectiva da Força Tarefa que desenvolveu o DSM-5, o que é desenvolvido é justamente o saber psiquiátrico dentro do discurso médico e seus novos desdobramentos, algo que anuncia uma dificuldade de encontrar um lugar de “não saber” no próprio fazer (Bredstrom, 2019). É especificamente no uso e na prática profissional restrita a um olhar normalizante da psiquiatria e da psicologia que estes manuais corporificam um processo de medicalização de condutas consideradas socialmente indesejáveis que passaram a ser consideradas como anormais (Caponi, 2014).

Pode parecer um tanto categórica a colocação, talvez assim o seja pelo caráter assertivo de sua afirmativa uma vez que ela abre uma problematização significativa para este debate. A construção de um Manual contribui, por um lado, para o desenvolvimento da “ciência” sobre as “desordens da alma” na busca pelo controle do “corpo neurológico”, mas por outro, começa a definir como “patologia psiquiátrica” e, portanto, sofrimento, um agrupamento de sintomas que ganham sentido apenas quando rebatidos com a história do sujeito. Este fato acarretou a desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, dos condicionantes e determinantes sociais e psicológicos específicos que podem estar associados aos processos de sofrimento, tal qual o deslocamento e suas implicações psíquicas (Caponi, 2014).

Ao longo das publicações do DSM, novos crivos de escuta foram sendo acrescentados na busca por melhor adequação da prática clínica ou da melhor reorganização social em prol da biopolítica condizente com os ditames liberais. Isto porque uma vez que a nomeação da normalidade produzida pelo diagnóstico em seu contraste ganha peso de verdade, é possível estabelecer relação de diferença hierárquica (Kilomba, 2019). A tal ponto que, na sua última edição, o DSM passa a acrescentar não só as patologias instaladas, mas também a nomeação do “risco”, construindo uma fronteira de antecipação ou prevenção dos caminhos tortuosos fora da norma (Frances, 2014).

Neste sentido, o DSM e seus atributos como ferramenta e instrumento do “ato psiquiátrico” pode ser lido como um “dispositivo de segurança” que tem como objetivo manter um funcionamento psíquico padrão e, ao mesmo tempo, garante a manutenção de uma normalidade específica. A segurança oferecida pelo DSM nesta perspectiva não é, contudo, direcionada inicialmente àqueles que sofrem, mas sobretudo na confiança de nomear aquilo que é anormal, ou seja, confirmar o saber psiquiátrico e sua função de exclusão. Confirma-se a premissa de que o manual, por si, como uma ferramenta, demanda operadores para que exerça função e, neste sentido, é no ato profissional que centramos nosso olhar analítico.

Caponi (2014) aponta que os mecanismos biopolíticos são colocados em jogo no ato diagnóstico e, portanto, na função profissional quando (a) se coloca a centralidade da norma na oposição normalidade-patologia, (b) se utiliza de recursos estatísticos e epidemiológicos como direcionamentos vitais para caracterização de populações e (c) se antecipa a possibilidade de acometimento a partir da noção do risco. Este último, assume uma produção fantasmagórica e acirra o controle, afinal, como entregar-se ao risco da loucura?

Para exemplificar junto ao tema de debate, posso trazer para discussão a figura do trauma e do traumatismo psíquico, os quais são analisados por diversos autores, mas utilizarei Fassin e Rechtman (2007). Segundo os autores, o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático foi ganhando, ao longo de seu estabelecimento como categoria nosológica, princípios do modelo biomédico e sua imposição narrativa. No começo, como evolução clínica das elaborações sobre “neurose de guerra”<sup>26</sup>, este diagnóstico e a ideia de um adoecimento psíquico atribui a compreensão de “ação normal frente à situação anormal” (Fassin, 2014). Com isto, produz-se inflexões práticas no sentido de não atribuir a quem vivencia os sintomas características como fraqueza ou fragilidade diante das experiências da vida. Este fato contribuiu para acolhimento e cuidado de pessoas que vivenciaram experiência traumática, especialmente pós Segunda Guerra e Guerra do Vietnã. Contudo, o questionamento que fica é: por que este “reconhecimento” só vem em decorrência de uma nomeação patológica?

---

<sup>26</sup>Este termo foi alcunhado ao se perceber uma diferença significativa entre o trauma oriundo em “tempos de paz” e aqueles que são produzidos em cenas de guerra. Freud (2010d) descreve em alguns de seus trabalhos esta diferença, com destaque para o texto “Além do princípio do prazer”, no qual a partir de uma nova proposta de dinâmica pulsional, introduz a compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*) da cena traumática pela via da pulsão de morte. Nestes termos, a neurose de guerra seria um acontecimento psíquico no qual o sujeito, após uma experiência extrema, tem uma fixação na cena traumática e perde o seu “escudo protetor”, pois toda energia está direcionada para a resolução do conflito no mundo psíquico.

A questão está, portanto, na prática da patologização de um processo traumático, ou seja, na medida em que as profissões psi sobrepõem seu saber como uma verdade sobre os modos de reconhecimento sobre este sujeito e, junto ao objetivo universalizante oriundo de um manual, produz-se um único modelo de compreensão de experiências individuais e coletivas. Desta forma, este “dispositivo de segurança” confirma a posição do saber científico do “ato psiquiátrico”, personificado naqueles que realizam o diagnóstico, o qual busca universalizar a compreensão do sofrimento sob o risco de excluir a subjetividade em detrimento da escuta do sintoma (Knobloch, 2015). Este mesmo reconhecimento, por meio da patologia vivenciado por ex-combatentes estadunidenses com base no diagnóstico, foi experimentado por refugiados no território francês que tiveram facilitação de sua documentação migratória se comprovado fosse o trauma ou a condição patológica (Fassin, 2005). Ou seja, o diagnóstico atribui um modo de ser visto.

Nesta vereda do diagnóstico, Knobloch (2015) argumenta que atribuir uma patologia aos moldes culturais normativos produz a partilha de uma “identidade postiça” a qual é referendada pela cultura e pela ciência, mantendo uma ficção de “conhecido” e, portanto, amenizando o desconforto da diferença. Práticas de saúde mental direcionadas a imigrantes e refugiados podem, portanto, cair na possibilidade de colonizações e redução do sofrimento ao lugar do diagnóstico psiquiátrico no encontro com a vivência do trauma, o qual, no discurso médico, necessariamente precisa se enquadrar em um conjunto de sintomas. Porém, assim como Foucault (2006) e Butler (2015) argumentam, este encontro clínico também pode ser um momento de produção subjetiva e assujeitamento.

Por esta via de inquietação diante do atravessamento do sofrimento psíquico com a cultura e as relações sociais, chegamos às teorizações e práticas de relativização cultural e descentramento teórico-técnico. Consequentemente, surge a necessidade de explorar os limites do saber psiquiátrico e psicológico e incluir outras áreas do conhecimento para compreender o sofrimento psíquico na sua complexidade cultural. É nesse contexto que a psicanálise emerge como uma abordagem que se permitiu a complementariedade em seus diferentes desdobramentos ao longo do último século, não só no âmbito clínico, mas também político (Stengers & Nathan, 1995; Devereux, 1972; Nathan, 1994; Martins-Borgens, 2013; Rosa, 2009). Neste sentido, a próxima seção explorará como a psicanálise, e etnopsiquiatria e teorias correlatas podem contribuir para a compreensão da relação entre cultura, escuta e diagnóstico, oferecendo outras perspectivas para lidar com o sofrimento psíquico no contexto do encontro entre culturas.

#### 4.6 Psicanálise, etnopsiquiatria e sua política diante da diferença evidenciada no encontro clínico

Antes dos chamados textos culturalistas, o interesse de Freud pelos elementos culturais era visível, tanto pelos objetos que colecionava em seu consultório, os quais remontavam civilizações antigas, quanto pelos textos que escrevia. Ao escrever sobre a “*Moral sexual civilizada e doença neurótica moderna*”, por exemplo, já argumentava sobre os meandros civilizatórios e sua relação com a repressão sexual, bem como a produção sintomática. Nas palavras de Freud, o choque do sujeito com a cultura “promove o conflito entre o indivíduo e a civilização, e é esse conflito que é responsável pelo sintoma neurótico” (Freud, 2010c, p 150). Posteriormente, inundado pelos acontecimentos do seu tempo e a necessidade de desenvolver ainda mais sobre a influência das normas civilizatórias nos movimentos subjetivos, Freud vai à diante em textos como “*Mal-estar na civilização*”, “*Futuro de uma ilusão*”, “*Moisés e o monoteísmo*” e “*Totem e Tabu*”. Neste último, por exemplo, Freud argumenta que uma das principais tarefas da cultura é de permitir que o sujeito supere sua natureza instintiva e busque a cooperação comum entre seus próximos. Para isso, no entanto, é necessário que sejam renunciados certos desejos, aceitando proibições e sanções do acordo social (Freud, 2012).

Em “O inquietante” (2010e), Freud também escreve sobre o efeito psíquicos que aqueles que vêm de um lugar diferente do nosso podem causar, uma vez que a noção de “estrangeirismo” representa tudo o que não é familiar e desafia nossas ideias preconcebidas. Este sentimento tão difícil de nomear na língua portuguesa (infamiliar, inquietante, estranho, estrangeiro), o *unheimlich*, pode ser um estímulo para a produção criativa, já que nos traz novos referenciais, ainda que nos encaminhe para um sentimento protetivo sobre quem somos, por uma via narcísica. Neste ponto, ainda que seja constitutiva, Freud admite a noção de cultura como algo não-estático.

Adentrando na ideia de movimento e dinâmica de deslocamentos, em “Moisés e o Monoteísmo”, Freud escreve sobre a migração dos judeus egípcios para a Palestina, descrito por ele como um “evento traumático que levou à negação e repressão de certos aspectos da sua cultura original” (Freud, 2018, p. 85). O traumatismo psíquico oriundo deste movimento migratório, na leitura de Freud à época, não representa essencialmente um acontecimento enquadrado na relação saúde-doença, mas recebe relevância clínica e política, uma vez que produz novos caminhos no curso de vida pré-estabelecido. Para o autor, é possível indicar marcas profundas na psique coletiva do povo judeu, o que é reeditado em sua própria história posteriormente.

Escrevendo este mesmo texto, quando se refugiou na Inglaterra em 1938, Freud relata na nota preliminar II do texto "Moisés e o Monoteísmo" as dificuldades que tinha em Viena sob o regime nazista, as quais o impediam de produzir sua teoria e prática de maneira livre e com a qual se reconhecia. Ao longo deste texto, aliás, Freud faz ressalvas de que algumas ideias jamais poderiam ser publicadas se ele ainda estivesse em Viena:

Tendo a certeza de que então era perseguido não apenas por meu modo de pensar, mas também por minha "raça", abandonei, como muitos amigos, a cidade que havia sido minha pátria desde a infância, por 78 anos. Tive a mais amistosa acolhida na bela, livre e generosa Inglaterra. Aqui vivo agora, sendo um hóspede bem-visto; respiro aliviado por não ter aquela opressão sobre mim e poder novamente falar e escrever - quase diria "pensar" - como quero ou necessito (p. 81).

Na fala de Freud, fica evidente o aspecto de ruptura acerca da experiência de refúgio. Para ele, em sua própria vivência, diferente de muitos outros judeus, o deslocamento de fato promoveu a continuidade da vida, mas não sem seus efeitos. Quando Freud ressalta o "abandono" de sua pátria, fala sobre aquilo que fica, especialmente na memória, de um país que não existe mais e, até mesmo, de um Freud que não existirá mais. Além disso, quando se posiciona já em outro espaço de acolhimento, coloca-se na condição de hóspede. Ou seja, qual era, na sua perspectiva, o seu lugar? Mesmo na condição de hóspede, Freud avalia que estar fora do regime nazista o promoveu sentimento de alívio que reflete no seu modo de pensar. Sabemos que pensar, no caso de Freud, representa toda a elaboração da teoria com a qual trabalhamos atualmente. Para Freud, talvez, voltar a pensar significa voltar a se reconhecer como alguém possível, mas agora de modo diferente. Assim, receber este contorno simbólico próprio de quem precisa sair ou fugir traz a lembrança daquilo que o próprio Freud (2010f) aponta em seu texto "A transitoriedade": mesmo as coisas dolorosas podem ser verdadeiras. E acrescento: podem ser nomeadas pelo sujeito em busca de seu próprio significado sem o peso identitário oriundo da narrativa psiquiátrica exposta anteriormente.

Em linhas gerais, vemos em Freud uma tentativa de compreender a relação dialética entre cultura e sofrimento psíquico, tomando como ponto de inflexão acontecimentos como religião, domínio das massas e deslocamento humano, incluindo o seu próprio. Ou seja, a repressão e os próprios sintomas também são produções que dependem da relação do sujeito com o outro e, por isso, a condução da psicanálise como teoria e técnica deve olhar não só para "dentro" do sujeito, mas também para aquilo que o cerca tanto no âmbito real quanto simbólico, confirmando a condução de uma ética própria, fundamentalmente relacional (Dunker, 2018; Kehl, 2002).

Mesmo considerando seu posicionamento teórico e clínico para questões como estas associadas à cultura, Freud recebeu críticas por, supostamente, deixar em aberto uma

reflexão política e focar em uma leitura individualizante dos processos psíquicos (Costa & Costa-Rosa 2020). Em certa medida, questiono este argumento, uma vez que Freud se mobiliza diante do trauma oriundo das Grandes Guerras e promove uma reinvenção das clínicas, sugerindo e implementando junto com a Associação Internacional de Psicanálise as Clínicas Públicas, as quais ofertavam atendimento durante um período crítico de recessão econômica, especialmente para aqueles que sofriam com os efeitos diretos do conflito (Danto, 2019).

Para Freud, uma das tarefas mais importantes dos estabelecimentos que ofereciam cuidado a pessoas em sofrimento psíquico seria, justamente, que ele fosse acessado por todos, independente de sua origem. Segundo ele, a psicanálise pode ser uma importante aliada na luta pela justiça social e pelo acesso universal à saúde mental (Freud, 1919). Frosh (1999) complementa que a psicanálise pode ser vista como uma abordagem crítica à cultura dominante no cuidado em saúde mental, pois é capaz de perturbar algumas das concepções mais básicas sobre o que é “normal” e “natural”. Com isso, cabe ressaltar a fissura promovida pela teoria psicanalítica nos caminhos discursivos sobre o sofrimento psíquico entre os séculos XIX e XX. Esta fissura recebe diferentes efeitos como, por exemplo, a ruptura do DSM com a estrutura psíquica proposta pela psicanálise a partir de sua terceira edição (Vanheule, 2014).

De um lado, a psiquiatria surgia como um saber normalizante que visava a homogeneização da experiência subjetiva tomando como critério a norma biopolítica de docilização e controle dos corpos (Foucault, 2005). Na contramão, a psicanálise sugeria uma posição de indagar o enigma lançado pela histeria e os sintomas neuróticos, promovendo uma nova perspectiva de leitura e análise do mesmo fenômeno. Com a proposta do inconsciente, é possível descortinar a dinâmica da repressão, a qual nos conduzia para um “natural” apagamento da história do sujeito, dando evidência ao sintoma como maior representante subjetivo e, por isso, o foco do trabalho médico (Freud, 2016a).

Para uma perspectiva clássica da psiquiatria em ascensão, o sintoma passa a ser algo a ser combatido, uma vez que representa um desvio de certa “normalidade”, um sujeito “falso” que encobre o “verdadeiro”. Para a psicanálise, o sintoma é algo a ser escutado como um compromisso estabelecido entre o sujeito e as normas culturais, buscando possibilidades reais de satisfação de desejo (Freud, 2014). Ou seja, é inevitável evidenciar o cuidado ético que a psicanálise oferece ao propor uma alteração discursiva significativa sobre o sintoma e a própria noção de sujeito, abrindo possibilidade para existências além da norma. Segundo Frosh (1999), a psicanálise contribui com uma política da igualdade, uma vez que se baseia na ideia de que as pessoas são diferentes e que o reconhecimento

destas diferenças é uma condição essencial para o estabelecimento de uma sociedade justa.

Neste sentido, Rosa (2013) passa a considerar aspectos políticos como algo que ela chama de *Psicanálise Implicada*. Para a autora, há que se realizar este movimento no modo como a psicanálise é lida e aplicada, reposicionando-a em um lugar onde ela se deixe *implicar* em e com outros discursos. Assim, renuncia-se à ingênua pretensão da neutralidade, considerando uma mirada necessariamente política de toda e qualquer prática discursiva. Ou seja, neste modelo implicado, a psicanálise se confirma como um dispositivo de legitimação de histórias, uma vez que se disponibiliza para a escuta das mais diferentes narrativas de si. A prática da clínica psicanalítica em sua perspectiva implicada se torna uma importante ferramenta para a crítica de discursos normalizantes, questionando verdades prontas que são impostas à subjetividade.

Adotando este olhar *implicado* sobre este acontecimento, é preciso pensá-lo em seus diferentes componentes, inclusive aquilo que constrói nosso olhar quando nos disponibilizamos para escutar o sofrimento do outro. Ao longo da formação para a atuação médica e psicológica, somos apresentados a um universo do saber sobre o outro. Colocamo-nos (e somos colocados) em posições de saber/poder que são legitimadas constantemente pelos contratos sociais. Sendo o diagnóstico uma nomeação, como nomear o sofrimento do outro sem que este outro compartilhe dos mesmos signos que eu? Fanon (2020) nos convida a questionar sobre isso: seria a psiquiatria moderna a confirmação de uma subjetividade colonial?

Voltando à questão que me faz escrever esta pesquisa: se focarmos na dimensão sintomática de um sujeito imigrante sem considerar as condições do deslocamento em si e os rebatimentos culturais, podemos classificá-lo em um diagnóstico psicopatológico a partir da “tradução” que realizamos da sua queixa, como uma resposta lógica ao enigma apresentado. Contudo, sem uma ética de direcionamento do tratamento no sentido de produção de novos contornos simbólicos para a redução sintomática, o que esta nomeação responde ao sujeito?

Há histórias que são insuportáveis de serem vividas, impossíveis de serem descritas e intoleráveis por quem escuta. Contudo, o trauma precisa de contorno simbólico e ele não necessita necessariamente ser um diagnóstico psicopatológico. Em linhas gerais, o traumático representa uma modalidade de angústia do sujeito diante de um acontecimento vivido de difícil elaboração, sobre o qual não se possui recursos de simbolização dada a ruptura com o esperado (Gebrim, 2020). Se adotarmos uma perspectiva Ferencziana (1933), por exemplo, temos o primeiro tempo marcado pelo

vivido que extrapola as possibilidades de elaboração e, sem seguida, o tempo do “desmentido”, ao se encontrar a dúvida ou o desamparo com o não reconhecimento do outro diante do sofrimento, a parte potencialmente patogênica.

Diante disso, seguimos por dois caminhos: de um lado, as experiências vividas e a relação do sujeito com elas a partir do acolhimento do sofrimento e a condução do tratamento considerando isso. De outro, a proliferação de uma categorização do traumático pela via patológica como uma tentativa de nomear o “inominável” desta experiência a partir de um signo compartilhado no discurso médico. O segundo, foco da minha tese, parte da necessidade de que nós, profissionais que escutam o sofrimento, temos de dar nome à queixa usando nossos próprios critérios. Parece-me que o segundo caminho é mais fácil para nós que advimos de uma formação ocidental biomédica e somos bombardeados pela exigência desta clínica permeada pelo neoliberalismo e sua força de individualização (Safatle et al, 2018). Adotamos uma posição de “resolver problemas” esquecemos de algo fundamental: a diferença não precisa ser banida, ela pode ser manejada a partir da noção de alteridade. A diferença cultural, por exemplo, lança à clínica o lugar do enigma, algo muito difícil de se sustentar. Afinal, como admitir não saber como e o que escutar?

Se desdobrarmos o termo e afinarmos a escuta – e o que me interessa são estes desdobramentos – encontraremos formas múltiplas de manifestação deste sofrimento que, por muitas vezes, transforma o corpo numa fronteira em conflito. E, como tal, sofrendo consequências pela difícil posição de “entre”, encontramos um corpo possivelmente abjeto (Butler, 2015) por conta das distâncias que impossibilitam de imediato a corporificação da norma. O corpo entra em colapso. E, assim sendo, quais condições estruturantes profissionais de saúde apresentam para acolhida deste corpo colapsado?

Trazer esta pergunta para este contexto é, inevitavelmente, questionar a clínica realizada e que está por trás do diagnóstico, a qual pressupõe uma normatização e a deflagração do desvio. Assim, pensa-se a partir das práticas e teorias que pressupõem a ampliação da concepção clínica para além dos enquadres do saber psiquiátrico, permitindo-se vivenciar o mistério inerente do encontro com a diferença. Nesta perspectiva, pensa-se no interesse legítimo pelos efeitos que a diferença traz consigo, inclusive a aceitação do “não saber” para poder se interessar pela história do outro (Fonseca & Kirst, 2004).

No trabalho com imigrantes, segundo Rosa (2012), somos posicionados em uma transferência tão intensa, que dificilmente o psicanalista tem condições de se posicionar

como alguém “externo” ao discurso apresentado. Isto significa que a implicação da psicanálise no atendimento a imigrantes é tal que as próprias fronteiras das relações contra-transferenciais e transferenciais se tornam permeáveis caso não se esteja atento para as relações de poder socialmente vivenciadas e que são reeditadas na cena clínica. Afinal, como é para um imigrante ser atendido por alguém em outra língua e que representa a cultura do lugar de acolhida? Assim, percebe-se que não falo aqui apenas de uma compreensão a partir de uma língua comum entre clínico e imigrante, mas de um “ser compreendido” a “seu modo”. Neste sentido, a clínica que busca não usar do diagnóstico como um “dispositivo de segurança” no atendimento a imigrantes pode trazer em sua caixa de ferramentas a competência cultural, o descentramento e a relativização cultural e, sobretudo, a confiança na relação transferencial como algo manejável, ainda que diante de uma diferença inquietante (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015).

Para Kilomba (2019) a diferença, sendo uma condição *sine qua non*, deveria ser marcada pela prática da reciprocidade: uma vez diferentes uns dos outros, somos semelhantes na posição de “estranho” e, portanto, temos a possibilidade de vivenciar um estranhamento recíproco. Assim, a diferença também é constitutiva do ato terapêutico, o qual é demarcado pelas noções de alteridade e reconhecimento (Kehl, 2002; Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015). Todavia, as artimanhas e estratégias de exclusão, que evidenciam a presença de um “nós” e de um “eles”, como dito anteriormente, surgem mesmo dos atos de saúde e confirmam estratégias de exclusão que tomam como partida o reconhecimento do outro na posição de subalternidade ou “não adequação” à condição de humano (Spivak, 2018). Assim, ao perder sua “humanidade”, o sujeito é passível de reconfigurações no modo de ver e ser visto. Desta forma, quanto menos reconheço a diferença do outro, mais estou sujeito a fazê-lo objeto de gozo e, assim, solidificar a minha imagem e minha posição inserida no “nós” hegemônico (Fanon, 1961).

Nesta esteira que promove reflexões entre as teorias psicanalíticas e a noção de cultura, faço uma articulação com elaborações teórico-práticas oriundas da etnopsiquiatria e etnopsicanálise, as quais são pressupostos teórico-metodológicos que buscam unir o saber psiquiátrico/psicanalítico e a etnologia para compreensão e intervenção acerca do sofrimento psíquico. Etnólogo e psicanalista, Georges Devereux desenvolve esta noção complementar e interdisciplinar sobre o sofrimento psíquico interseccionado com os estudos culturais e ressalta que “um fenômeno humano explicado por apenas de uma maneira não é nem um pouco explicado” (Devereux, 1972, p 9). Segundo ele, esta abordagem surge também da angústia como um método, uma vez que este era o sentimento que ele tinha em atendimentos que apresentavam um “choque

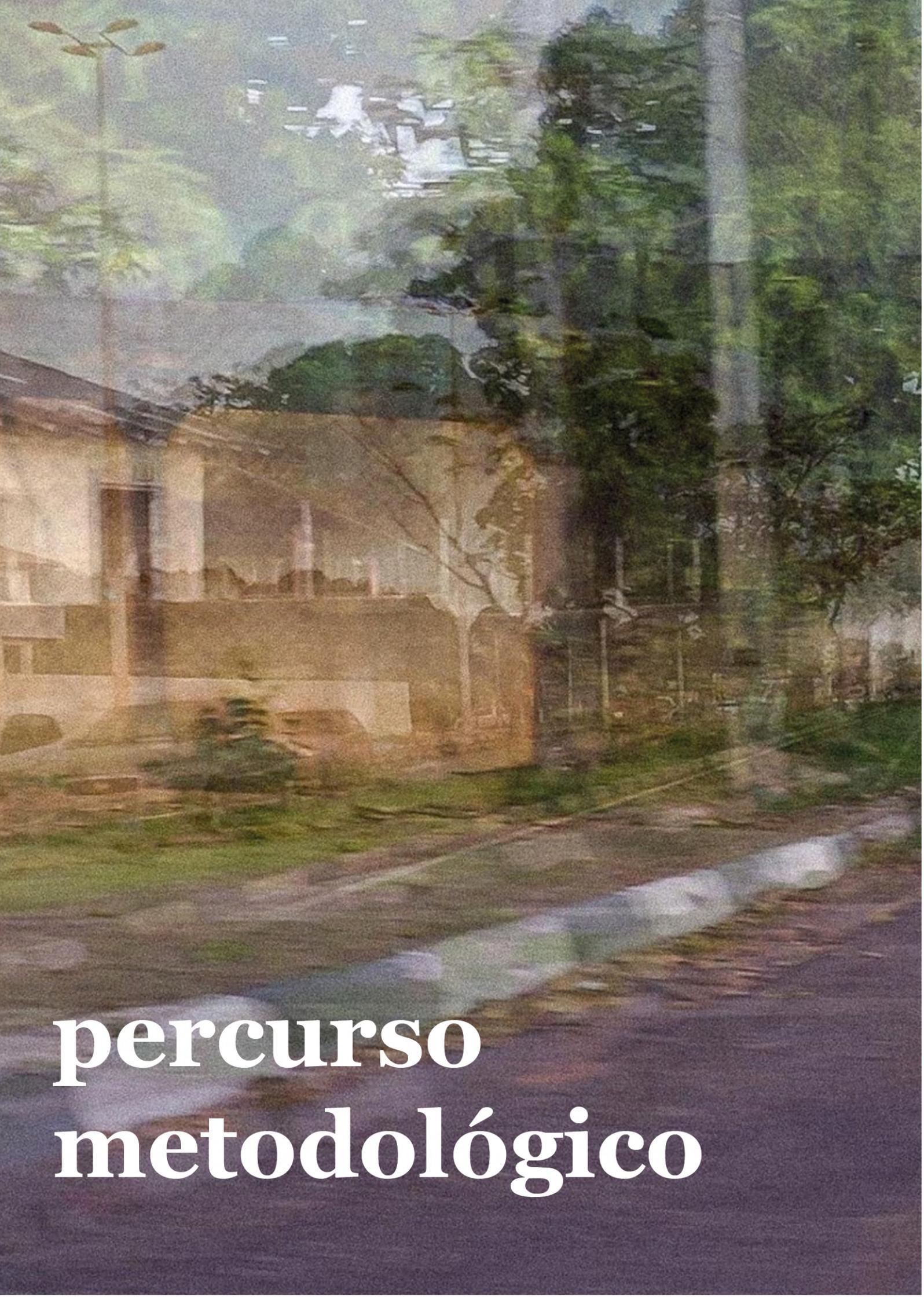
cultural”<sup>27</sup>. Na compreensão de que a cultura é algo determinante para compreender os modos de sofrimento, Devereux sugere uma escuta e prática que utiliza as duas disciplinas simultaneamente, efetuando uma dupla análise dos fatos: de uma parte com a etnologia e de outra com a psicanálise, num mesmo campo. Desta maneira, evidencia-se o diálogo entre estes dois sistemas de explicação para dar conta da complexidade da relação clínica (Barro & Bairrão, 2010).

Seguindo esta perspectiva, é possível trazer também as considerações de Tobie Nathan, o qual, ancorado nas ideias de Devereux, ressalta que há uma infinidade de sistemas terapêuticos eficazes e, mesmo que não sejam pautados em saberes “ocidentais”, podem ser mais eficazes e menos agressivos a determinadas culturas (Stengers; Nathan, 1995). O que Nathan critica em sua abordagem, mais conhecida pela nomeação de etnopsiquiatria, é justamente que o saber e os modos de cuidado de diferentes culturas não podem ser considerados como “terapias tradicionais”, ou seja, técnicas nomeadas como algo próximo a um suposto cuidado verdadeiro. Para ele, no encontro com a diferença nos modos de cuidado, o terapeuta pode considerar seriamente aspectos culturais como passíveis de se integrarem na conduta terapêutica (Nathan, 1994).

Com isso, confirmo a psicanálise e seus desdobramentos políticos e no âmbito da cultura como um marco teórico importante que compõe meu olhar no desenrolar desta pesquisa, especialmente ao apresentar no seu método a indagação como uma importante ferramenta. Esta prática, aliás, que não é apenas direcionada ao outro, mas também a nós que conduzimos o cuidado, oferece-nos a possibilidade de nos permitirmos “não saber” para que, enfim, nos entreguemos ao desconhecido com o desejo de aprender. A partir de agora, apresento o método que estruturou a pesquisa e minhas atividades de campo.

---

<sup>27</sup> O choque cultural é um fenômeno que ocorre quando uma pessoa é exposta a um conjunto de valores, crenças, hábitos e costumes diferentes dos quais ela está acostumada. George Devereux, definiu o choque cultural como "o estresse resultante do contato com uma cultura diferente, que leva a uma sensação de desorientação e ansiedade" (Devereux, 1967, p. 136). Essa definição destaca como a experiência do choque cultural pode ser profundamente estressante e desorientadora para aqueles que a experimentam.



**percurso  
metodológico**

## 5. Percurso metodológico

Ao se considerar o enquadre metodológico, é possível dizer que esta é uma pesquisa qualitativa ao se desenvolver como uma atividade afirmada a partir do contexto situacional, da localização e implicação do observador em relação ao objeto em seu entorno. Nesta perspectiva, há a busca de compreensão de sentidos e significados tomando como base o encontro com o campo de pesquisa e os sujeitos que fazem parte da pesquisa, incluindo o próprio pesquisador (Ferigato & Carvalho, 2011). Além disso, estabelecendo as fronteiras de categorização da pesquisa, a investigação aqui apresentada pode ser dita como exploratória e descritiva, uma vez que poderá trazer novos olhares para o tema de estudo e, ao mesmo tempo, buscará descrever realidades (Gil, 2002).

A escolha do método para contato com o campo e análise das informações obtidas é marcado por uma série de tensionamentos referentes à temática e aos modos de produção de conhecimento. Historicamente, como apontam Vettorassi e Dias (2017), os estudos sobre migração esbarram na problemática metodológica, uma vez que correm o risco de categorizar ou reduzir a experiência de deslocamento a condições geográficas específicas apenas ou, até mesmo, não considerar questões de relevância cultural na ânsia de responder questionamentos necessariamente em um viés objetivo e “objetivizante” (Iosifides, 2011). Neste caso, não se considera a dimensão política sobre a pesquisa no campo da migração, a qual deve buscar fornecer não apenas dados, mas produzir práticas e políticas de reconhecimento sobre os imigrantes como sujeitos de direito e desejo. Ou seja, evidencia-se a necessidade e a urgência de ouvir.

De modo algum, a forma de pesquisar que direciona as respostas possíveis para os questionamentos aqui apresentados deve correr o risco de reproduzir normatizações ou apenas evidenciar precarizações, não espero construir a narrativa da confirmação e cristalização da posição de vulnerabilidade e exclusão. Ao contrário, espero que a pesquisa apresente problematizações sobre este campo. Neste sentido, metodologicamente esbarramos em uma prática foucaultiana. Para Foucault (1984) a problematização é uma ação que necessariamente considera o outro para o diálogo, diferente da polêmica, a qual surge discursivamente como uma tentativa de anulação do outro. O que se adotou neste trabalho é postura problematizadora sobre a questão normatização do sofrimento de imigrantes no contexto de atendimentos em saúde. Em absoluto se polemizará a atuação pontual e específica de algum profissional ou serviço.

Desde o começo desta tese, trago obras para exemplificar e produzir uma imersão no método que estruturou meu processo de escrita. Ao final da tese, leitora, você encontra uma exposição das obras em sua íntegra com devidas referências e informações técnicas. Nas imagens, temos uma das principais avenidas de Boa Vista, onde estão localizados os abrigos da Operação Acolhida, a qual desde 2018 é responsável pela acolhida de imigrantes venezuelanos. Lá, o governo brasileiro em cooperação com as agências internacionais nas Nações Unidas articula ações de suporte e amparo das pessoas que chegam ao Brasil em decorrência da crise. Além de fortalecer as políticas públicas locais de saúde e assistência social para abarcar as necessidades desta população, abrigos são instalados ao longo do território da cidade. Com isso, tem-se uma paisagem efêmera instalada que passa a fazer parte da malha urbana, materializando a fronteira, mesmo quando ela já foi ultrapassada.

Intrigado com os movimentos relacionais e urbanos da inclusão de tapumes como a separação destes espaços de acolhimento, como método, o artista das obras utilizou frames a partir de um vídeo realizado com o carro em movimento, seguido de um trabalho de sobreposições de imagens dos dois lados da rua: o abrigo e o “bairro”. A partir disso, temos esta imagem quase fantasmagórica, mas que consegue capturar de maneira vívida não apenas o movimento, como também certa coexistência que não tem a pretensão de ser precisa. Uma experiência se sobrepõe à outra sem que sejam perdidas as presenças singulares. Afinal, nesta junção, há coisas das quais não é possível – nem desejado - renunciar.

Da mesma forma, possivelmente, leitora, em algum momento de seu cotidiano, seus olhos já sentiram a necessidade de capturar o movimento. Deve haver no rolo de sua câmera do celular, ou até mesmo de uma máquina fotográfica, aquela imagem borrada, que produz vertigem aos olhos. O que é possível ver *no* e *com* o movimento? O que esta imagem promove de efeito estético e subjetivo quando tentamos decifrá-la? E mais: o que nos intriga no movimento que nos faz ver sentido em uma fotografia borrada? Por mais que haja uma obsessão pelo belo e pelas definições estanques e bem delimitadas, é na experiência desta visão míope da paisagem que somos entregues a um enigma, um pedido para que algo seja decifrado.

Trago esta analogia para apresentar marcadores processuais da pesquisa que desenvolvi. Acredito que ela tenha sido esta tentativa de fotografar algo em movimento, sobre o qual não tenho controle. Falo aqui em uma fotografia do movimento não só porque esta é uma pesquisa sobre a imigração e seus efeitos, mas porque minha escuta e meu modo de compreendê-la diante dos acontecimentos sociopolíticos da migração estiveram em movimento. Por isso, aposto na cartografia e sua capacidade de

acompanhar processos como método. Além disso, assumo a impossibilidade de separar o pesquisador do “objeto de pesquisa”, classificando este trabalho também, necessariamente, como uma pesquisa que exerce uma interferência no campo (Passos & Benevides de Barros, 2009; Rolnik, 2014). Cabe alertar que esta tentativa de descrever o método, inevitavelmente, trará algo dos resultados, considerando a dificuldade de estabelecer fronteiras como esta em pesquisas que consideram a participação do pesquisador (Barros, 2022).

Didi-Huberman (2018), em seu livro “*Aperçues*” aposta em uma nova mirada aos causos rapidamente acontecidos que são registrados pelo olhar em movimento e, por assim ser, ganham a atenção rasa e, possivelmente, o posterior esquecimento. O texto de Didi-Huberman, portanto, se apresenta como uma artesanaria que visa promover aparição para estes acontecimentos/esquecimentos e, para isso, ele atenta para o desejo presente no olhar como notório diferenciador nas condições de visibilidade. Como primeiro passo metodológico, indico meu desejo de olhar e escutar aquilo que poderia ser entregue ao esquecimento e à normatização por conta deste “borramento” produzido pelo encontro, algo que poderíamos chamar também de “choque cultural” neste contexto.

Frente a tais inquietações que partem tanto de uma prática profissional quanto de um percurso teórico, vi-me com a tarefa sistematizar este desejo em uma linha de raciocínio que constitui os passos desta pesquisa. Ao mesmo tempo que me interessava pelo que ocorria com os imigrantes e suas histórias em busca da construção do cuidado, percebi que muito me intrigava a própria escuta que oferecemos. Ou seja, voltando para as obras ao longo desta tese, visualizei a escuta ofertada como esta imagem borrada que unia dois lados, o “lá” (os imigrantes) e o “aqui” (nós profissionais). Assim, apresento uma cartografia que tentou registrar um objeto vivo e relacional e, sobretudo, um processo. Por isso, a partir da qualificação do projeto e das “invasões” que fui tendo em campo, novos movimentos cartográficos foram necessários.

Spivak (2018) em seu livro “*Pode o subalterno falar?*” apresenta esta intrigante questão já no título e nos convoca a repensar nosso olhar como pesquisadores. Em um questionamento direto a Foucault e Deleuze, sem desconsiderar suas brilhantes contribuições, Spivak pergunta: até quando acreditaremos na “transparência” dos sujeitos que pesquisam frente aos acontecimentos ou “objetos de pesquisa”? Em especial, ela direciona seu argumento para investigações sobre pessoas em condições de subalternidade nas complexas tramas das relações desiguais de poder. Ou seja, aqueles que apresentam o privilégio das condições de visibilidade e audibilidade (ser visto e devidamente ouvido) ocupam uma posição de explicar a experiências dos outros numa tentativa, por vezes, legítima de produzir reconhecimento. Porém, é possível manter uma

posição “neutra” e transparente sem considerar que se falo é, justamente, por que posso e sou autorizado falar? Portanto, o que me confere esta autorização?

Guiado por esta pergunta, acredito que um ponto fundamental que sustenta minha posição metodológica nesta pesquisa foi a escolha de trabalhar com a “escuta”, e não necessariamente com o discurso direto dos imigrantes. Esta escolha parte de uma reflexão crítica acerca do que estamos construindo como atuação profissional, considerando os condicionantes do nosso tempo. Estamos promovendo cristalizações ou, de fato, atualizando nossa escuta e questionando aquilo que vai perdendo o sentido com novas realidades apresentadas? Além disso, de que forma a reprodução do discurso trágico apresentado pelas pessoas que escutamos não é utilizado também como escudo para que não falemos daquilo que esta prática nos evoca?

Ao falar isso, não desconsidero a importância os estudos que trabalham diretamente com entrevistas ou análises clínicas com imigrantes e refugiados. Inclusive, destaco os incríveis trabalhos desenvolvidos e em desenvolvimento do próprio NEMPsiC, os quais com sutileza e indicam evidências importantes para o aprimoramento do cuidado, além de trazerem ao círculo acadêmico discursos que carecem de visibilidade e espaço de reconhecimento, mediando um anúncio em primeira pessoa da realidade por parte dos próprios imigrantes (Nascimento, 2021; Ferreira, 2019; Jibrin, 2017; Barros, 2018; Boeira-Lodetti, 2018). Contudo, alguns destes mesmos trabalhos também apontam como continuidade da reflexão a importância de repensar e aprimorar nossa própria prática. Aqui, convoco a mudança epistemológica sugerida por Preciado (2021) em seu discurso de 2019 para a Sociedade Psicanalítica Francesa: até quando acreditaremos na falaciosa neutralidade da psicanálise e perpetuaremos a imparcialidade do “sujeito de suposto saber”?

Por exemplo, ao longo da minha prática em diferentes cenários e mesmo durante as entrevistas realizadas para esta tese, foi muito comum ouvir casos clínicos detalhados por parte dos profissionais, trazendo minúcias do sofrimento apresentado. De um lado, compreendo este fato como uma forma de expor a realidade vivida pelos próprios profissionais: “o que eu faço com isso tudo que ouvi?” Por outro, permanece em mim o constante questionamento sobre como nos valemos do discurso trágico da vida do outro a fim de não olhar para aquilo que falta no nosso próprio ferramental e, com isso, corremos o risco de perpetuar práticas que podem compactuar com exclusões. Compreendo a função das vinhetas na elaboração de novos caminhos clínicos e sei que a psicanálise se utiliza e, de certa forma, depende deste método para a evolução de sua teoria e técnica. Afinal, como profissionais da escuta, também somos forçados pela

palavra do outro e vulneráveis ao ato em si. Porém, o quanto nos permitimos afetar a ponto de também trazer o discurso analítico para nosso fazer?

Nos estudos sobre competência cultural que analisei para esta tese, é muito comum que, ao final do trabalho, os autores busquem elencar contribuições para o aprimoramento do cuidado em saúde ofertado a imigrantes. Das indicações, as mais frequentes são: formação continuada de profissionais e implantação de políticas públicas específicas. Neste sentido, os esforços do movimento social organizado, agentes públicos e pesquisadores da área têm sido aplicar estas práticas, o que tem ofertado significativo resultado na atenção (Milesi & Carlet, 2012; Mayorga, 2012; Sanchez-Ojeja et al, 2017; Barreto et al 2019). Contudo, por mais que se crie instrumentos e protocolos próprios, há que se salientar a especificidade da atenção psicossocial neste cenário, uma vez que ela é profundamente marcada pelos enquadres normativos que compõem historicamente nossa escuta (Papadopoulos, 2018). Como aponta Layton (2020), é imprescindível um posicionamento do profissional da escuta nesta “grande história”<sup>28</sup> que envolve o encontro clínico, uma vez que há um “processo normativo inconsciente” que prescinde o ato terapêutico e deve ser refletido.

Lacan (1998) em seu discurso sobre as condições pelas quais alguém pode se candidatar a praticar a psicanálise já indicava a necessidade de atentar para uma transformação da escuta para que ela tenha sentido em relação à dialética dos movimentos simbólicos. Assim, esta pesquisa parte também de uma posição ética acerca de um “questionamento de si”, entendendo que faço parte de um corpo maior que o meu próprio uma vez que, imbuído da formação profissional, sustento determinada posição de saber/poder apenas ao anunciar: sou psicólogo/psicanalista/pesquisador, você quer conversar?

Diagnosticar e nomear como patologia a experiência do outro integra um ato histórico e político que nem sempre representa cuidado, mas confirma posições no mundo: “o daqui e o de lá”. Cartografar este processo sendo um psicólogo inserido neste campo de trabalho confere aos olhos de pesquisador a difícil tarefa de se permitir ser invadido sobre os vieses de suas próprias posições de poder/saber. Desta forma, como cartógrafo “forasteiro” em seu próprio campo aceitei como condição básica da relação de pesquisa a produção política nos espaços de dissenso.

---

<sup>28</sup> Para a autora, “grande história” compreende a este olhar hiper objetal que se lança sobre as relações. A exemplo da questão da raça: caso o clínico não esteja atento a seu posicionamento nas complexas tramas relacionais de poder que envolvem seu lugar no processo de racialização, corre-se o risco de experimentar tanto na transferência quanto especialmente na contra-transferência, repetições frequentes no laço social.

Ciente dos possíveis efeitos destas perguntas levantadas, lancei-me ao trabalho. Além de um levantamento teórico, como dito anteriormente, esta cartografia se deu em dois “movimentos”: o primeiro deles buscou tecer articulações sobre a noção de “escuta” do sofrimento psíquico de imigrantes a partir de uma reflexão da minha prática em diferentes contextos, analisando meu diário de campo. O segundo, abordou o tema em questão partindo das inquietações locais do campo de pesquisa inicialmente proposto no trabalho de qualificação. Neste movimento, analiso entrevistas em profundidade com profissionais de psicologia e medicina que realizam cuidado a imigrantes em serviços de saúde na cidade de Florianópolis. Esta proposta também surge pela diversidade necessária em abordagens metodológicas quando se trata de estudos sobre migração, como apontam Vettorassi e Dias (2017).

### *5.1 Pistas sobre o método cartográfico*

A nomeação metodológica no campo das ciências sociais “cartografia” foi dada pelo filósofo francês Gilles Deleuze (1992), o qual se aproxima do campo da geografia para descrever a possibilidade de traçar mapas processuais de um território existencial ou, como chamou Rolnik (2014), paisagens psicossociais. Para eles, é possível se considerar a noção de mapa uma vez que se trabalha com a ideia de território subjetivo, composto por condições relacionais, éticas, estéticas e políticas que constituem critérios e referências para existir. Por isso, pode-se dizer que a cartografia se estabelece como uma prática de observar, registrar e refletir sobre as relações de força que compõem um campo específico de experiências (Farina, 2008).

Ainda, Deleuze e Guattari (1995) afirmam que a cartografia é útil para descrever processos, muito mais do que coisas em si. Aqui, encontro aproximações possíveis no enquadre das pesquisas qualitativas, uma vez que, na busca pelas processualidades, o estudo qualitativo se desenha de modo a buscar “entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados” (Turato, 2005, p. 509).

Por mais que seja difícil descrever em etapas o fazer cartográfico porque ele não se propõe e não busca ser reproduzível em realidades diferentes, talvez seja possível compreender da proposta de Deleuze e Guattari que ela parte da (a) identificação dos conceitos chaves que envolvem a questão de pesquisa; (b) conexão entre os conceitos definidos, “mapeando” as linhas que os conectam e seus tensionamentos diante das relações de poder; (c) exploração das relações em campo considerando este mapa conceitual desenhado para que, enfim, (d) sejam criados novos conceitos possíveis. Assim, a pesquisa cartográfica permite que se mapeiem as paisagens sociais e políticas

em constante mutação, oferecendo novas possibilidades de ação e transformação” (Deleuze & Guattari, 19).

Por este caminho, Suely Rolnik (2014) acrescenta que a cartografia pode ser vista como uma forma de libertar as potências subjetivas que estão reprimidas ou escondidas pela ordem social dominante. De certa forma, ela possibilita uma reconfiguração do sensível, dando evidência para o que é tradicionalmente encoberto pelas amarras das relações de poder, evidenciando aqui um caráter político deste fazer. Com isto, ela sugere um ato de pesquisar que leve em consideração também o âmbito dos afetos e a dimensão sensorial da realidade, algo coerente quando se pensa nesta reflexão sobre a escuta. O cartógrafo, portanto, lança-se ao campo considerando a invasão deste sobre seus pensamentos e permite-se vivenciar esta imersão para poder **observar, sentir, registrar, refletir e relatar**. Posso dizer que segui uma estrutura de pesquisa que levou em consideração os passos indicados por Deleuze e Guattari acrescentando a contribuição de Rolnik acerca da exploração sensorial da experiência do próprio cartógrafo, o que justifica o primeiro movimento cartográfico.

Ferigato e Carvalho (2010) também trazem uma discussão relevante no âmbito das pesquisas qualitativas em saúde e sua possível aproximação com a cartografia. Para as autoras, este recurso metodológico é capaz de estabelecer compromisso ético-político com a inevitável intervenção que se faz em pesquisa, considerando o irrevogavelmente presente desejo do pesquisador sobre determinado assunto ou problemática. Neste sentido, mobilizado e “desejando ver” o cartógrafo faz parte do campo e, mesmo assim, precisa estranhar-se nele para produzir problematizações. Por este sentido, sempre fui tomado pela necessidade de trabalhar com afeto e afetação dentro do que acredito ser psicólogo-pesquisador e a cartografia acaba sendo um instrumento capaz de me proporcionar isto. Esta mesma afetação, aliás, permite-me atuar na composição *com* campos problemáticos de pesquisa, e não necessariamente *sobre* eles (Kastrup, Passos & Tedesco 2014). Penso assim como Rolnik: o cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago, não em seu sentido colonial, mas em um olhar de produção de reconhecimento sobre outro (Butler, 2015)

No entanto, percebo que o fato de estar imerso no afeto me traz, também, certo comprometimento na medida em que é necessário ter critérios de análise que, diferente de me distanciar das situações e dos acontecimentos emergentes, aguça o olhar. Isto significa que, para melhor ver, precisamos lutar com nossa própria visão, perfurar nossos olhos para fazê-los ir além dos contornos, dos regulamentos, das normas (Fonseca, 2006). Seguindo isto, propus alguns passos que me deram pistas para responder aos questionamentos iniciais da pesquisa que partem da pergunta principal de pesquisa.

É importante considerar que os passos realizados são uma proposta de caminho e que o cartógrafo “forasteiro”, por estar vivendo o campo de pesquisa, pode encontrar ao longo dele novas trilhas e processos passíveis de análise e descrição cartográfica, a qual se coloca nesta pesquisa como aquilo que Deleuze (1992) chama de “máquinas de fazer ver e falar”. Assim, considera-se que em cada condição sócio-histórica há maneiras de sentir, perceber e enunciar, ou seja, o cartógrafo também está sujeito ao campo e as intempéries de seu tempo. Faço esta ressalva, especialmente porque esta pesquisa se propôs em um campo de grande instabilidade no momento em decorrência da urgência sanitária disparada pela pandemia do novo coronavírus, o COVID-19. Para além das circunstâncias inerentes às relações de saber/poder possivelmente encontradas em campo, é possível que a vulnerabilidade experimentada pelas pessoas participantes da pesquisa tome condições de visibilidade que carecerão de aparecimento na escrita

Neste sentido de acompanhar processos acerca do objeto de pesquisa, é possível dizer que a investigação já começou antes mesmo de tentar ser uma tese. Frente a relativização destas fronteiras e da proposição de se mapear as linhas de força que compõe o objeto de análise, percebo que pesquisar este tema se coloca como um ato na medida em que encontrei questionamentos frente minha prática profissional. Isto, por sua vez, me remete a uma ética e epistemologia da psicanálise em que a pesquisa também é escrita pelo próprio processo, incluindo o pesquisador a se considerar a relação transferencial estabelecida em campo (Rosa, 2009).

## 5.2 Os campos de pesquisa e linhas de análise

### 5.2.1 Primeiro movimento cartográfico

A partir da proposta de cartografar a escuta considerando meus próprios movimentos clínicos no contexto da migração, aposto naquilo que Gebrim (2020) argumenta sobre a descrição da escuta no *front*. Para ela, o *front* abarca a noção de linha de frente e, ao mesmo tempo, fronteira. Assim, como profissionais que escutam, possibilitamos ao sujeito condições de construir terreno simbólico para o conteúdo reprimido, auxiliando na compreensão das fronteiras entre a organização/desorganização psíquica. E mais, esta fronteira também anuncia os limites do nosso próprio fazer, marcado por diferentes urgências da realidade. Confirmo, com isso, o posicionamento que anunciei anteriormente sobre a possibilidade de habitar fronteiras.

Este primeiro movimento cartográfico tem como campo os diferentes espaços que atuei nos últimos anos, os quais foram alvo de reflexão e elaboração no diário de

campo que serviu de material de análise, escrito de 2019 a 2022. Trabalhar com diário de campo neste contexto possibilita aquilo que Rolnik (2014) sugere como a tarefa do cartógrafo, pois se espera que ele esteja mergulhado nas profundezas do seu campo em seu tempo e, em sua escrita, consiga dar língua para os afetos que “pedem passagem”. Ao buscar por linguagem de afetos que nos invadem, o diário de campo se transforma, nesta pesquisa, não apenas como um material de produção, mas especialmente de tradução. Ou seja, foi nele que a potência dos encontros e da própria angústia do não saber ganhou contorno de palavra.

O diário de campo é um elemento frequente nas pesquisas etnográficas e cartográficas pois traz ao campo da produção de conhecimento o fator vivencial, propondo uma característica não institucionalizada de pesquisa (Costa & Coimbra, 2008). Medrado, Spink e Mello (2014) também argumentam que o diário de campo é como um íntimo parceiro de pesquisa que se movimenta com o pesquisador, oferecendo espaço seguro para suas reflexões. Sobretudo, vejo o diário de campo como instrumento de pesquisa justamente por acreditar na força da palavra e sua potência “antropofágica” (Rolnik, 2014). A autora sustenta a ideia de que com a cartografia podemos nos alimentar dos afetos produzidos em campo e, digerindo-os, somos capazes de descrever novas realidades ou aquelas encobertas pela opressão. Assim, o diário de campo é este espaço fronteiro entre ficção e realidade que oportuniza o processo de análise por meio da escrita e da leitura, buscando os acontecimentos “espremidos” entre estes dois atos.

A defesa da coexistência destas duas instâncias em um trabalho como este, leitora, se dá pelo enquadre epistemológico utilizado. O método psicanalítico não coloca a ficção no banco dos réus quando se pensa na evolução científica. Ao contrário, ela ocupa um espaço de grande importância. Birman (2019) relembra em suas “Cartografias do avesso” que a escrita psicanalítica se diferencia justamente neste ponto dos escritos médicos, uma vez que trabalhamos com a realidade psíquica. Os sonhos, a formação dos sintomas e outras construções do inconsciente utilizam de figuras de linguagem como metáfora e metonímia em seu cerne. Ou seja, a ficção muito nos interessa porque ela é o produto das dinâmicas do inconsciente. Ainda para Birman, a psicanálise “deve” muito à literatura, pois desde os primeiros estudos de caso freudianos, a narrativa apresenta um tom literário para o relato ficcional dos sintomas dos analisandos.

Freud também confirma que o início das atividades científicas se dá na descrição dos fenômenos, seu posterior agrupamento, correlação e análise. Ele reconhece que na descrição “é inevitável que apliquemos ao material certas ideias abstratas tomadas daqui e dali, tomadas não só da nova experiência” (Freud, 2010g p. 50). E, seguindo este princípio, o diário de campo que compôs este primeiro movimento cartográfico foi sendo

construído. Em geral, ele foi escrito após o acontecimento dos fatos, como um segundo momento de elaboração. Por vezes, carregado apenas de afetos e, em outros momentos, já trazendo reflexões teóricas. A regra principal do diário de campo era escrever.

Os dados clínicos e as informações sigilosas foram omitidas para a análise, por questões éticas do estudo e, especialmente, para confirmar o posicionamento de analisar o processo de construção da escuta. Neste movimento, o objeto é minha própria escuta e como ela se movimentou ao longo destes espaços para se fazer possível. Considero este mergulho em mim para também questionar no meu próprio fazer aquilo que convoquei os profissionais que participaram da pesquisa a realizar. Primeiro, um movimento que cartografa terras próximas e, em seguida, produção de conexões com os outros territórios.

Os espaços nos quais trabalhei diversificam-se tanto no que diz respeito à localização geográfica, quanto a características associadas às condições migratórias das pessoas atendidas. A partir de agora, descreverei brevemente cada um destes espaços e suas características principais, nos quais atuei como psicólogo e desenvolvi meu registro em diário de campo:

- **Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI/SC):** O CRAI/SC foi fundado em 2018 após intensa mobilização política do movimento social de imigrantes da região de Florianópolis e apoiadores do campo acadêmico e de políticas públicas. Desde 2015, o Grupo de Apoio a Imigrantes e Refugiados da Região de Florianópolis (GAIRF), unindo diferentes setores da comunidade, começou a se implicar na produção de material com dados sobre a população imigrante da região a fim de fomentar a construção de políticas de cuidado específicas para população migrante. Com isso, foi elaborado um relatório que serviu de base para escrita de um projeto de financiamento para um centro de atendimento a esta população em suas variadas necessidades. Sem estar inserido em uma política pública, o CRAI/SC abre suas portas sendo gerido por uma Ação Social e com um financiamento do Ministério da Justiça e um prazo determinado para seu funcionamento, dois anos. Com uma equipe interprofissional, este foi o primeiro serviço deste tipo que contou com profissionais da psicologia e do serviço social como integrantes da equipe mínima, algo que pode ser avaliado como diferenciador ao longo do processo de trabalho, especialmente no que diz respeito a uma atenção cuidadosa aos marcadores sociais do sofrimento psíquico e seus efeitos na inclusão (Machado, Barros & Martins-Borges, 2019). Como atenção psicossocial, oferecíamos: acolhimento/atendimento individual de curta duração, grupos de temáticas específicas, mobilização e organização de rede de

cuidado, encaminhamento para políticas públicas, entre outros. Este serviço ficou aberto por dois anos e teve suas portas fechadas em setembro de 2019, fato que pode ser analisado sob a perspectiva da condição precária legada a espaços como este, algo crucial para uma leitura crítica das práticas de acolhimento à população migrante (Barros, 2022).

- **Clínica Intercultural:** configura-se como um projeto de extensão universitária que atua desde 2012 oferecendo atendimento psicológico a imigrantes da região da Grande Florianópolis nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina. Este projeto foi fundado pela Professora Dra. Lucienne Martins Borges junto a seus estudantes de graduação da época. Assim, mesmo antes de se ter o NEMPsiC como espaço institucional assegurado para debates sobre migração e culturas dentro do departamento de Psicologia, o grupo começa a realizar atendimentos psicológicos, os quais seguem os princípios do dispositivo clínico desenvolvido por Martins-Borges e Pocreau (2009) no *Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés* (Sapsir®, Université Laval, Québec, Canadá), que integra a rede de saúde pública de Québec, Canadá. A intervenção realizada conta com um grupo de terapeutas, sempre composto por posições delimitadas: terapeuta principal, coterapeutas e, se for o caso, mediador cultural/intérprete (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015). A proposta de atender com um grupo de terapeutas tem a função promover espaço de suporte psicológico e cultural, produzindo caminhos para restauração de importantes aspectos da identidade por meio de relações de reconhecimento, oferecendo um lugar de transição entre os “dois mundos” que envolvem o processo migratório, uma vez que abre espaço seguro para as representações culturais das pessoas que são atendidas (Pocreau e Martins-Borges, 2013). Desde 2012 foram atendidas mais de 200 pessoas de diferentes nacionalidades, as quais chegaram à clínica por encaminhamento da própria Universidade (estudantes internacionais), por demanda espontânea ou oriundos da rede pública de saúde e assistência social. Neste projeto, desde 2018, atuo tanto como terapeuta principal, coterapeuta e integrante do grupo de supervisão.
- **Operação Acolhida:** pode ser entendida como uma “força tarefa humanitária” coordenada pelo Governo Federal, trabalhando conjuntamente com diversos órgãos: Forças Armadas, Ministério da Cidadania; Polícia Federal; Receita Federal; Defensoria Pública da União (DPU); Tribunal de Justiça de Roraima; Organização Internacional para as Migrações (OIM); Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Comitê

Internacional da Cruz Vermelha. Entre dezembro de 2020 e abril de 2021 atuei como psicólogo neste cenário, trabalhando com diferentes níveis de atenção e cuidado, mas especialmente oferecendo suporte técnico para equipes psicossociais nos abrigos e realizando acolhimentos para avaliação e triagem de pessoas em “risco psicossocial”. A necessidade desta última ação se deu pelo fechamento de fronteira em decorrência da pandemia de COVID-19, algo extremamente sensível de complexo quando se trata de movimentos migratórios involuntários.

- **Centros de Acolhida da Cruz Vermelha:** em 2022, sentindo o deslocamento no meu próprio corpo, promovi escuta a imigrantes em centros de acolhimento na Bélgica, em uma parceria de pesquisa estabelecida com o e o Center for Social and Cultural Psychology (CeSCuP) da Université Libre de Bruxelles (ULB). Nestes centros geridos pela Cruz Vermelha, são alocadas as pessoas solicitantes de asilo e que esperam a resposta de órgãos federais sobre sua documentação e posterior permanência no país. As pessoas que estão nestes centros são oriundas de deslocamento involuntário. Neste espaço, experimento a estrangeiridade em minha própria escuta, algo que acredito ter sido fundamental para as reflexões que apresento.

Nestes diferentes campos, portanto, faço da escrita sobre a minha própria escuta o foco da análise me questionando constantemente: como escutar a diferença sem correr o risco das normatizações? Escolho como marcadores conceituais para esta análise as noções de **construção da escuta diante da diferença, vulnerabilidade, ética** e o **tensionamento entre sujeito de direito e sujeito de desejo**. Deste modo, leitora, posso dizer que meus procedimentos de pesquisa neste movimento cartográfico envolveram: (a) registro de diário de campo, (b) leitura sistemática e (c) categorização dos marcadores conceituais a partir da frequência dos aparecimentos e das dinâmicas contra-transferenciais com o próprio campo de pesquisa.

## 5.2.2 Segundo movimento cartográfico

Nesta etapa, a pesquisa foi realizada com profissionais autorizados a realizar diagnóstico psicopatológico nos serviços de saúde de Florianópolis vinculados ao SUS que atendem imigrantes. A escolha pela cidade de Florianópolis para a realização das entrevistas se deu pela proximidade que tive com a rede de saúde da região ao trabalhar como psicólogo do CRAI/SC. Foi, inclusive, no contato próximo com estes profissionais que a pergunta de pesquisa surgiu. Assim, delimitou-se como participantes para as

entrevistas em profundidade: médicos das especialidades de Medicina da Família e Comunidade e Psiquiatria e Psicólogos. Estes profissionais, por sua vez, considerando o funcionamento do SUS, podem atuar em três níveis de atenção:

- **Atenção Primária:** referente ao cuidado de baixa tecnologia, territorializado e com intuito de promoção de saúde e prevenção de agravos. Na linha de cuidado, é representado por Unidades Básicas de Saúde. Neste serviço, encontram-se médicos de saúde da família, integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e psicólogos e psiquiatras integrantes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)
- **Média Complexidade:** refere-se a serviços de atenção especializada com médio grau de complexidade tecnológica, oferecendo serviços ambulatoriais de diagnóstico e tratamento. Na Rede de Atenção Psicossocial, por exemplo, é neste nível de cuidado que encontramos o Centro de Atenção Psicossocial, substituto ao manicômio na reforma psiquiátrica. Da mesma forma que a UBS, a média complexidade também é territorializada, mas com área de abrangência maior que apenas um bairro. Neste serviço, encontraremos, dentre outras especialidades, médicos clínicos gerais, psiquiatras e psicólogos
- **Alta Complexidade:** representa o nível de cuidado de maior aparato tecnológico para construção diagnóstica e tratamento. Em sua maioria, é representado por instituições hospitalares e ambulatoriais. Estes serviços representam um nível alto de necessidade de intervenção e pode contar com a internação. Assim como os demais serviços, podemos encontrar médicos generalistas, psiquiatras e psicólogos nestes serviços. Além do Hospital Geral, neste nível de atenção também se enquadra o Hospital Psiquiátrico. Na região da Grande Florianópolis, especificamente, temos um Hospital Psiquiátrico de referência com os mesmos profissionais supracitados.

É importante ressaltar que nestes três níveis de atenção é possível efetuar diagnóstico psicopatológico, orientando conduta psicoterapêutica, psicofarmacológica em nível ambulatorial individual, grupal ou até mesmo internações provisórias. Estes profissionais, portanto, constroem com suas dinâmicas de saber/poder a relação fonte de problematização nesta pesquisa.

Este modo de pesquisa tende a evidenciar diferentes linhas de força e de criação (práticas clínicas, operações de saber/poder, formação em saúde), o que gera múltiplas

consequências: novas visibilidades de arranjos para-institucionais<sup>29</sup>, novas concepções diagnósticas e, sobretudo, a proposição de novos dispositivos de intervenção que possam considerar as relações apresentadas e percebidas no campo. Conceitos como acolhimento, linha de cuidado, apoio matricial são exemplos de desdobramentos de práticas de visibilização operadas por pesquisas de semelhante abordagem (Ferigato & Carvalho, 2011). Cartografar no campo da Saúde Coletiva, segundo Franco e Merhy (2012), é escutar os ruídos dos modos de produção de cuidado e fazer aparecer coisas que estão ali o tempo todo, mas não têm visibilidade.

Durante o processo de pesquisa, no entanto, deparamo-nos também com dois fatores bastante evidentes que produziram algumas mudanças de percurso. O primeiro deles foi uma questão organizadora do SUS e dos procedimentos éticos em pesquisa. Para solicitar a autorização, entramos em contato com Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Florianópolis, a qual realiza a gestão de serviços de atenção primária e média complexidade. Com a autorização apenas para estes dois níveis, tivemos acesso aos profissionais que atuam neles, sem realizar entrevistas ou visitas a campo com hospitais. Por mais que durante minha experiência profissional eu tenha experienciado o atendimento em nível de alta complexidade a imigrantes, estas percepções serão colocadas apenas no primeiro movimento cartográfico, quando eu analiso a minha atuação de mediação de políticas de cuidado a partir do trabalho no CRAI/SC.

O segundo, parte de algo que nos invadiu coletivamente desde 2020, segundo ano desta pesquisa. Sei que o cartógrafo que busca mapear os acontecimentos de seu tema de inquietação deve também estar ciente e considerando os atravessamentos do tempo presente que, necessariamente, interferirão no modo de pesquisar e agenciar os processos de aparecimento e reconhecimento de sua cartografia. Assim, como pensar em uma pesquisa cartográfica, que pressupõe a presença do pesquisador em campo, dentro de serviços de saúde considerando a delicadeza do momento em decorrência da pandemia? Por conta disso, algumas entrevistas precisaram ser realizadas de maneira remota, por escolha dos próprios profissionais ou por limitação das instituições.

Ao todo, foram entrevistados 16 profissionais da saúde durante os anos de 2021 e 2022, divididos nas três profissões citadas, incluindo profissionais concursados e residentes do Programa de Residência em Saúde da família. Foram 8 psicólogas, 4 médicos de família e 4 psiquiatras. Para chegar até os profissionais entrevistados, recebi uma lista de contatos por parte da Secretaria Municipal de Saúde, que serviu de “semente

---

<sup>29</sup> Como arranjos para-institucionais entendo práticas discursivas que fortalecem dinâmicas de exclusão pautadas no racismo e na xenofobia e que adentram os serviços de saúde, mesmo sendo contrárias às políticas de cuidado.

inicial” seguindo o método bola de neve de amostragem (Vinuto, 2014). Os profissionais entrevistados atuam nos territórios com maior concentração de imigrantes na cidade de Florianópolis, os distritos sanitários “Norte”, “Centro” e “Sul”. No mapa abaixo, usando informações do relatório divulgado pelo ICOM em 2022, é possível ver a distribuição dos profissionais entrevistados no território da cidade, bem como o contraste com o número de imigrantes por unidade de saúde.

Iniciei as entrevistas com profissionais da Atenção Primária, a considerada “porta de entrada” dos serviços de saúde. Esta escolha se deu por uma orientação cartográfica de tentar, nos fluxos discursivos apresentados, nortear a cartografia pelo itinerário terapêutico proposto pelos profissionais a imigrantes que apresentam queixas relacionadas ao sofrimento psíquico. Ou seja, iniciei a escuta cartográfica nos espaços simbolicamente marcados por queixas e apresentações sintomáticas de sofrimento psíquico consideradas “menos graves”, associando a características do território. A partir desta escuta, busquei traçar um mapa considerando a noção do diagnóstico como uma bússola do encaminhamento.

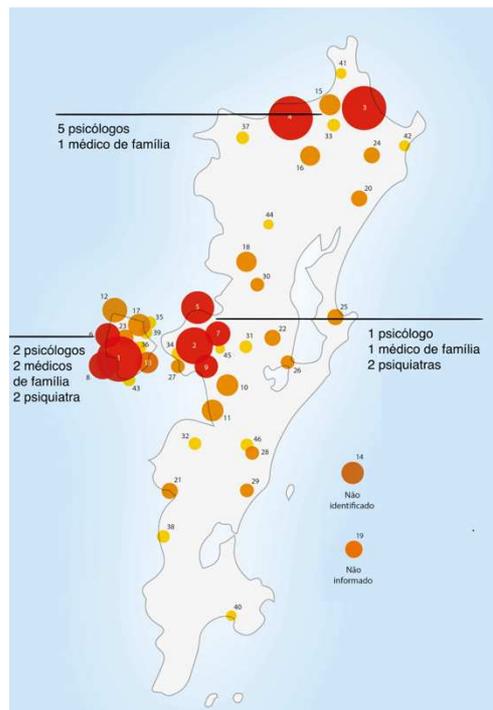


Figura 1 Mapa da cidade de Florianópolis com a concentração de imigrantes por Unidade de Saúde e os profissionais entrevistados

Fonte: Relatório ICOM (2022), adaptado pelo autor

Ou seja, como apresenta Dalmolin (2011) o sofrimento psíquico ganha a cidade e, nela, constrói-se “caminhos da loucura” ou “linhas de passagem” do sofrimento, as quais nem sempre encontram vazão e amparo ao final desta caça ao tesouro em busca de cuidado em saúde mental, ora pela precarização dos serviços, ora pelas barreiras nos

atendimentos. Em especial, estes dois âmbitos foram focos dos registros e análise. Paralelo ao trabalho de campo, também foi efetuado um registro sistemático de diário de campo, o qual também será material de análise. Assim, como cartógrafo percorri as linhas do “encaminhamento” que compõem a trajetória de imigrantes que buscam nos serviços de saúde escuta para seu sofrimento. Longe de tentar compreender a experiências deles em si, este caminho metodológico se mostrou como uma tentativa de analisar os modos de cuidado e escuta oferecidos em níveis diferentes de atenção e sua relação com as produções diagnósticas sobre os modos de viver e sofrer de pessoas imigrantes.

É importante ressaltar que, algumas das pessoas entrevistadas já me conheciam previamente justamente pelo meu trabalho no CRAI/SC. Este fato relembra a impossibilidade de separar a o caráter interventivo de uma pesquisa como esta. Por muitas vezes, ainda que eu abrisse a possibilidade para ao diálogo e dissesse que não havia “resposta certa ou errada”, falas de ressalva surgiam: “*não sei se estou falando certo*”, “*desculpa se eu cometer algum equívoco*”. Por isso, relembro que este contato de pesquisa, por si só, também está estruturado considerando as relações de poder que agem implicitamente nos encontros. Neste caso, eu poderia estar sendo visto como um “especialista” da área que, discretamente, “avaliaria” o trabalho dos profissionais neste campo. Para sanar ou amenizar este tensionamento – sem a pretensão de ter o poder de impedir que isso ocorresse -, lembrei em toda entrevista o meu desejo de aprender *com* eles, mais do que ensinar ou trazer respostas sobre determinada conduta clínica. Confirmei ao final de toda entrevista que os discursos ali apresentados seriam orquestrados para apresentar uma discussão em coautoria, a qual sustentou a análise e as discussões apresentadas nesta tese.

As entrevistas em profundidade tiveram um roteiro semiestruturado (Apêndice B), o qual contou com questões que abarcassem os objetivos específicos desta pesquisa. Em média, as entrevistas tiveram duração de 50 minutos, sendo nove delas realizadas de modo presencial e sete remotamente por meio do aplicativo *Google Meet*. Por se tratar de uma pesquisa cartográfica, a análise das informações começou mesmo enquanto a atividade de campo estava acontecendo, considerando o aspecto processual fundamental a este método. Este ponto, aliás, relembra a condição rizomática da metodologia cartográfica, a qual aceita também como linhas de análise estruturas fronteiriças para a descrição dos resultados. Os marcadores conceituais-processuais da escuta dos profissionais no trabalho em serviços de saúde elencados foram estes:

- a) o ato diagnóstico no atendimento em saúde a imigrantes e seus atravessamentos culturais;

- b) o cuidado na rede de atenção psicossocial e seus agenciamentos territoriais como estratégias de exclusão;
- c) os níveis de atenção e cuidado e a relação com o diagnóstico;
- d) a relação do diagnóstico com o território;
- e) a relação entre diagnósticos e culturas;
- f) a formação profissional e seus demarcadores de saber/poder
- a) presença ou não de competência cultural nos atendimentos;
- b) estabelecimento de vínculo como potência de cuidado;
- c) práticas de mediação cultural;

Para confirmar o compromisso ético desta investigação, afirmo que esta pesquisa está vinculada ao projeto guarda-chuva do NEMPsiC que conglomerava diferentes pesquisas sobre migração e cultura “*Dimensões psicossociais do acolhimento de imigrantes e refugiados em Santa Catarina*”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, o número de aprovação é 35720920.9.0000.0121. Portanto, as pessoas que optaram por participar da pesquisa foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e as informações apresentadas aqui só foram utilizadas porque as pessoas estiveram de acordo com os termos apresentados.

Como estatuto metodológico, portanto, entreguei-me ao campo para buscar nele as possíveis respostas que instigam esta pesquisa. Entendendo os participantes também como autores, uma vez que compartilharão suas experiências, haverá o enlace ético de encaminhar o produto desta cartografia como um retorno pelas contribuições. Além disso, pensa-se em atividades com a rede de atenção citada como campo de pesquisa que trabalhem com o desenvolvimento de competência cultural e qualificação do atendimento à população migrante.



**primeiro  
movimento**

## 6. Primeiro movimento: uma imersão na própria prática

Seguindo o pressuposto ético apresentado por Butler (2015b) sobre a potência da narrativa de si para a desconstrução de normatizações no campo da psicanálise, realizo a partir de agora uma imersão nos diários de campo que produzi ao longo dos últimos anos oferecendo escuta a imigrantes. Também posiciono esta parte da análise como um contra-arquivo do trabalho clínico e da prática de registro de prontuário, levando em consideração a perspectiva de Cvetkovich (2011) de revisitar a reflexão sobre a função do arquivamento proposta por Derrida (2001): um espaço capaz de agenciar esquecimentos. Para Cvetkovich, propor um contra-arquivo significa oportunizar ao conteúdo guardado e fadado ao esquecimento um aparecimento capaz de reconfigurar as estruturas da repressão e resistência. Ao registrar os atendimentos em um prontuário, construímos uma narrativa sobre o que ouvimos do outro com nossos próprios termos e camuflamos os afetos gerados em nós mesmos, os quais também são determinantes para a conduta clínica, mas que sistematicamente somos ensinados a esconder em prol de uma suposta boa conduta.

Revisitando os conceitos psicanalíticos de fantasia e elaboração, Butler alerta que esta narrativa de si deve ser marcada por uma certeza de que a origem do acontecimento não será acessada em sua totalidade, afinal, o relato inevitavelmente recebe uma camada de fantasia que é oriunda do *Nachträglichkeit*<sup>30</sup>, ou seja, do olhar do “eu posterior”. Por isso, trabalho com a condição do movimento da escuta. Por mais que ela seja um ato e um acontecimento relacional datado e direcionado, as reflexões que faço apresentam um movimento constante: seja os deslocamentos que ela precisou realizar para se qualificar em ato ou, como é o caso aqui, seu relato. Autorizo-me a derivar sobre um oceano repleto de acontecimentos que colocaram em questão, com muita frequência, meu conhecimento prévio e minha prática, lançando-me ao desconhecido.

Sobretudo, faço esta jornada por considerar que as dinâmicas coloniais e os mecanismos psíquicos do poder são constantemente perpetuados como armadilhas discursivas e, por isso, tão facilmente camufladas em nossas práticas triviais por muito tempo vistas como únicas e certas (Núñez, 2021). Mesmo atento à importância da

---

<sup>30</sup> O termo "Nachträglichkeit", de origem alemã, é comumente traduzido para o português como "posterioridade" ou "retroatividade". No contexto da teoria psicanalítica de Freud, o conceito de Nachträglichkeit refere-se à capacidade das experiências passadas serem reinterpretadas à luz de eventos posteriores ou novas informações. Essa noção destaca a natureza dinâmica e em constante evolução da memória e do significado atribuído às experiências passadas (Maia & Andrade, 2010)

relativização cultural e da quebra com o etnocentrismo como um norteador técnico desde o começo de minha prática, por vezes me peguei repetindo pensamentos e até mesmo ações que condizem com a normatização e a patologização sobre a qual tanto venho teorizando nos últimos anos. Esta escrita vem como uma tentativa de elaboração da premissa que a escuta clínica é um ato continuamente em formação e, por isso, um processo. Desta forma, este movimento cartográfico surge como uma necessidade clínica e política de efetivação da escolha pela *implicação da escuta*, nomeando acontecimentos e elaborando um vocabulário para que o estranhamento produza linhas de fuga<sup>31</sup> (Rosa, 2002; Rolnik, 2019).

Assim, os marcadores analíticos que escolhi para poder representar estes movimentos não terão, em sua descrição, um compromisso cronológico. Eles responderão à cadeia de associação de significantes que foi sendo estruturada a partir da rememoração dos fatos durante a leitura cuidadosa dos diários de campo, seguindo o princípio básico da psicanálise. Em outros termos, esta é uma tentativa de elaboração de certo recrutamento sentido na cena clínica, como aponta Bollas (1987), o qual nos oferece uma posição de ser usado como determinado “objeto” que pertence a uma cena anterior da vida de quem nos confia sua própria história, mas que se reedita no agora a partir da relação transferencial. Contudo, não saímos ilesos a este uso. Se olharmos criticamente para nossa prática buscando não perpetuar normatizações – seja na nossa posição ou nas condições de reconhecimento que oferecemos ao outro-, podemos experimentar sentimentos de desorientação, perplexidade, medo e angústia.

A transferência nos faz experimentar a posição de um “ser de mil faces”. Suportar este lugar demanda um esforço e, sobretudo, um questionamento constante da nossa própria identidade e do que fazemos com ela no ato da escuta. É importante considerar, com isso, que a identidade que forjamos e nossa própria história também aparecem na clínica, uma vez que, se partimos do princípio de uma diferença recíproca, também possuímos um enquadre cultural próprio (Machado, 2023; Kilomba, 2019). Não somos sujeitos vazios à espera de um discurso que nos preencha e confirme nosso “suposto saber”.

No atendimento a imigrantes, onde eventualmente não compartilhamos de um mesmo contorno simbólico sobre a função da psicologia/psicanálise, podemos ser

---

<sup>31</sup> A linha de fuga é um conceito relacionado à noção de devir, presente na filosofia de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Segundo Rolnik (2019), a linha de fuga é uma maneira de resistir e subverter as formas instituídas de existência, abrindo espaços para a emergência de subjetividades e práticas que escapam das amarras da sociedade disciplinar. É uma busca por experimentação, afirmação da singularidade e criação de novas formas de vida.

colocados em diferentes lugares, inclusive na própria posição excludente do Estado-Nação e das práticas discursivas de normatização. Precisamos nos movimentar para poder ecoar em uma linguagem comum a um cuidado compreensível e distante das posições hierárquicas de poder.

Como disse anteriormente, Georges Devereux, ao se deparar com a diferença cultural como um acontecimento dentro do *setting* clínico, indicou a angústia provocada como um método por si. Seguindo a proposta cartográfica apresentada por Santos (2022), mergulho nos meus próprios afetos que surgiram ao longo da construção da minha escuta, a fim de apresentar um processo, não um ponto final. Por isso, adoto uma escrita em primeira pessoa justamente por considerar a potência de se “erguer a voz” diante das violências e práticas de exclusão (hooks, 2019). Aqui, leitora, ergo a voz contra as táticas perversas de dominação e controle que sorrateiramente adentram nossas práticas. Entendo este ato como a reivindicação de uma escuta porosa às necessidades apresentadas pelo encontro com a diferença.

### *6.1 A escuta como um acontecimento político em constante construção*

Considerar a clínica como um espaço solitário é atribuir a ela um caráter fechado em si mesma, como se a única porta possível de ser aberta fosse aquela pela qual o “paciente” entra e sai. Será que a solidão da clínica que tanto ouvimos não fala mais sobre o que fazemos dela do que sobre ela em si? Ao trabalhar com imigrantes em situações sociais críticas, por exemplo, muito rapidamente, percebi que não conseguiria fazer absolutamente nada sozinho. Percebi que somos convocados a realizar aberturas necessárias para o desconhecido, uma vez que os espaços que ocupamos fogem ao “tradicional” da clínica. A escuta ocorre na rua, em uma sala sem condições de manutenção de sigilo, em um abrigo, como um ato político de reivindicação de direito, entre outros. A escuta *acontece*. Para Foucault (2017), um acontecimento não pode ser lido como um evento isolado, ele está ligado às redes de poder e discursos, revelando fissuras nas estruturas de poder e criando oportunidade de resistência, subversão e mudança. Por isso, defendo a proposta da escuta como um acontecimento.

Trabalhar neste contexto significa entender a escuta como algo no sentido da construção constante de um novo vocabulário, pois as práticas coloniais criam emboscadas discursivas, como nos alerta Núñez (2022). Ao nos ancorarmos exclusivamente em terrenos conhecidos da psicanálise ou da psicologia, corremos o risco de nos guiarmos com um mapa desatualizado em uma paisagem desconhecida, fugindo à ideia do *acontecimento* e caindo na perspectiva da repetição. Com isso, fechamo-nos

para possibilidades de colaboração e complementaridade necessária com outras áreas do conhecimento.

Como alerta Devereux (1972), além das alianças teóricas necessárias com etnologia, antropologia e demais áreas correlatas nos estudos culturais, é importante, sobretudo, se interessar e se autorizar a uma permanente “reinvenção de si” e, inevitavelmente, aquilo que nos constitui como profissional da escuta, convocando uma dimensão da alteridade (Martins-Borges, 2013).

Lembro-me que a primeira questão que me intrigou quando fui chamado para o trabalho como psicólogo no CRAI/SC foi justamente a possibilidade do encontro entre culturas no espaço clínico. Anteriormente, quando eu havia me deparado com pessoas oriundas de outros países e culturas em minha prática profissional, quase que instantaneamente chamava algum colega do NEMPsiC. Afinal, como especialistas, resolveriam aquilo que me angustiava sem que eu necessariamente precisasse alterar o que já estava habituado a fazer. Mais do que mediadores, eu os confiava a posição de alguém que viria resolver o “problema” que surgia no encontro entre culturas. Contudo, de repente, ao trabalhar no CRAI/SC, eu era o “especialista”.

Com uma prática prévia quase que restrita à escuta de brasileiros, estava habituado a pensar o sofrimento psíquico como algo constituído relacionalmente considerando os acontecimentos sociais e políticos que também me atravessavam. Sempre tive o ponto comum de “interpelação”, como indica Butler (2015): compartilhava dos significados que construía as normas sociais. Ainda que no começo de carreira, eu acreditava (e esperava) que estava conseguindo transitar pelos significantes que me eram entregues na cena clínica e operar o dispositivo analítico/terapêutico<sup>32</sup>. De certa forma, a proximidade cultural me oferecia um cenário de conforto linguístico. Logo no primeiro dia de trabalho no CRAI/SC, escrevi no meu diário de campo:

Hoje foi meu primeiro dia trabalhando como psicólogo no CRAI/SC. Sinto que fui bem recebido pela equipe que já trabalhava ali há um mês. [...] Temos um padre na equipe, o que é, no mínimo, interessante. Ele me pareceu alguém cuidadoso e interessado, hoje mesmo já disse: *que bom que a psicólogo chegou, tem coisas que não consigo ajudar só com “o espiritual”*. Interessante isso... Ele

---

<sup>32</sup> Enquanto escrevo esta tese, percebo algo importante. Toda vez que escrevo palavras que me posicionam como analista ou psicanalista, sou convocado imediatamente a complementar com algo que remeta à psicologia. Isto pode surgir por diferentes motivos. O primeiro, acredito que seja a ideia de que nem todas as pessoas que lerão este texto em busca de suporte para o trabalho com imigrantes trabalham com psicanálise. E não precisam trabalhar. É como uma prática dentro de nossa própria profissão de “relativização” teórica ante à multiplicidade da psicologia. O segundo, algo mais localizado, algo sobre minha própria autorização como psicanalista que ainda segue em curso, em vias de se nomear. Seguindo o princípio cartográfico, acredito que esta relutância anuncie, discursivamente, um processo.

não foi o único a dizer isso hoje “*que bom que a psicologia chegou*”. Quando fui perguntando e tentando entender esta felicidade, fiquei feliz por um motivo e intrigado por outro: de um lado, temos o registro histórico dos trabalhos do NEMPsiC na Pastoral do Imigrante e como as pessoas já conhecem o que faz um psicólogo neste contexto. De outro, aquilo que me intrigou foi este salvacionismo atribuído à psicologia, como se ela necessariamente fosse “além” da compreensão e fizesse algo quase que mágico para mudar o modo como estas pessoas estão se sentindo. [...]. Como se houvesse palavra de consolo que ativasse de imediato a melhoria dos sintomas ou retirasse com a mão o motivo do sofrimento. Sinto que tenho um trabalho bem intenso pela frente aqui, algo que eu ainda não conheço, talvez. Precisaréi de muita ajuda para poder entender o que posso e o que consigo fazer neste espaço como psicólogo. Sinto que precisarei de ajuda porque fico com a impressão de que sequer sei como fazer meu trabalho. Tenho os mesmos receios que encontrei na literatura: e a questão da língua? E o medo de não me fazer entender e conduzir uma intervenção inadequada? Bom, sei que não estou sozinho, tenho as demais profissionais do CRAI/SC e o NEMPsiC para me apoiar. Certamente vou precisar de estagiárias. Será que consigo?

(Diário de campo [CRAI], 04/03/2018)

Não foi incomum, durante estes últimos anos, encontrar-me com este caráter salvacionista sobre a escuta clínica, como se estivéssemos munidos de possibilidades de resolução que pertencessem a certo “além”. Com muita frequência, os profissionais comentavam: *eu consigo ir até aqui, depois disso, preciso da psicologia*. Tentei compreender esta linha que separava o possível do impossível de ser escutado e por quais motivos a psicologia era convocada a ocupar este lugar “mágico”. As respostas variavam, mas contornavam frequentemente determinado receio do patológico e sua ameaça ao funcionamento “normal” (da pessoa e do serviço), da ausência de controle sobre o sentimento ou, até mesmo, o medo sobre o que poderia ser “disparado” a partir da escuta. Fica evidente que a escuta das demandas psicossociais e das urgências subjetivas ganha uma camada do “além” não por uma ausência de cuidado ou interesse, mas por limites e fronteiras necessárias colocadas na escuta, a qual é vista como ação específica do profissional da psicologia. Este último fato, aliás, colocava a escuta e o interesse por oferecê-la como um acontecimento frequente entre os demais profissionais, mas marcado por um viés resolutivo e objetivo que também invadia meu fazer, como ficará evidente em alguns trechos do diário de campo que trarei a seguir.

Martins Borges e Pocreau (2009), em seu trabalho com imigrantes na realidade quebequense, já apontam para esta aproximação entre a escuta psicológica e o conceito de Sagrado, refletindo sobre determinado salvacionismo que recai sobre nossa prática. Ao sermos convocados a tentar explicar o indizível, o impensável e o inimaginável, recebemos uma segunda tarefa de “tradução” para uma linguagem compartilhada com demais profissionais. Estes, por sua vez, ficam imersos no sentimento de perplexidade trazido pelo encontro com o sofrimento do outro e, neste caso, marcado por modos

diversos de expressão. Ocupamos, com isto, uma delicada posição que precisa constantemente ser repensada e elaborada com a equipe, pois, caso contrário, nosso fazer estará associado a algo “além da explicação”.

Assim, não nos faremos compreensíveis para além desta necessidade da escuta do “impossível” e, com muita facilidade, caímos em práticas clínicas que nomeiam o sofrimento em busca desta resposta que, até mesmo para nós, não é evidente logo no começo. Desenha-se um campo tenso entre a necessidade de oferecer uma resposta e a delicadeza dos condicionantes do sofrimento psíquico da população migrante, o que foi se mostrando cada vez mais complexo do que unicamente o “choque entre culturas” ou a diferença linguística, como eu imaginava.

*“hoje não vou poder ficar porque preciso ir atrás de R\$ 200,00 para não ser despejado amanhã”.* Ele veio para me avisar isso. Ele pegou o ônibus, entrou no serviço (no horário de nosso encontro) para avisar isso. Poderia mandar mensagem ou até mesmo ligar, mas ele veio, esperou que eu o chamasse, entramos na sala e ele disse isso. Sinto que aquele sentimento que eu ainda não tenho nome sobre não ter lugar às vezes me domina também. O que mais eu posso fazer? O que escutá-lo aqui semanalmente tem feito para ajudá-lo neste momento? Já encaminhei para outros serviços de apoio em busca de benefícios, mas ele ainda não conseguiu nada. Sente-se isolado. Deprimido. Mais uma vez eu escrevo isso. Mas me pergunto: quem não se sentiria assim?

(Diário de campo [CRAI/SC], 08/10/2018)

Hoje auxiliei no acolhimento de alguns imigrantes indígenas que foram realocados para um abrigo específico para eles. Tenho achado muito interessante este cuidado, afinal de contas as necessidades são outras, de fato. Assim que cheguei, ajudei a organizar o espaço reservado para as crianças e ficou realmente muito bonito. [...] Assim que o grupo chegou, fui acolhendo e conversando um pouco com eles: estavam cansados, eu diria até um pouco entristecidos [...] tentei acolher de alguma forma, utilizando as técnicas de acolhimento psicológico, mas o olhar deles seguia distante. Vi o sorriso no rosto de uma mulher quando ela viu que teriam rede e cozinha coletiva nesse abrigo. O acolhimento é amplo. É escutar também a necessidade de continuar a ser quem se é.

(Diário de Campo [Operação Acolhida], 15/01/2021)

Nos trechos acima, é possível perceber, pelo menos, dois elementos significativos para a compreensão de certos limites da escuta, que convocam esta ideia de “além”. No primeiro, a urgência de questões “concretas” faz com que a pessoa compareça para demarcar sua falta, ou melhor, ele traz a presença e o desejo de ser ouvido para um lugar onde isto tem, de fato, espaço. Aqui, percebo um aspecto importante das clínicas em espaços públicos: por mais que não haja um pagamento oficial para o atendimento mediado pelo dinheiro, há uma troca simbólica importante e um valor estabelecido para este encontro clínico. Há um investimento no espaço *em si* o que, nada mais é, do que na própria pessoa que busca apoio.

Ao ir ao CRAI/SC avisar que não poderia ficar por uma questão urgente de permanência, ele lembra que tem um espaço garantido que não quer perder, vai para confirmar que, sim, tem seu lugar. Simbolicamente, ele negocia a garantia de seu espaço, reivindica por meio do anúncio do desejo: estou aqui e quero ficar. Trabalhando com escuta em cenas como esta, há, definitivamente, situações para além da nossa agência, mas funcionamos como testemunhas de um investimento significativo na continuidade de si. A escuta, em sua função de testemunha, oferece um importante alicerce para a elaboração: o reconhecimento (Antonello & Gondar, 2016). Ao reconhecermos esta cena como um investimento em si, oportunizamos espaço para uma percepção de si que vá para além dos limites impostos pelo laço social.

O segundo trecho, sob outra perspectiva, marca um limite e, ao mesmo tempo, uma potencialidade da qual podemos lançar mão em nossas intervenções que visam garantir estes espaços de reconhecimento. Na cena representada, visualizamos aquilo que Martins-Borges e Pocreau (2009) apresentam sobre a definição de cultura, a qual funciona como um envelope que estabelece mecanismos de defesa, assumindo um papel fundamental na estruturação da identidade. Em linhas gerais, os elementos culturais que foram trazidos para o abrigo conseguiram oferecer um acolhimento muito maior do que qualquer palavra que eu poderia dizer naquele momento, afinal, o suporte e o amparo possível em uma situação de deslocamento forçado pode ser um sentimento mínimo de “estar em casa”, ou os “amortecedores do Real” como sugere Laplantine (2007, p. 89).

Com isso, percebo que este “além” apontado anteriormente também se relaciona com ações que fogem a uma prática de escuta clínica que implica apenas em uma díade “alguém que fala/alguém que escuta”. Em casos assim, parece fazer sentido organizar a escuta como o desenho de um panorama que abrange as compreensões de cultura e elementos que possam garantir a continuidade de si. Afinal, diante de um processo migratório complexo, o sujeito pode se deparar com dispositivos discursivos e normativos que operam como estratégias de “esquecimento de si” (Pussetti, 2009).

Porém, deslocar a clínica deste lugar de díade não nos é habitual, especialmente da díade hierárquica que privilegia nossa posição de saber. É visível em alguns trechos do diário de campo frases que representam certo “desamparo” ante uma técnica que se mostra insuficiente no encontro com a realidade. Aqui, não falo apenas da realidade dos imigrantes que atendi, mas esta colisão entre a realidade psíquica marcada pelo percurso migratório, por vezes traumático, e a que construímos coletivamente micro e macropoliticamente. Neste ponto, a escuta não consegue se organizar *por si*, uma vez que, levando em consideração seu aspecto político, esbarra com questões que fogem do controle do clínico e do próprio sujeito a ser escutado.

Duden e Martins-Borges (2021), em uma pesquisa ampla com profissionais da psicologia em diferentes partes do território brasileiro, alertam para um aspecto significativo do trabalho com a população migrante: os chamados “elementos ocultos”. Para as autoras, a falta de organização para a integração de refugiados, a ausência de intérpretes e a dificuldade de confiança tanto dos migrantes nas instituições quanto dos psicólogos sobre sua própria técnica, representam elementos relevantes que interferem negativamente na escuta psicossocial oferecida a esta população.

Por outro lado, ainda pensando com Duden e Martins-Borges (2021), um dos elementos que se mostrou como importante “suporte” para o desamparo sentido pelos profissionais neste campo foi, justamente, a criação e estruturação de “redes de cuidado”, algo que também percebi na minha prática em diferentes espaços.

É muito bom ter espaço de supervisão. Queria que isso fosse frequente em toda atuação profissional. Cheguei um tanto angustiada precisando falar sobre um caso e consegui mudar totalmente minha perspectiva clínica quando a supervisora me perguntou: o que você sabe sobre a história do país dela? Minha resposta foi “muito pouco ou quase nada”, aqui algo importante, me parece: esta disponibilidade de querer conhecer não só o sujeito, mas também o entorno que o “fez sujeito”.

(Diário de Campo [Clínica Intercultural], 17/04/2019)

Uma coisa muito significativa daqui tem sido não me sentir sozinho. Às vezes o trabalho da psicologia tem disso, a gente se sente desamparado em busca de respostas. Mas aqui tem sido diferente. São muitas pessoas passando por uma situação parecida: longe de casa, trabalhando em uma situação semelhante... a gente se apoia. Isso é muito legal. Gosto muito. Vejo nos olhares cruzados um quê de preocupação: *você está bem? Te achei quieto na reunião. Estamos aqui, viu?* Esta angústia que a escuta tem me oferecido, talvez encontre resposta no coletivo, não só em mim. Afinal, quem sou para responder toda esta questão sozinho? Tem uma coisa que só nasce com a angústia e acho que cada vez mais estou entendendo que trabalhar neste contexto com escuta é, sobretudo, coletivizá-la e fazê-la um processo compartilhado. Tenho pensado muito sobre a importância da coterapia, por exemplo, o dispositivo que usamos na Clínica Intercultural. Faz muito sentido não se sentir sozinho.

(Diário de Campo [Operação Acolhida] 20/01/2021)

A supervisão em questão é efetivada de modo coletivo, com um grupo de terapeutas e supervisores que, mutuamente, compartilham seus casos clínicos que estão em acompanhamento pela Clínica Intercultural. Por meio deste espaço, os terapeutas têm a oportunidade de apresentar suas experiências clínicas, discutir desafios e dilemas éticos, além de receber orientações teóricas embasadas. A perspectiva de Bion (1962) destaca que a supervisão favorece o desenvolvimento da capacidade de pensar psicanaliticamente, permitindo que os terapeutas ampliem sua compreensão das

dinâmicas inconscientes presentes nos processos terapêuticos, o que no nosso caso significa adentrar aspectos culturais, seus rebatimentos nas dinâmicas clínicas, políticas e sociais.

Além disso, o dispositivo clínico utilizado<sup>33</sup>, a coterapia, aposta na coletivização da escuta como uma ferramenta clínica (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015; Pocreau & Martins-Borges, 2013). Este fato tem se demonstrado importante para a promoção de espaços de reconhecimento em duas vias na complexa trama que compõe a escuta: dos migrantes atendidos e dos próprios terapeutas. Primeiro, os migrantes encontram na cena clínica o acolhimento de mais de um terapeuta o que, transferencialmente, pode fornecer espaço fortuito para sentimentos de acolhimento, cuidado e disponibilidade para a escuta.

É relevante citar isto, pois ao considerarmos os demarcadores macropolíticos prévios desta relação, como dificuldades de acolhimento no país ou vivências de preconceito, o encontro terapêutico pode ser atravessado pelo efeito das relações desiguais de poder. Em situações assim, como nos aponta Rosa (2002), a transferência acaba sendo alvo de afetos que são direcionados, na verdade, para questões burocráticas ou até mesmo políticas, o que exige ainda mais de nossa prática clínica um caráter de implicação no cuidado.

Para os terapeutas, coletivizar o cuidado oferece a possibilidade de não vivenciar a função de testemunho de modo solitário. Ao ouvir discursos trágicos e marcados pelo trauma, corremos o risco de sermos invadidos pelo *furor sanandi*<sup>34</sup> diante de situações que fogem completamente de nossa agência (Freud, 2010h), colocando-nos em uma posição de angústia extrema e de difícil resolução. Por isso, ao oferecer escuta a imigrantes parece ser de fundamental importância entendê-la como uma prática coletiva, o que não significa compartilhar as histórias ouvidas à revelia, numa tentativa de naturalizá-las. Ao contrário, é justamente reservar a estas histórias a possibilidade de

---

<sup>33</sup> Cabe ressaltar que este dispositivo é inspirado no serviço desenvolvido por Martins-Borges e Pocreau (2009): o Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés (Sapsir©, Université Laval, Québec, Canadá), o qual, atualmente, integra a rede pública de saúde de Québec, Canadá. A intervenção proposta é formada por um grupo de terapeutas, dispostos em uma organização que parte de um terapeuta principal e demais coterapeutas. Na Clínica Intercultural, este modelo é adaptado considerando as possibilidades institucionais e do grupo. Com mais frequência, oferecemos atendimentos com uma dupla ou, no máximo, um trio de terapeutas.

<sup>34</sup> O termo "furor sanandi" é frequentemente associado ao impulso ou desejo de cura que surge dentro de um indivíduo durante um processo terapêutico. Refere-se à energia ou motivação interna que impulsiona a busca pela saúde e pelo bem-estar psicológico. Aqui, não gostaria de colocar este desejo de cura como algo necessariamente ruim, aponto para a reflexão de Freud acerca da angústia promovida pela urgência de se solucionar o sintoma.

existirem dentro da cena clínica como o começo de um cuidado, propondo a possibilidade de figurarem como histórias passíveis de serem contadas e, sobretudo, escutadas. Assim, configura-se uma cadeia de cuidado continuado nas redes estabelecidas para além das paredes do consultório ou de qualquer espaço onde escuta estiver sendo oferecida.

Desta forma, evita-se o desamparo ao contar com o suporte de outras instâncias do cuidado para além da “clínica tradicional” em si. A escuta acaba sendo um acontecimento que não se encerra, ela objetiva a continuidade ainda que não seja em um mesmo espaço ou relação. No trabalho com imigrantes, é essencial a vinculação destes sujeitos com políticas públicas para que, de alguma forma, o Estado acolhedor, de fato, acolha. Esta não é só uma resposta prática diante da necessidade, mas também um efeito simbólico importante. Afinal, é o Estado cuidando e cumprindo sua função proposta de amparo e acolhimento para aqueles que o escolheram ou foram obrigados a se deslocar (Prado & Araújo, 2019). Ou seja, a escuta oferecida deve contar também com um compromisso com sua continuidade, dando a possibilidade para que a figura do terapeuta seja reposicionada constantemente e, a depender do caso, adotando uma posição um pouco mais ativa do que o habitual, algo típico do trabalho com pessoas em situação de crise (Botega, 2015).

Este, talvez, tenha sido um dos aspectos mais significativos da reflexão que tenho elaborado sobre a construção da escuta clínica. É comum que façamos uso do discurso e da experiência das pessoas que atendemos para nos confirmarmos em um local de “suposto saber”, afinal, só existimos assim a partir do olhar que nos é lançado na clínica, algo que narcisicamente nos nutre e, em certa medida, perpetua o discurso de resolução mágica que abordei anteriormente. A resolução, por muitas vezes, surge como a confirmação da inserção do sofrimento psíquico de imigrantes dentro de enquadres patológicos e biopolíticos que oferecem o reconhecimento da diferença apenas pela via da doença (Pussetti, 2009). No caso da psicologia, em tese, nesta função falaciosamente neutra e detentora de respostas, a partir de um posicionamento “distante”, discursivamente produzimos espaço para a fantasia dar aberturas para elaborações que quebrem com as repetições sintomáticas. Porém, como lidar com esta posição no trabalho com pessoas que, tão frequentemente vivenciam o trauma e que esperam – para não dizer precisam -, de uma posição ativa de acolhimento?

Ferenczi (1992) atenta para o cuidado que devemos ter ao oferecer escuta para pessoas que passaram por um evento traumático. Para ele, a escuta em contextos como este se organiza como um espaço que possa garantir a circulação do “incomunicável” a partir de certa elasticidade na técnica clínica, evitando a distância intelectualizada do

analista clássico e se posicionando como um sujeito que se afeta com o que está sendo dito. Gondar e Antonello (2016) acrescentam que, neste sentido, é preciso também que o analista seja capaz de estabelecer comunicação com o incomunicável, entregando-se às narrativas fragmentadas e, até mesmo, à não-comunicação, o que me leva ao seguinte trecho do diário de campo:

Sei que o silêncio é uma ferramenta clínica, afinal, precisamos dar espaço para as simbolizações do sujeito, mas termino todo acolhimento que realizo achando que falei pouco. Que fiz pouco. Que não entendi. É um sentimento que fica comigo de algo que não foi dito, não foi feito. O que será que eu consigo fazer me oferecendo para escutar estas pessoas?

(Diário de campo [Operação Acolhida], 15/02/2021)

Mesmo depois de estar trabalhando há mais de três anos com a população migrante e já imerso nos debates teóricos a este respeito no campo da psicanálise, ainda apresento neste relato um desconforto com o silêncio. O incômodo não parece estar necessariamente com aquilo que não está sendo dito por parte dos migrantes, mas sim, com aquilo que eu acho que falta na minha escuta, que, curiosamente, é a fala. Como se, mesmo advertido, eu ainda caísse nesta posição de resolução para os dilemas que são trazidos para a relação transferencial.

A situação apresentada no contexto de escrita deste trecho era extremamente delicada: fechamento de fronteira por conta da pandemia de COVID-19 e um número cada vez mais expressivo de imigrantes indocumentados em situação de rua ou em condições de abrigo extremamente precárias. Os atendimentos que eu realizava, em sua maioria, eram marcados por um “não ter o que fazer” diante da precarização da situação de acolhida. No silêncio, habitava uma questão maior do que a relação ali estabelecida. Ainda que como psicólogo e aberto para ouvir as “urgências subjetivas”, eu carregava também a ausência de respostas por parte do Estado brasileiro perante esta situação tão delicada.

Estar em frente a um dilema cuja natureza opera em instâncias estruturais nos posiciona em uma perspectiva clínico-política (Rosa, 2009). Nestes termos, o deslocamento necessário na própria escuta vai ao encontro de se problematizar o trabalho da psicologia em cenas humanitárias. Araújo (2022), após fazer uma trajetória plural e complexa escutando profissionais em cenas humanitárias, convida-nos a uma autorização da vivência da desterritorialização em nossos alicerces. Estes, por sua vez, historicamente, basearam-se em táticas normalizantes e universalistas para a construção de um saber “reproduzível” e “eficaz” na intervenção sobre o sofrimento psíquico, nomeadamente, a psicopatologia. Nosso alvo de trabalho é a psicopatologia ou o sujeito? Por qual motivo o silêncio anunciado anteriormente causa um ruído tão intenso a ponto

de se transformar em um grito desesperado por resposta sobre minha aparente inabilidade?

Ticktin (2015) apresenta três problemas centrais no humanitarismo: a inocência, a compaixão e a emergência. A primeira, coloca sobre as pessoas “ajudadas” uma posição de passividade, inocentes à própria realidade à espera de uma solução que só virá de alguém em uma posição hierarquicamente superior nas relações de poder. A segunda, classifica-se como a força motriz do humanitarismo e se mune de sentimentos, atos de caridade e benevolência, estabelecendo importante fronteira entre aqueles que ajudam e os ajudados, cada qual com sua posição: reconhecidos socialmente pela bondade e carentes por cuidado, respectivamente. Esta, aliás, muito significativa no trabalho com imigrantes, pois ela reedita a posição simbólica da fronteira do Estado-nação na confirmação de que “nós” (do lado de cá) podemos ajudá-los (do lado de lá). Por último, a emergência, a qual muitas vezes vi em meu diário de campo, como se a crise trouxesse uma necessidade imediata de resposta “salvadora”, criando uma realidade pacífica para além dela, algo que não nos auxilia em uma leitura crítica sobre as condições de possibilidade da crise em si.

Por este caminho, evitando os tropeços em uma clínica que se mostra mais fortalecedora da posição de poder do que na promoção de cuidado em contextos como este, acredito que fui me guiando pelos princípios clínico-políticos, construindo uma escuta *com* imigrantes. Ao refletir acerca disso, retomo o que Gondar e Antonello (2016) apresentam sobre a escuta que permite, na cena clínica, o aparecimento dos “vagalumes” frente ao efeito ofuscante das memórias do traumático. Numa iluminação “possível” e gradual, oferecemos a visualização no tempo do sujeito, não na nossa necessidade de desvendar o enigma. Como testemunhas, ao respeitar a temporalidade própria de quem relata e tolerar a fragmentação discursiva como um efeito das rupturas inerentes ao trauma, produzimos campo para aberturas na técnica que nos posicionam em lugares outros na clínica, os quais abrem fissuras para a visualização de novas saídas para a repetição traumática. Com migrantes, encontramos possibilidades de simbolização do nosso próprio papel que fogem às nossas nomeações e normatizações.

É muito comum que me chamem de amigo aqui. Será que estou extrapolando um limite do vínculo terapêutico que sempre aprendi como ideal? Estes dias, uma pessoa que atendo com frequência chegou na recepção e falou: “vim falar com meu amigo”. Hoje, ouvi o técnico administrativo dizer: “veio falar com seu amigo?”. Por que isso me incomoda?

(Diário de Campo [CRAI/SC], 03/09/2018)

Foi a primeira vez que fiz um acolhimento de um imigrante aqui. Ainda me sinto meio estranho, é como se eu não estivesse no lugar certo. Não sei se é a migração

ou o fato de ser psicólogo neste cenário, algo que tenho pensado desde que comecei a trabalhar no CRAI/SC. O que mais me chamou atenção no primeiro acolhimento foi que não usamos nem a minha língua materna e nem a dele. Encontramos um lugar comum para que nossa comunicação fosse possível. Muitas vezes precisamos (eu e ele) recorrer a um aplicativo de tradução para lembrar de certa palavra. A primeira que ele precisou procurar foi “encurralado” e eu “desconforto”. Fiquei pensando nas duas palavras por um tempo. As outras foram sobre a vida no abrigo, coisas mais práticas, eu acho. Ele falou sobre uma voz que fica o tempo inteiro dizendo que ele está errado. Falou também sobre não se sentir completamente compreendido por ninguém. Ao final, ele me agradeceu pela escuta e disse que “*it is good to find a friend like you*”. O que isso quer dizer? Por que esta posição de amigo vai e vem? Ele está no abrigo esperando sua documentação há mais de 2 anos. O que será essa voz?

(Diário de Campo [Centro de Acolhimentos na Bélgica], 10/10/2022)

Nos dois trechos, vemos a presença do significante “amigo” para explicar minha função como psicólogo. Além disso, fica evidente meu desconforto com ela, afinal, sempre me pareceu uma zona de perigo dentro da relação terapêutica, um lugar de onde eu precisava fugir em prol da manutenção do cuidado. Todavia, diante de limites estabelecidos relacionalmente a partir dos condicionantes de cada atendimento, será que estes pressupostos cristalizados não podem (e precisam) ser revistos? Especialmente em se tratando de uma escuta que propõe a relativização cultural, será que um passo não é, justamente, aceitar que nossa função pode receber outras nomeações para se fazer possível em culturas que não compartilham das mesmas práticas de cuidado em saúde mental sem que isso nos faça menos “científicos” ou “eficazes”? Ou melhor, será que este não é o retorno implícito de uma prática de nomeação do sofrimento que tentamos, reiteradamente, reproduzir em qualquer contexto?

Em “O mal-estar na civilização” Freud (2011) apresenta uma reflexão importante que nos ajuda a pensar sobre isso. Em seu célebre texto, Freud adverte que a técnica psicanalítica não pode ser replicada à risca em todas as culturas justamente por considerar que o arcabouço cultural constrói as possibilidades de simbolização do sujeito sobre a vida e acerca do sofrimento e seus meios de “cura”. Ao atuar como psicólogos, por exemplo, em situações em que o encontro entre culturas se faz concreto na relação, é importante que nos autorizemos também habitar papéis de direcionamento de desejo que fogem às nossas explicações lógicas em prol do cuidado possível. Afinal, nas palavras de Freud, é possível ajudar pessoas com as quais não se tem qualquer laço em relação a raça, educação, posição social ou visão de mundo desde que as peculiaridades do sujeito sejam respeitadas. E por mais que eu conseguisse perceber, teoricamente, como fazer isso, segui por muito tempo com o questionamento: mas como *fazer*, de fato, este deslocamento?

Especialmente sobre o segundo trecho, confesso que fiquei pensando por algumas semanas sobre os lapsos que cometemos. Para mim, era quase que óbvia a interpretação: esquecer da palavra *desconforto* parecia uma tentativa de evitar dar nome em nossa “língua comum” para o sentimento que eu estava tendo diante da minha insegurança em relação à língua, ao meu próprio deslocamento cultural e geográfico e à exposição à conteúdos de guerra e perseguição. Um desconforto frente ao terror que, se deflagrado, poderia evidenciar certa insegurança ou até mesmo medo do que estava sendo dito. Segui escutando e suportando o discurso, auxiliando na concretização dele como uma história passível de ser contada, não apenas temida. Será que é possível evitar este desconforto? Enquanto ele, *encurralado* pela própria história em repetições sintomáticas do traumático, encontrava-se com a dura tarefa de transformar o indizível em palavras. Gondar e Antonello (2016), ao revisitar Ferenczi e Winnicott, nos falam que, em situações assim, não se trata de interpretar o anunciado, como nos é habitual, mas especialmente suportar a narrativa, produzindo caminhos e enunciação por meio do testemunho. Assim, um dos deslocamentos possíveis da escuta acabou sendo permanecer mesmo quando o ímpeto maior é fugir para se proteger da violência encarnada no discurso.

Para Jeanne-Marie Gagnebin (2001), testemunha é aquele que apenas vê ou está presente em determinado acontecimento, é aquele que não vai embora, que consegue escutar o insuportável do outro e se propõe a um revezamento diante a história do outro. Este revezamento, para a autora, não pode ocorrer em lugares tão demarcados e fixos. Por isso, esta flexibilidade em nossa posição dentro da relação terapêutica nos produz possibilidades clínicas importantes no trabalho com imigrantes. Por exemplo, uma vez que ocupei este lugar de “especialista” no atendimento a imigrantes, algo que outrora muito facilmente direcionava aos colegas do NEMPsiC, passei a ser convocado em diferentes espaços para articular o cuidado e, frequentemente, transitei dentro por outros serviços para oferecer escuta pontual ou auxiliar os profissionais a pensar sobre o caso, munindo-os de novas ferramentas.

Entendo esta posição como algo fundamental para uma mudança prática nos processos de acolhida, especialmente porque tiramos a centralidade da atenção especializada em um serviço de referência, fazendo uma transmissão em ato de um cuidado culturalmente sensível ao longo da rede. Com o passar do tempo, especialmente no CRAI/SC, passei a perceber certa repetição de algumas demandas associadas a crises lidas como psicóticas que eram experienciadas, em sua maioria, por mulheres imigrantes negras. Aos homens, recaía o discurso da violência “iminente”. Por mais que isso pudesse evidenciar uma ferida importante causada pelos processos traumáticos e uma

dificuldade fulminante de expressar experiências que ainda não possuíam nome, não pude deixar de me estranhar com o tratamento oferecido e, acima de tudo, com a reação dos profissionais perante seus próprios limites. Percebia algo além de um desconforto, quase que como uma paralização ao perceber a chegada de um nó resolutivo, como se a questão estivesse sendo apresentada em termos completamente ininteligíveis.

Pussetti (2009) apresenta uma crítica relevante sobre este movimento, especialmente no cuidado em saúde mental. Para ela, em sua pesquisa na realidade europeia, o atendimento em saúde mental a imigrantes de culturas não ocidentalizadas encontra uma barreira técnica da psiquiatria e da psicologia, as quais não se mostram abertas para explicações outras além da epidemiológica e descritiva dos sintomas clássicos de uma psicopatologia forjada em um berço branco e colonizador. Assim, algumas técnicas ou abordagens que visam a saúde mental correm o risco de cair em posições quase que pedagógicas, moralizando o comportamento em sociedade ao balizá-los em normativas que não são compartilhadas universalmente. Quase que ensinando o imigrante a ser como ele “precisa ser” para ser aceito (Stangers, 2003). Em outras palavras e usando a máxima foucaultiana, docilizados. Com isso, Pussetti confirma aquilo que Fanon (1968) já apontava em sua prática clínica sobre os mecanismos psíquicos perversos da colonização: eles utilizam de subterfúgios morais e biopolíticos para sancionar a exclusão, naturalizando-a.

As queixas repetidas sobre imigrantes que chegavam à expressão da “desrazão” raramente eram lidas como um corpo em colapso subjetivo, como um grito (Didi-Huberman, 2015). Antes de qualquer tentativa de escuta para além do “lógico”, os sintomas eram racionalizados para ganhar sentido em uma sintomatologia própria da cultura por nós compartilhada. Um movimento esperado, claro, mas limitado quando se pensa em um horizonte que mira para o cuidado culturalmente sensível. Como efeito, temos a interrupção da linha de cuidado, atitudes iatrogênicas, falta de confiança nos espaços de saúde e, até mesmo, em um efeito sistêmico em outros serviços que oferecem atenção à população como ONGs e serviços públicos (Pussetti, 2009).

Percebi que, para aprimorar a escuta, era necessário fazer um caminho também inverso, direcionando o olhar com estranheza para aquilo que também me era habitual, que constituía os enquadres de sofrimento que margeavam o meu olhar e de meus colegas da rede, como sugere e Pussetti (2009) ao revisar os trabalhos de Nathan (1986) e Stengers (2003). Com isso, expressões como “dificuldade de expressar os sentimentos” ou “ausência de *insight*” e “embotamento”, típicos da descrição clínica e tão frequentes em nossos registros, perdem um sentido imediato e precisam ser co-construídos a partir do encontro clínico. Ou seja, para oferecer escuta a imigrantes, como psicólogo

trabalhando neste contexto, precisei afinar minha escuta também para questões que estruturam o cuidado na realidade onde estava atuando, para desenhar a paisagem das dinâmicas de poder que operam micropoliticamente.

Hoje fui a um hospital psiquiátrico acompanhar a internação de uma mulher. [...] Cheguei no quarto e a mulher estava amarrada. Isso é extremamente assustador para mim. Ela estava muito diferente da mulher que conheci no CRAI/SC. Seus cabelos estavam curtos e os olhos distantes. Ela me avisou: *J'ai oublié le portugais*<sup>35</sup> (ou algo assim). E eu, diante da minha limitação linguística, me vi sem ação. Eu consigo me comunicar em algumas palavras em francês, mas não me parece que seja uma questão da língua. Este esquecimento do português parece como uma defesa. [...] O que será que ela está pensando disso tudo? Pedi para que ela falasse livremente em francês. Ainda que eu não entendesse absolutamente tudo, fiquei escutando por quase uma hora, as palavras mais ditas foram: <sup>36</sup>*seule, enfant, maison, peur, danger, préjugé*.

O que me deixou mais chocada é que quando cheguei lá a enfermeira perguntou: “você é o rapaz da documentação?”. Por que é tão difícil pensar que há lugar para escuta do sofrimento? Achei muito forte que o que mais preocupava as pessoas da equipe era o fato de que ela estava com o passaporte vencido. Tudo bem, realmente é algo preocupante e, como equipe, estávamos lidando com isso. Mas será que aqui estávamos atuando, mais uma vez, nesta lógica de garantir meios para que as pessoas possam voltar? Como estabeleci um vínculo com ela ao demonstrar que entendia algo do que ela falava, ela pediu para que eu estivesse presente quando fossem coletar as digitais dela. Permaneci por mais tempo do que eu havia planejado para poder fazer isso. Fiquei pensando sobre o quanto isto também foi uma intervenção sem que eu estivesse planejando. Garantir que ela pudesse ser entendida enquanto comprovava ser ela mesma. Falou muitas vezes: *mes enfants. Mes enfants*. Por mais que eu saiba da importância da minha função ali, sinto que às vezes faço uma escuta fragmentada. O que será desta mulher? Será que vou encontrá-la de novo?

(Diário de Campo [CRAI/SC], 23/11/2018)

No trecho acima, relato uma das minhas idas ao hospital psiquiátrico. Posso dizer que estes momentos e minha incursão prévia neste espaço desenharam significativamente meu desejo por esta pesquisa nesta temática. Questiono: o que fazia com que esta mulher estivesse especificamente ali e não em um CAPS ou até mesmo em outro equipamento da RAPS? Como disse anteriormente, não me cabe aqui destrinchar os meandros clínicos específicos deste caso, mas gostaria de destacar dois pontos importantes nesta ação que fui entender, a posteriori, como intervenção. O primeiro diz

---

<sup>35</sup> "Eu esqueci o português".

<sup>36</sup> A tradução literal das palavras: Sozinha, criança, casa, medo, perigo e preconceito. Contudo, a primeira delas, "seul", relendo o diário de campo com outra compreensão de francês, especialmente na pronúncia, pergunto-me se não era "Ces't où?", neste caso, "Onde é?". Nesta segunda opção, fica a importante reflexão acerca do lugar, tanto na procura de um, quanto na perplexidade da situação que a desorientava.

respeito à presença constante da fronteira durante o processo de cuidado. Longe de acreditar em um negacionismo da diferença ou na possibilidade de um tratamento universal, parece constante essa lembrança da fronteira e seus efeitos sociopolíticos mesmo no atendimento em saúde mental.

Cabe ressaltar, aliás, que das vezes que fui ao hospital psiquiátrico mediar alguma situação relacionada a alguma imigrante internada, em todas elas tratava-se de uma mulher negra com um possível diagnóstico de psicose. Este fato não me parece ser aleatório. Ao contrário, representa um sintoma interessante sobre o modo como o cuidado em saúde mental é oferecido a esta população. Ocupando o lugar da “desrazão” o sujeito passa a necessitar de alguém que fale por ele, afinal, seu discurso sobre si está permeado por um desdobramento, supostamente, para além da realidade compartilhada. Fassin (2000) recomenda uma atenção redobrada para estes processos de patologização da experiência de sujeitos migrantes, uma vez que ela responde a pelo menos duas necessidades: a de quem está diante do enigma e da pessoa que, em sofrimento, pede por uma resolução, ainda que esta venha ao se circunscrever uma compreensão de corpo adoecido perante os demais.

Granada e Detoni (2017) acrescentam uma importante reflexão a partir de uma etnografia também com profissionais de saúde ao dizer que “o corpo do imigrante é a vítima preferencial das práticas de estigmatização relacionados aos processos de saúde e adoecimento (Granada & Detoni, 2017, p. 132). Para as autoras, o corpo das pessoas imigrantes, além de receber o olhar de julgamento, como se fossem “indesejados”, estão constantemente sendo vigiados para que, a qualquer deslize da razão ou do modo de funcionamento normalizado, logo sejam repreendidos ou corrigidos.

Este sentimento de vigilância somado aos efeitos perversos do racismo estrutural no Brasil constrói um cenário ideal para que, subjetivamente, “sair da realidade” seja uma alternativa, afinal, por vezes, ela parece ser, de fato, insuportável. A este respeito, nos meus registros, realizo com frequência a seguinte pergunta retórica: “*quem não estaria sofrendo assim?*” Não conhecer plenamente o idioma, o sistema de saúde e os códigos culturais acerca do sofrimento psíquico, coloca estas pessoas em uma condição de precarização significativa, mas sobretudo em uma posição de “estar fora do seu lugar” e ser lembrado disso constantemente pelo outro (Granada & Detoni, 2017).

Ainda que a equipe soubesse da ida do psicólogo para mediação, ao chegar lá, fui nomeado como o “rapaz da documentação”. Mais uma vez pego pela enunciação que me deslocava de minha prática “oficial”, mas diferente das outras vezes, ao invés de limitar meu fazer, ampliou-o. Ao optar por participar do momento de renovação do passaporte

ou, como chamei no diário de campo, de confirmação da identidade, posso ter oferecido um momento de “lebrança de si”, algo proporcionado, mais uma vez, pela experiência do reconhecimento oriundo da disponibilidade pela escuta.

O segundo ponto retoma aquilo que indiquei anteriormente sobre a função do testemunho e acredito que seja o argumento final deste tópico de análise sobre a escuta como um *acontecimento*. Gondar e Antonello (2016) afirmam que para testemunhar o invivível, é preciso certa disponibilidade de sair do lugar, se autorizar a ocupar lugares menos fixos. Ao convidá-la a falar livremente, ainda que eu não entendesse absolutamente tudo que estava sendo dito, eu faço uma inversão em algo que ela frequentemente vinha sentido em sua intenação: quem não entendia, agora, era eu. Quem não tinha a compreensão e o domínio pleno da língua era eu, não ela. Quem não conseguia expressar as emoções de maneira fácil era eu, não ela. Ela, por outro lado, deixou muito evidente sua mensagem sobre preocupação com a família, sentimento de solidão, preconceito, medo e perigo e foi isto que me fez ficar para testemunhar sua confirmação de si.

Assim, esta escuta que nomeei como um *acontecimento* em constante construção se faz nas permissões que damos a nossa própria prática de aceitar alguns deslocamentos de certezas, conhecendo novas verdades. Ao escutar imigrantes nos cenários que citei, pude perceber que o ato clínico foi se desenvolvendo no sentido de confirmar o que já foi apontado por Rosa (2009): a escuta oferecida a sujeitos colocados como “resto” ou “excesso” de um enquadre de possibilidades normativas requer a presença de um outro deseante, que se dispõe a reinventar sua técnica e, sobretudo, sua posição, pois esta também está inserida nas dinâmicas de poder.

Esta escuta, além de reconhecer e constatar os efeitos devastadores da exclusão ou mesmo aqueles próprios da migração, por meio de uma ética e de uma implicação política, tem potência de promover modificação nas estruturas simbólicas e até mesmo sociais que sustentam a reprodução de normativas que chegam ao corpo do imigrante por meio da patologização, da medicalização, do preconceito ou da violência (Pussetti, 2009). Falo de um movimento necessário na escuta para que ela não seja a perpetuação de uma prática que acredita na “espera” passiva por uma resposta vinda de uma elaboração em “nossa língua”, tanto a que nos permite falar, quanto a que nos permite diagnosticar e intervir trazendo um compromisso ético inerente a este ato (Santos, 2022).

## 6.2 Vulnerabilidade, precariedade e ética

Como discuti anteriormente no percurso teórico, a vulnerabilidade transita por todos os modos de existência, ela é uma condição inevitável quando se está em relação com o outro (Butler, 2015). Assim, parte de uma leitura crítica sobre a escuta que oferecemos a imigrantes deve ser também reconhecer a condição vulnerável de nosso trabalho. Butler também diferencia em sua obra a vulnerabilidade de precariedade, sendo esta segunda um conjunto de circunstâncias que nos permite, com maior ou menor facilidade, sermos lesados ou mortos. Nesta perspectiva, toda vida humana, ao ser reconhecida como tal, tem necessidade básica de cuidado e proteção. Por este caminho, Butler mostra importantes contribuições para a análise que apresento aqui. Primeiro, a ideia do reconhecimento como um acontecimento distribuído de modo desigual ao se considerar os enquadres normativos. Além disso, considerar a precariedade como um fato inerente à existência, implica – social e coletivamente – em obrigações de cuidado perante as condições que sustentam uma vida, colocando-se radicalmente contra a ontologia do individualismo.

Seguindo com as reflexões de Butler (2015a) e de Barros (2022), é possível dizer que escutar pessoas em situações e instituições nas quais a precariedade parece ser um articulador social de agenciamento político para a manutenção de normas sociais de exclusão é uma ação marcada também por uma “condição precária”. Ou seja, tem-se os efeitos na prática clínica de um cenário politicamente induzido por meio da distribuição desigual das possibilidades e estratégias que efetivam e, de certa forma, materializam o cuidado. No campo das migrações, percebi que esta condição era evidenciada por diferentes questões, desde práticas como financiamento e manutenção de serviços específicos em que o profissional da psicologia pode se inserir ou, até mesmo, condições diretas para a atuação em seus princípios éticos plenos.

Faz dois meses que trabalho aqui, tenho me realizado em muitos aspectos, inclusive desconstruído muita coisa no que eu acreditava ser este trabalho. No entanto, tem algo para mim que é inegociável na prática da psicologia: o sigilo. Estou me deparando com uma rotina de trabalho na qual não tenho espaço que garanta o sigilo para as pessoas que atendo. Além das paredes não chegarem até o teto, elas são de um material que propaga o som, ou seja, facilmente quem está na sala de espera do CRAI/SC consegue escutar o que está sendo dito. Sabe o que mais me surpreende? As pessoas que escuto não percebem isso. Quando chegam em busca de escuta, simplesmente começam a falar, não tenho muito o que fazer no momento, escuto e vou pensando o quanto todo mundo ao redor pode estar ouvindo. Isto me desconcentra, me dá vergonha, me dá medo. Uma colega da equipe comentou comigo sobre um assunto que uma mulher me falou em um atendimento. Afinal, o que é um atendimento psicológico neste contexto? Será que as pessoas falam algo de diferente para mim daquilo que contariam para

outras pessoas da equipe? A diferença está no que dizem ou na forma como escuto? O sigilo se tornou uma forte questão para mim, parece impossível continuar o trabalho de escuta psicológica assim.

(Diário de campo [CRAI/SC], 04/05/2018)

No trecho, destaco uma das questões mais sensíveis no que diz respeito à ética profissional no meu trabalho no CRAI/SC: o sigilo. Por mais que o exemplo trazido seja do CRAI/SC, em todos os espaços que atuei, o sigilo foi uma questão a ser defendida, como se um efeito direto da condição precária oriunda do processo migratório e do trabalho nestes contextos fosse a perda do direito à privacidade. Este fato coloca a exposição como um “preço” perverso pago pelo cuidado, uma vez que ela perpetua a fragilidade e a “vulnerabilidade” perante o julgamento do outro, algo próximo daquilo que Sawaia (1999) nomeia como “inclusão perversa”. Para ela, este tipo de inclusão possibilita, em certa medida, o reconhecimento, mas não favorece rearranjos nas cadeias de poder, ao contrário, elas são reiteradas: na diáde de cuidado, sempre será alguém “necessitado” e um outro tecnicamente superior disponibilizando de seu tempo e trabalho. Mas o que fazer diante disso? Abster-se do cuidado por manutenção de determinada ética ou oferecer aquilo que é possível dentro dos enquadres da realidade?

Como fica evidente no diário de campo, pelo menos na minha leitura deste fato, a ausência de manutenção de sigilo parecia ser um problema maior para quem escuta do que para quem estava sendo escutado. Claro, esta era apenas uma impressão marcada pelo meu próprio desamparo e pelo medo de estar fazendo “algo errado”. Mas pensando que a escuta seguia, ou melhor, que as pessoas continuavam falando sobre suas histórias mesmo sem as condições próprias para manutenção do sigilo, o que significa abrir um espaço para escuta do sofrimento em lugares como este, entregues à “condição precária”?

Em alguns atendimentos que acompanhei com a profissional responsável pela documentação, por exemplo, boa parte do discurso apresentado se assemelhava com aquele que eu ouvia no atendimento psicológico. Ela começava perguntando: “*qual é a sua história? Como posso ajudar?*”. Seguido disso, as pessoas apresentavam sua trajetória migratória, por muitas vezes complexa, e falavam sobre as necessidades relacionadas à documentação, as quais rapidamente recebiam uma resposta prática e concreta. Aqui, algo muito diferente do que fazíamos no serviço de psicologia: a angústia que nos era apresentada, dificilmente tinha uma resposta que vinha de fora para dentro, com exceção de encaminhamentos para continuidade do cuidado ou acesso a benefícios. Não conseguimos assinar um termo e determinar que o futuro está garantido neste novo lugar. Nossa escuta é uma aposta no sujeito e sua autonomia.

Analisando *a posteriori*, de uma maneira bastante rasa, parece-me que eu pedia por um espaço para reservar um lugar para histórias que já eram compartilhadas, pois, seguindo esta lógica, os fatos já estavam circulando. Sendo assim, por que era tão importante? Ao pensar desta forma, eu menosprezo justamente a característica da escuta que desenvolvi anteriormente, a qual se configura como um acontecimento marcado pela função de testemunha. Para mim, é como se uma das minhas obrigações principais fosse violada e, por isso, meu fazer também invadido, como se me tirassem uma das minhas maiores ferramentas de trabalho. Não falo sobre certo protecionismo em relação ao *setting* clínico no sentido de uma clínica isolada e não acessível. Ao contrário, percebo que esta questão com o sigilo significa algo que Butler (2018) argumenta sobre os processos de precarização: em certos cenários, os efeitos perversos da precarização desumanizam e, além disso, tiram a possibilidade de agência dos sujeitos sobre as condições de seu próprio “aparecimento público”.

Seguindo a reflexão de Butler, discursivamente, construímos uma ideia de que é apenas a partir do aparecimento público que ganhamos força política capaz de transformação. Talvez, esses espaços de escuta tenham esta característica de porosidade quanto ao sigilo numa tentativa de produzir um ato político de evidenciar a precarização de algumas pessoas em situações críticas. Mas acredito que seja ingenuidade minha pensar que seria isso, o ponto sobre a exposição fala muito mais sobre a condição precária do que um ato político implícito. Como profissionais da escuta, não podemos naturalizar este fato com facilidade. Ainda com Butler (2018), não é possível depositar sobre pessoas em situações tão delicadas a responsabilidade de denunciar amarras estruturais que dizem respeito a todos nós. Antes, é importante garantir a elas as condições materiais para a existência pública (Butler, 2018), reivindicando espaços legítimos de reconhecimento. Com isso, retomo mais uma vez a perspectiva política da escuta, pois a segurança de poder escolher a quem (e como) confiar sua própria história me parece ser um direito básico.

Este fato me mobilizou e me mobiliza ainda hoje. Seja pela escuta realizada a céu aberto ou em salas com finas paredes que mantinham apenas uma proteção visual, o discurso que me é entregue na função de testemunha corre o risco de escapar. No artigo 9º do Código de Ética do Profissional da Psicologia está escrito: “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional, a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade de pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional” (CFP, 2005, p. 11). Por conta disso, durante mais de dois meses, lancei estratégias internas para reivindicar o espaço de escuta protegida dentro do CRAI/SC, pois acredito que esta condição não significa um privilégio, mas anuncia uma

necessidade. As estratégias que utilizei foram: (a) reportar ao coordenador do serviço por meio de um relatório técnico a necessidade de um espaço protegido, (b) priorização das atividades externas em outros serviços da rede, (c) paralização parcial de algumas atividades e, por último, devido à demora da realização da reforma, (c) um aviso oficial ao Conselho Regional de Psicologia (CRP) sobre as condições de atendimento no local.

É interessante perceber que apenas a última estratégia apresentou uma resposta prática com a reforma de uma sala reservada para os atendimentos psicossociais, o que foi frequentemente lembrado em reuniões de equipe como algo “caro, porém necessário”. Vemos, com isso, um efeito da vigilância das instituições reguladoras que exercem um poder substancial, especialmente dentro do aspecto deontológico, não necessariamente ético. Encontro, aqui, uma diferença que produziu desdobramentos significativos nas minhas reflexões sobre o tema do sigilo.

Do ponto de vista deontológico, a orientação sobre o sigilo representa uma regulação moral sobre aquilo que poderia ser certo e errado, mostrando que “ainda são raras as referências e concepções da ética que escapem à deontologia, isto é, que possam ir além da preocupação do que se deve ou não fazer no campo da saúde” (Costa-Rosa, 2011, p. 744). Orientado pelas possibilidades da escuta que me direcionavam para uma ética própria da psicanálise, precisei reconfigurar o que eu compreendia como ética, ou, ao menos, relembrar-me daquilo que o ambiente me fazia esquecer devido a condição precária estruturada no trabalho.

Assim, atribuo à ética uma característica polissêmica que, por assim ser, não se torna por si uma justificativa única ou carregada de um peso de verdade. Costa-Rosa (2011) nos adverte que o campo da ética pode abarcar diferentes perspectivas, inclusive aquelas que sustentam e perpetuam lógicas de exclusão baseadas em determinado “saber psiquiátrico” que busca mais legitimar sua verdade do que, de fato, cuidar. Analisando a situação, quando a sala reservada ao sigilo surge com urgência a partir de uma “denúncia” que evidencia uma falha do próprio serviço, percebo que a ética em jogo é disciplinar, aquela sobre a qual há uma necessidade de encontrar o equívoco a partir de uma norma. A mesma que lançamos em um olhar clínico que busca desenhar o sofrimento apenas sob os moldes da patologia permeada pela relação saúde-doença ocidental. Ou seja, a prioridade está em um funcionamento adequado com a Lei sancionada pelo grande Outro, mais do que o produto oriundo da relação intersubjetiva que provém do encontro clínico. Este foi um grande ponto de virada na minha reflexão acerca de uma escuta ética, como anunciei a necessidade no tópico anterior.

A ética que estava em questão, e que me auxiliaria no caminho para a libertação da minha relação ainda vestigial com práticas nosológicas e disciplinares na escuta de imigrantes, é a ética fundada no desejo, a qual não busca formas de universalização, especialmente porque isso seria impossível em se tratando de desejo. Uma ética que não faz alianças com o ideal, mas com o real da experiência (Chaves, 2006).

Desta forma, ainda que não houvesse manutenção “ideal” do sigilo, havia o desejo de ouvir e o desejo de falar, fazendo surgir um dispositivo clínico, onde quer que estivesse. Ao dizer isso, não busco justificar meu trabalho que flertava com o “erro” em uma perspectiva deontológica, sigo acreditando que o sigilo sempre deve ser um estandarte para a concretização de nosso fazer a ponto que investi em diferentes formas para que ele fosse garantido. Mas e quando ele não é possível e a urgência subjetiva está escancarada? Nestes momentos de instabilidade de nossas próprias categorias, é importante relembrar da possibilidade de desterritorialização em nosso fazer sem que se perca a função, a fim de efetivar o compromisso com o que está sendo apresentado, convocando-nos para uma atuação em uma perspectiva ética da Atenção Psicossocial (Costa-Rosa, 2011).

Para Dunker (2015), o sofrimento se readequa na função direta da gramática que o reconhece, ou seja, o impasse psíquico se modifica de acordo com o modo como olhamos e o narramos e, por conseguinte, a forma como o tratamos. Passei a perceber, e confirmar minha hipótese, de que o discurso que eu ouvia podia até ser parecido com o apresentado para as profissionais responsáveis pela documentação, mas definitivamente não era o mesmo. Nas histórias que eu escutava, me dei conta de que o desejo de ser ouvido não era só aquele que tinha como objetivo uma documentação que confirmasse a permanência num país desconhecido. O que era anunciado era um desejo de ser história contada e reconhecida, tanto pelo outro quanto por si próprio e, desta forma, reivindicar existência política e social (Cândido, 2011; Butler, 2018).

Ao anunciar em suas próprias palavras sua trajetória em um espaço seguro permeado pela ética do cuidado, pessoas migrantes têm a possibilidade de elaborar certa continuidade de si, a despeito de tantas rupturas típicas do percurso migratório. Assim, o espaço que tanto reivindicamos, nada mais é do que a garantia de um ateliê onde a palavra é o motor para um *memorial de si* que, em conjunto com uma escuta ética, proporciona elaboração e, sobretudo, cuidado que resiste às práticas de esquecimento e auxilia na manutenção de questões de grande importância como a própria identidade.

Aquela sala com as paredes reforçadas, além de responder a uma demanda deontológica em sua concretude, simbolicamente deu lugar a este dispositivo de escuta

que tanto eu quanto os imigrantes sustentávamos cotidianamente no real da condição precária que nos era lançada. Como disse anteriormente, o exemplo que detalho tem como cenário o CRAI/SC, mas se repetiu na Operação Acolhida ao me ver buscando durante semanas espaços seguros para escuta de adolescentes que vivenciaram algum tipo de violação de direito dentro do abrigo. Também se repetiu nos centros de acolhimento onde ofereci escuta na Bélgica, os quais disponibilizavam uma sala para a psicologia que, por não ser exatamente da psicologia, constantemente, era invadida por algum profissional com a justificativa de pegar algum material que precisava urgentemente. O espaço reservado à psicologia no trabalho em contextos como este parece estar relegado a uma condição de “empréstimo”, como se alguém precisasse abdicar do seu próprio para dar lugar ao nosso trabalho. Este acordo entre a equipe implica em efeitos simbólicos, colocando a escuta e o próprio sofrimento como algo que pode ser facilmente violado, afinal, este não é “seu devido lugar”.

Quando eu acho que as coisas estão ficando mais tranquilas e ganhando seu lugar, tudo muda. Hoje cheguei para trabalhar e a sala de atendimento psicossocial estava cheia de móveis. Segundo o coordenador, “recebemos uma doação e não havia outro espaço para colocar”. Ou seja, mesmo quando temos espaço, facilmente somos substituídos por móveis que sequer possuem utilidade destinada. É inacreditável. Perdi a manhã de trabalho organizando estes móveis junto com as estagiárias em outros lugares. É realmente muito desanimador isso. Como pode gastar o tanto que gastou para poder ter uma sala que garanta sigilo e, de repente, ela vira depósito? De novo, não acho que isso seja aleatório, realmente considero que seja muito difícil para algumas pessoas entender que o sofrimento também precisa de espaço, de um lugar seu.

(Diário de Campo [CRAI/SC], 26/07/2018)

Fica explícito no trecho acima que, ainda que conquistada a sala específica para o atendimento com a garantia do sigilo, isto não significou a manutenção da continuidade do cuidado, pois, com muita frequência, ele era invadido por uma necessidade “mais urgente”. Como o caso apresentado, mesmo móveis que não teriam uso imediato parecem ser mais carentes de espaço do que a possibilidade de escutar os imigrantes. Como se não bastassem as barreiras linguísticas e relacionais, colocam-se impedimentos concretos.

Mais uma vez, o real fez metáfora da condição de “não-lugar” atribuída a imigrantes dentro de um espaço que se apresentava como referência para esta população. Antes, sem a sala, o atendimento era atravessado pela exposição. Com a sala garantida, o espaço era ocupado por outras atividades. Acredito que este gesto não represente uma completa falta de sensibilidade por parte da equipe, mas de certa forma, concretiza uma condição precária da própria instituição, algo composto por diferentes fatores como gestão, financiamento e falta de articulação com demais atores da rede (Barros, 2022).

Assim, a escuta é um acontecimento composto por um espectro, produzindo uma necessidade constante de sua defesa para além do ato em si, o que confirma a posição desejante do psicólogo/psicanalista, pois muito facilmente é possível se deixar levar pelas “impossibilidades” e “urgências” que silenciam o sofrimento.

Como sinaliza Gebrim (2020), o espaço da escuta no *front* é um lugar de “coiote”, não este que auxilia para o aumento da precarização e o aproveitamento da situação delicada de imigrantes, mas um aliado que acompanha a travessia e protege este percurso. A autora nos compara a esta posição de coiotes, pois, pelo encontro, auxiliamos no atravessamento de barreiras e fronteiras postas como intransponíveis pelas normas e atos violentos. Ou seja, é um posicionamento diante das políticas de muro que, por vezes, nos coloca em uma situação “clandestina” perante o discurso hegemônico, como é o caso do exemplo do sigilo. Percebo que, além da dificuldade de ouvir e suportar algumas histórias, seja pela diferença cultural ou pela difícil marca do trauma, há mais um efeito rebote na nossa insistência pela defesa da subjetividade que nos coloca em constante campo de tensão com os espaços e instituições onde atuamos.

Este efeito pode ser causado por diferentes forças, a maioria fora do nosso controle e agência direta, pois se enquadra em uma dimensão estrutural. Contudo, gostaria de destacar uma destas forças aqui, e talvez a mais importante: a colonial. Ocupar espaços e territórios parece ser uma tática colonizadora antiga e se atualiza macro e micropoliticamente (Núñez, 2021). Traçar fronteiras relacionais se desenha como um ensaio constante de intensificação dos limites da norma e opera exclusão sobre aqueles que não se enquadram nela. Quando bell hooks nos alerta sobre levantar a voz, acredito que seja justamente nos convidando a não concordar com dinâmicas que repetem a opressão em situações em que somos coagidos a pensar que não podemos falar. Trabalhar com estes limites envolve uma constante defesa de algo que pode nos parecer óbvio profissionalmente, mas que se dissipa com facilidade como algo distante e quase impossível perante a condição precária.

Ao evidenciar os entraves que encontrei ao longo do percurso, não busco realizar comparações, mas reconhecer e visualizar como as condições precárias são distribuídas de maneira desigual me parece fundamental. O foco deste trabalho é a escuta e seus movimentos e, por isso, cabe indicar dois trechos significativos do diário de campo nos quais a “vulnerabilidade” e a “precariedade” são expostas de modo a desenhar uma paisagem da condição precária nas quais imigrantes podem ser expostos de modo específico. É sobre esta população que a escuta é direcionada e poderia escolher muitos outros que descrevem em detalhes situações em que o sofrimento se faz protagonista, mas este não é o objetivo aqui. Busco falar sobre o que podemos construir em relação,

sem uma elaboração que rumina fatos de modo ensimesmado em um fazer ideal, mas que os faz circular.

Hoje foi o primeiro dia que coordenei as entrevistas. Cheguei em casa 3h mais tarde do que o programado. Tinha uma fila de mais de 200 pessoas esperando para serem ouvidas. Todas elas com uma demanda óbvia de acolhimento, pois estavam dormindo em barracas com pouca comida disponível, mas ainda assim precisavam explicar “qual era a sua maior vulnerabilidade”. Que situação delicada. Meu trabalho é auxiliar as pessoas que estão realizando as entrevistas, a maior parte delas não é da psicologia. Eu fui visto como “especialista” e constantemente era chamado para tomar uma decisão sobre determinada situação. Resolução. Por que eu tenho esta força (ou percepção de obrigação) dentro deste espaço? Além disso, fiquei auxiliando na organização da fila. O desespero estrutura ações. Foi muito difícil fazer esta função tendo uma escuta sensível às necessidades destas pessoas. Como é possível pensar em mais limites sendo que tudo o que eles estão recebendo são, justamente, limites? Fronteira. Falta de documentos na fronteira. Falta de ter onde ficar. Falta de comida. Falta de espaço nas entrevistas do dia. Quem escuta a reclamação? Eu. E, na “reclamação” (que eu poderia chamar também de reivindicação), uma história extremamente vulnerável: perseguição política, medo de morrer. O que fazer com tudo isso que escuto?

(Diário de Campo [Operação Acolhida], 10/02/2021)

No trecho, relato uma ação de “força tarefa” na qual buscávamos fazer uma “triagem” das pessoas que apresentavam uma maior condição de “vulnerabilidade” e por isso, seriam abrigadas e documentadas de modo emergencial e excepcional. Aqui, o discurso da vulnerabilidade se aproximava daquele que debati anteriormente: que localiza a vulnerabilidade apenas no corpo do outro. Éramos a corporificação da fronteira: para além de nós, os “vulneráveis”. Contudo, confirmando o fato de que somos todos vulneráveis, também experimentamos a vulnerabilidade e a precariedade em nossas ações, pois não tínhamos condições materiais plenas para a execução nem da força tarefa em si, nem do acolhimento posterior a esta triagem devido à crise sanitária. Mesmo estando em uma função de organizar a operação de triagem, como psicólogo, fui convocado a comprovar, durante entrevistas de, no máximo, 20 minutos, laudos que afirmavam diagnóstico de autismo, por exemplo, ou até mesmo de acometimentos neurodegenerativos que justificariam a documentação excepcional. Ou seja, a mim era entregue o poder de nomear e reconhecer a “verdade” nos discursos, algo próximo da ética disciplinar e de uma regulação dos corpos e subjetividades por meio da biopolítica.

As entrevistas eram marcadas por uma necessidade de confirmação do sofrimento sob o olhar técnico da fronteira<sup>37</sup>, o que posteriormente seria sancionado por um encaminhamento, algo extremamente delicado e difícil de ser realizado. Percebo, no registro que fiz, um desconforto não só pela situação apresentada, mas por ser colocado nesta posição de aduana entre aqueles que “merecem” ou não serem ajudados. Se migrar é um direito humano, como estabelecer esta linha? Todas as histórias que eu escutei neste episódio, em minha análise, confirmavam suficientemente a necessidade de permanência, mas algo da racionalidade da fronteira e das dinâmicas institucionais não me permitia fazer nada além de triar aqueles que apresentassem condições crônicas de saúde, comprovada perseguição ou ameaça. Mais uma vez, confirmei em atuação aquilo que Fassin (2005) sustenta sobre a doença ser, em alguns casos, um passaporte para a legitimação da condição e, até mesmo, o direito à migração.

Nomeados como “doentes” e munidos de um laudo, sua permanência reconhecida se justificava por uma necessidade de cuidado que recebia um nome, sobrenome e endereçamento, atribuindo uma identidade associada e que causava uma série de tensionamentos perante os demais: por que esta pessoa e não eu? Além disso, o que muito me inquietou foi o aparecimento das barreiras culturais, linguísticas e institucionais durante este processo. Quem não conseguia expressar ou até mesmo documentar sua condição de “necessidade”, permanecia sem possibilidade de documentação. Neste momento, o choro e o desespero ganhavam espaço e minha escuta se quebrava em seu sentido funcionalista, pois muito pouco daquilo que poderia ser feito resultaria na documentação, algo de extrema importância para eles.

Qual a nossa função em situações como esta, onde o objetivo da escuta é uma resposta prática e não o “acolhimento” a nossos moldes? Será que, como profissionais da escuta, conseguimos estar diante de situações tão extremas, promovendo a mediação na tênue linha entre as condições de possibilidade de acolhida e a necessidade apresentada pelo sujeito? Acredito que aqui a resposta é complexa e extremamente dependente das condições apresentadas pela situação em si, pois adentramos em uma atuação da psicologia em cenas humanitárias, algo que Araújo (2022) indica como um campo marcado por atravessamentos políticos que nos exige posicionamento. O primeiro deles foi não concordar com a aliança ideológica da nossa “força tarefa” com as ações do exército, as quais persistiam em uma discussão sobre “imigrantes legais e ilegais”. Para nós, não era uma questão de legalidade, mas de direito básico. Uma das questões que

---

<sup>37</sup> Chamo de “olhar técnico da fronteira” um corpo técnico de profissionais da saúde que era composto por oficiais das forças armadas. Em suma, a despeito de todo o trabalho de acolhimento e triagem que fazíamos, o resultado seria dado por estes profissionais após revisarem tudo o que foi feito.

percebemos como “solução” para este impasse foi apostar na figura do mediador cultural, aceitando os nossos próprios limites: não conseguiríamos ter resposta para tudo e, tampouco, comunicar um limite tão sensível de uma forma que não fosse minimamente acessível.

Aos poucos, o “professor” – nome pelo qual o mediador se identificava -, foi promovendo organização e construindo com o grupo regras importantes para um melhor funcionamento deste processo. Com isso, dentro do próprio grupo e conversando entre si, algumas “prioridades” já eram estabelecidas coletivamente. É evidente que esta ação não responde à necessidade plena tanto dos imigrantes que ali estavam quanto da própria equipe, mas oferece, de alguma forma, a redistribuição da responsabilidade que facilmente agregamos como uma decisão unicamente dos “profissionais”. Como disse na seção anterior, a escuta de situações extremas como esta, quando coletivizada de um modo ético e responsável, reduz a necessidade que temos de acessar a posição de detentores da verdade. Certamente a ação não trouxe uma resposta imediata ou definitiva para a situação apresentada, mas possibilitamos conjuntamente um modo mais “viável” de escutar. A solução só viria, posteriormente, com a portaria 655/2021 que permitiu a documentação de imigrantes que entraram durante o fechamento de fronteira (Brasil, 2021).

A segunda solução foi recorrer à universalidade do Sistema Único de Saúde, encaminhando todas as pessoas que entrevistamos para o registro em alguma UBS, começando um itinerário de cuidado se fosse necessário, mas, sobretudo, tensionando sua “existência política” a partir de um registro que já lhes era garantido. Com, ao menos, um documento em mãos, ainda que sem um reconhecimento migratório, as pessoas vivenciavam certo reconhecimento do Estado brasileiro, reivindicando sua posição de sujeito de direitos perante a delicada situação fronteiriça apresentada. Desta forma, confirma-se o compromisso cidadão da Constituição brasileira ao colocar a saúde como um dever do Estado a ser cumprido por seus representantes, considerando que se deve garantir “condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1990). Porém, ainda não era o suficiente, a fronteira ainda estava ali, a “carteirinha do SUS” não é um documento de identificação, é um meio de acesso. Acredito que esbarro em um fato que abordarei na terceira seção deste movimento cartográfico: o tensionamento entre sujeito de direito e sujeito de desejo.

Por fim, como último argumento desta seção que buscou articular vulnerabilidade, precariedade e ética na escuta oferecida a imigrantes, trago a condição inexorável da fronteira como algo que, em certas circunstâncias, extrapola nossas

possibilidades e nos oferece o desamparo que nos paralisa e nos “desarma” tecnicamente. Primeiro, porque ela é definida por um arranjo complexo de relações de poder que envolvem acontecimentos culturais, sociais, políticos e geográficos (Bradly & Noronha, 2022), os quais conjuntamente operam como demarcações que vão além do fazer “típico” da psicologia. Cabe-nos a posição de analisar criticamente estes fatores para compor uma escuta que ofereça a abolição relacional da fronteira como este fenômeno categórico e determinante nos encontros.

Seguindo a importante provocação de Bradley e Noronha (2022) em seu livro *Against Borders: The Case for Abolition*, pensar na abolição da fronteira não significa advogar pela inexistência de limites. Para os autores, abolir as fronteiras é tirar delas o peso de dispositivo de distribuição desigual de precariedade, transformando-as num espaço que pode ser agenciado pela necessidade das pessoas e não necessariamente da manutenção de posições de poder. Desta forma, a abolição da fronteira não fala da ausência dela, mas justamente da presença daquilo que falta nela, como segurança, serviços básicos e práticas de cuidado. Assim, esta “abolição” proposta significa dismantlar o aspecto violento da fronteira, cultivando novos modos de cuidar uns dos outros, os quais apostam em ações que nutrem formas coletivas de agenciar a realidade. Ao contrário, a fronteira visa com muita facilidade o privilégio das pessoas que atuam para a proteção e manutenção do Estado-nação como um dispositivo de exclusão. Abaixo, um exemplo de um registro no diário de campo.

Tivemos a notícia que um prédio foi encontrado pela polícia com mil imigrantes indocumentados. Mil pessoas vivendo em condições muito delicadas. A polícia tirou todo mundo de lá e, da noite para o dia, mais mil pessoas foram dormir nas ruas, além do número grande que já tem (quase que exclusivamente imigrantes). Resolvemos ir aos canais, onde a maioria estava, para ofertar algum tipo de apoio: comida, barracas, etc. Mil pessoas. Tentei conversar com alguns, porque parece que, sendo psicólogo, me sinto na obrigação de sempre me colocar para ouvir de maneira ativa. Mas não é bem assim... O ouvir da psicanálise também acontece com os olhos, com o nariz, com o corpo todo. Eu fiquei paralisado com a situação. Mesmo já tendo visto algo parecido em Roraima, por algum motivo, a precariedade parecia ainda maior. A cidade não parou. Em nenhum momento a cidade parou.

(Diário de Campo [Centros de Acolhimento Belgas], 15/02/2023)

Nesta situação, fica exposta a condição precária entregue a alguns imigrantes por conta do peso da fronteira que os impede de solicitar documentação, mais uma vez. Diferente da situação em Roraima, a emergência sanitária já havia se resolvido e o impedimento vinha de questões políticas e protecionistas da União Europeia. Imersos em um limbo jurídico que não os permite a regulação documental por uma série de

fatores<sup>38</sup>, imigrantes criam grupos e realizam ocupações em prédios abandonados. Porém, a estas pessoas parece não estar disponível nem aquilo que já foi abandonado, pois o peso da fronteira faz com que este território em “desuso” não seja apto de ser utilizado por eles. Não bastasse a situação complexa do percurso migratório (a maioria das pessoas em questão vêm de zonas de conflito), seu aparecimento público é marcado por uma situação “clandestina”, algo que os coloca na posição de “ilegais” perante a sociedade, sobrando-lhes a permanência nas ruas.

Na Bélgica, assim como no Brasil no episódio que relatei em Roraima, é evidenciada uma situação na qual nenhum órgão público se sentiu responsável o suficiente para agir além da ação de “controle” e tampouco tocado o suficiente para parar suas atividades regulares e propor alguma mudança emergencial. A fronteira e sua manutenção parecem ser protagonistas irrefutáveis. O que se repete é o uso do espaço público como uma vitrine do efeito da fronteira, a qual ganha um grande destaque. Esta situação, promove condições de “desumanização” das pessoas que estão neste contexto, tornando-se figurantes de acontecimentos cruciais de suas próprias vidas, uma vez que são “despossuídos” da capacidade de agência, são sujeitos sem nome e sem história, compõem um corpo único de “imigrantes” que irrompem o funcionamento esperado (Butler, 2015).

Lembro-me que, nestas situações, por mais que tentasse me posicionar como um psicólogo que se disponibiliza para a escuta singular tentando oferecer apoio a algumas pessoas que eu encontrava, a escuta parecia carecer de um direcionamento a algo maior. Claro, quando falo sobre me posicionar como psicólogo tenho em mente uma função muito enviesada do que seria a função deste profissional. Veja, leitora, como muito frequentemente esta referência retorna, quase que como uma necessidade de confirmar meu sentido de existência pública nesta situação. Neste tão conhecido binômio da clínica, o que eu encontrava eram olhares e respostas vagas que poderiam facilmente serem lidos como posições deprimidas, melancólicas, perplexas ou até mesmo dissociadas. Mas quem não estaria? Fanon (2020) traz uma importante provocação neste sentido, uma vez que ele se pergunta: não seria este sentimento justamente um efeito esperado diante de tanta violência?

Assim, aceitando nossa condição precária, a vulnerabilidade aos acontecimentos políticos e a ética do cuidado, o que pode ser feito para efetivar a escuta em situações

---

<sup>38</sup> Por exemplo, algumas pessoas que solicitam documentação sequer poderiam estar em território europeu, pois não possuem visto de turismo. Além disso, outros não podem ocupar cargos de trabalho enquanto aguardam o resultado de seu dossiê. Algumas pessoas, com isso, optam por não entrar com o processo de documentação para poder trabalhar.

como estas onde a fronteira grita e o sujeito é sistematicamente calado? Refletindo sobre esta pergunta, uma resposta possível surgiu das ruas.



Figura 2 - Fotografia de uma intervenção realizada após o episódio de expulsão dos imigrantes da ocupação

Depois do episódio relatado, o apoio à população migrante que estava nas ruas veio, fundamentalmente, do movimento social e da população que era sensível à causa, especialmente outros imigrantes já documentados e vivendo há mais tempo na região. Começaram também a surgir intervenções como esta pelas ruas próximas de onde se concentravam a maior parte dos imigrantes que estavam desalojados. Na imagem, vemos a frase “*Mortos pelas fronteiras da União Europeia*” e, ao redor disso, o nome de pessoas que perderam suas vidas ao tentar reivindicar sua possibilidade de existência na busca por uma vida vivível. Uma intervenção que materializa o argumento de Butler (2015a) de que nem todas as vidas são passíveis de luto e que é preciso reivindicar espaço a elas.

Quando disse anteriormente sobre uma escuta que vai ao encontro de “algo maior” retomo o que me perguntei em um dos registros do diário de campo: o que faço com tudo isso que escuto? Acredito que reconceituar a escuta implica em reposicionar suas próprias fronteiras entendendo que o que “pode ser feito” também vai ao encontro de produzir e legitimar espaços de produção de memória e de aparecimento público que estabeleçam força contrária a estas práticas de esquecimento e silenciamento que

coadunam com uma ética necropolítica da fronteira. Esta intervenção, certamente leva para a cena pública um fato perturbador, mas com muita facilidade naturalizado, pois a fronteira tem consigo um discurso de “proteção” fundamentalmente para aqueles que estão dentro dela. Esta seria a ação máxima e efeito da construção do Estado-nação como agente regulador e normativo. Em linhas gerais, a fronteira, vista como uma “instituição de sequestração”, cumpre sua função: produz um aprisionamento discursivo (que produz realidades) por meio de uma “autoridade e necessariamente feita em prol da manutenção daquilo que é normal e daquilo que é anormal” (Foucault, 2015, p 198).

Aos que tentam “invadi-la” cabe o peso da justiça e são interpelados pela regulação que autoriza ou não a existência legal e, portanto, o aparecimento público (Butler, 2018). Abolir as fronteiras significa destituí-las desta posição para que mesmo quem esteja “fora” delas possa ser visto para além da corporificação do erro e ganhe espaço como sujeito, não apenas aquele que representa a noção de infamiliar. Olhando por esta perspectiva, damos espaço para histórias que sistematicamente tentam ser apagadas nesta narrativa protecionista do Estado-nação, pois elas promovem uma insuportável provocação do colapso da certeza (Freud, 2010a) que colocariam em questão noções de identidade, coesão comunitária e cultural (Martins-Borges, 2013).

Portanto, “aquilo que pode ser feito” me tira quase que obrigatoriamente de um lugar “confortável” de uma clínica que busca por doenças a serem desvendadas e nomeadas, colocando-me em um território onde, aceitando a vulnerabilidade da escuta, a ética do cuidado aposta na memória como um acontecimento produzido no presente com a emergência e o reconhecimento do sujeito (Gondar, 2005). Isto é, escutar é garantir o direito de ser história contada, reconhecida e, sobretudo, lembrada, subvertendo a projetos de esquecimento, os quais inevitavelmente são acompanhados por um complexo sistema de produção e perpetuação do sofrimento. Como sugere Fanon (2020), olhar para o sofrimento psíquico é também adentrar nas tramas do funcionamento social, as quais notadamente valorizam aqueles que estão posicionados em lugar de privilégio no traço colonial.

Quando retomava meu diário de campo para esta análise me deparei com o fato de que muitos dos registros eram mais sobre o que estava “fora” do *setting* de cuidado do que necessariamente aquilo que acontecia entre na relação clínica. Porém, como organizar e sustentar uma escuta sem olhar para isso? Percebo que o movimento que faço para nutrir uma escuta ética que aposta na alteridade e ciente de suas limitações é, especificamente, este que olha para aquilo que está fora. Freud, por exemplo, durante os fatos devastadores das grandes guerras, aceitou a invasão dos acontecimentos sociais

como determinantes de sua clínica, advogando por uma psicanálise que se atentasse para o traumatismo psíquico e seus desdobramentos sociais, e vice-versa (Freud, 1919).

A inquietação que demonstro no trecho do diário de campo reside nesta experiência de estar “desarmado”, como citei anteriormente. Por vezes, entendemos a técnica profissional como ferramentas que utilizamos para intervir naquilo que “saiu do controle” do sujeito ou dos arranjos sociais. Porém, não podemos cair na tentação colonial de entender a função da escuta e da intervenção psicológica/psicanalítica como a correção de um erro, assim como aponta Fanon (2020). Caso façamos isso, querendo “corrigir” ou “controlar” o efeito inegável de sofrimento oriundo de um acontecimento potencialmente traumático como o citado acima, focaremos os esforços em localizar o “problema” no sujeito mais precarizado nesta relação. Perante situações tão delicadas, será que o esperado não é, justamente, aceitar o sentimento de perder as ferramentas para poder encontrá-las na emergência do sujeito que escutamos?

### *6.3 Tensionamentos entre sujeito de direito e sujeito de desejo*

Especialmente depois de me deparar com a intervenção urbana citada na seção anterior, passei a entender meu diário de campo não apenas como um instrumento de elaboração do meu próprio trabalho, mas um espaço de registro de histórias e de produção de memória. Lugar onde é possível garantir espaço para o aparecimento político. A escrita contorna simbolicamente, ainda que de modo localizado, arestas oriundas do encontro entre culturas e seus efeitos clínico-políticos na escuta. Porém, tão importante quanto os movimentos internos são seus rebatimentos na prática clínica. Pensando por este caminho, percebo que falei anteriormente sobre a “emergência do sujeito” no encontro entre culturas e vejo que este fato carece de certa atenção analítica. Em se tratando do trabalho da escuta psicossocial oferecida a imigrantes, sobre qual sujeito estamos falando?

Acredito que haja aqui, pelo menos, duas dimensões principais deste sujeito, das quais se desdobra uma terceira. A primeira, é o sujeito de direito, este que se destina a uma leitura de existência universal marcada pela dicotomia “direitos e deveres” operada pela lógica da razão e do livre arbítrio. Para Oliveira (2010), nesta vertente mais naturalista de se olhar o sujeito, o que se sobressai é um determinado atributo de consciência, trazendo condições de responsabilidade e racionalidade sobre os atos. Com isso, sujeitos podem ser julgados, culpados e sentenciados se prevalecer a evidência da desrazão, o que pode vir por meio de comportamentos percebidos como “desviantes” aos olhos da Lei, da moral e da cultura. Sendo assim, a razão é a unidade delimitadora de

todas as possibilidades subjetivas, compondo um projeto político de legitimação e tomada de poder por parte do Estado e outros instrumentos de controle (Gomes & Aguiar, 2018).

Este sujeito, por assim ser, é visto como “normalizável” e passível de proteção (Gomes & Aguiar, 2018). Como vimos anteriormente, com imigrantes, a proteção acaba sendo seletiva a depender do estatuto migratório e das relações sociais estabelecidas no país acolhedor. O que se busca, objetivamente, é manutenção desta razão em prol da suposta “normalidade” marcada pelo traço colonial. Com isso, reflito que algumas práticas de cuidado podem estar operando em uma escuta direcionada apenas ao sujeito de direito, especialmente se considerarmos o aspecto público e universal da atenção em saúde no Brasil, por exemplo. Cuida-se por ser um direito, mas quais são os efeitos deste direcionamento “prático” e racional sobre o cuidado quanto se trata de sofrimento psíquico oriundo dos processos migratórios?

A segunda dimensão é o sujeito de desejo, fundado a partir da psicanálise. Considerando a perspectiva do inconsciente, tem-se uma posição radicalmente contrária à ideia essencialista de sujeito, pois a formação subjetiva é dependente direta da relação com o outro e as circunstâncias de vida e, portanto, única (Gomes & Aguiar, 2018). Por este caminho, Birman (1994) indica que a vida pode ser compreendida como uma tentativa de inscrição conflituosa entre os universos pulsional e simbólico no corpo. Este encontro é possível a partir desta interpelação que ocorre no campo da linguagem, utilizando discursos que, necessariamente, nos antecedem.

O desejo surge como esta possibilidade de movimentar o sujeito no encontro da satisfação, o “princípio motriz por trás da atividade humana” sendo a tarefa de vida encontrar a satisfação para estes desejos (Freud, 2016b). Em linhas gerais, sendo constitutivamente interpelado pelo outro, o desejo humano é “desejo de desejo do outro”. Para a psicanálise, o que se deseja é ser reconhecido pelo outro, estando a noção de desejo, em si, entregue a um vazio infundável, para qual não há objeto que seja suficiente e, portanto, há sempre uma busca, um movimento (Torezan & Aguiar, 2016). Trabalhar com a categoria de sujeito de desejo é admitir que ele não é essência, mas um movimento, “um caminhar incessante em seu pensamento, vida sem repouso, sem medir distância” (Rosa et al, 2009, p. 499).

Sendo assim, diferente do sujeito de direito, que já surge posto antes de sua própria existência por meio das leis e normas que precisam ser cumpridas, o sujeito de desejo tem como premissa básica a agência criativa (ainda que inconsciente) sobre sua emergência relacional. Por meio destes deslocamentos do desejo, criam-se ficções de si

que são tentativas de contorno simbólico para esta busca por satisfação. Para isso, no entanto, é preciso espaço relacional e reconhecimento. A questão que me faz pensar sobre o cuidado oferecido a imigrantes é a percepção de que se retira de cena o sujeito de desejo, como se este fosse ininteligível e abjeto, restando apenas o sujeito de direito, quase que como uma “obrigação” naturalista da relação social.

Estou assustado. Fazendo o relatório das atividades deste primeiro ano de atividade, concluí com a assistente social que o benefício da prefeitura que as pessoas que atendemos aqui mais acessaram nos últimos meses foi a passagem apenas de ida para uma outra cidade do país. O benefício de maior frequência é, justamente, sair daqui? Que escuta estamos fazendo como rede?

(Diário de Campo [CRAI/SC] 02/12/2018)

Neste trecho, retomo a elaboração do relatório de atividades do CRAI/SC. Ao realizar um levantamento quantitativo dos benefícios acessados pelos imigrantes que nos procuravam e eram encaminhados para algum serviço da Rede de Assistência Social, o mais utilizado foi a possibilidade de deixar a cidade. Numa leitura inicial desta situação, parece-me que o “problema” apresentado estava sendo resolvido: a demanda trazida pelos imigrantes frente à dificuldade de encontrar empregos e condições de moradia na região tinha uma resposta satisfatória. Especialmente se considerarmos a função da rede de cuidado, a qual recebia a demanda e propunha uma solução. O “problema” estaria em outro território e, portanto, não seria mais uma responsabilidade, pois não estaria visível. Porém, este fato merece importantes problematizações se quisermos operar uma escuta que vai além do sujeito de direito.

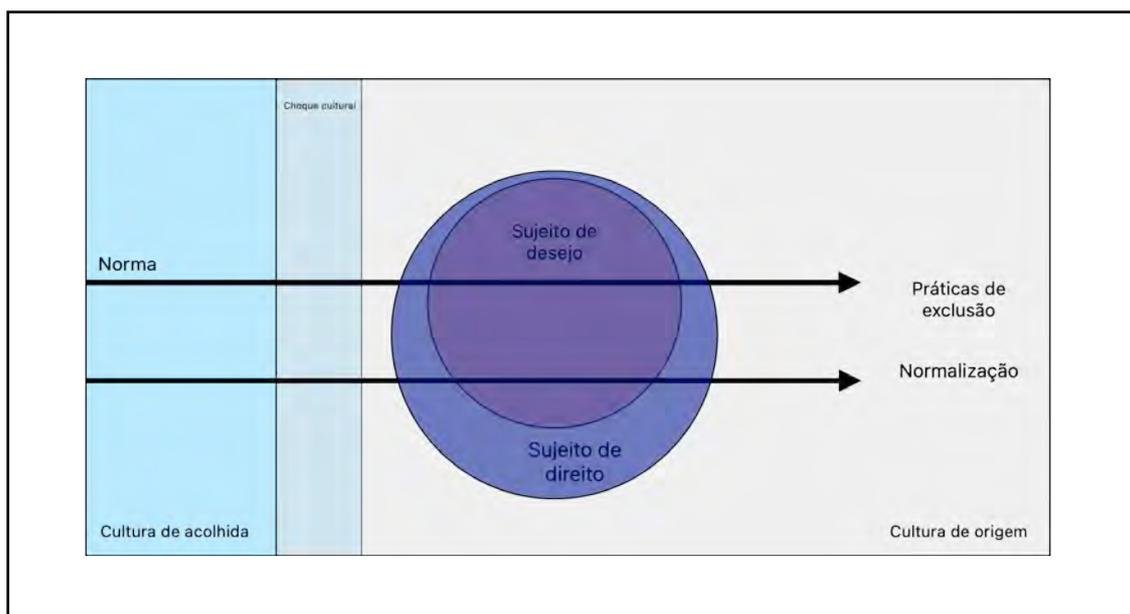


Figura 3 Diagrama conceitual sobre o eclipse do sujeito de desejo

Na imagem acima, busco representar a dinâmica que percebi e que serve de exemplo para algumas outras situações, apesar de mudarem de conteúdo. Parto da ideia de que tanto a cultura de acolhimento, quanto a cultura de origem dos imigrantes, cumprem seu encargo de demarcadores simbólicos da realidade, aquela função de “envelope” que comentei anteriormente. No contato entre dois enquadres diferentes, há o que chamamos de “choque cultural”. Em se tratando de uma situação na qual o imigrante está posicionado em uma condição de maior precarização, as normas que incidem sobre a cultura de acolhida tornam-se “inabaláveis” em busca da proteção desta suposta invasão, colocando-as como um estandarte da “normalidade” a ser seguido.

Como efeito, há um eclipse que camufla o sujeito de desejo, sobressaindo a “necessidade” e a obrigação tanto de cuidar por ser um direito quanto de se adequar às normas para evitar a exclusão. Tendo a visualização apenas do sujeito de direito demarcando a escuta, narrativas sobre “ilegalidade” no caso de imigrantes indocumentados se tornam possíveis, afinal, estas pessoas não possuem o direito de atravessar as fronteiras. Pelo mesmo caminho, o cuidado em saúde mental se apropria de discursos nosológicos com muita facilidade, pois constrói categorias reproduzíveis em um suposto sujeito universal oriundo de uma racionalidade objetiva, colocando a razão como um critério inegociável na leitura e interpretação dos sintomas.

A dupla necessidade emerge diferentemente para os profissionais e para os imigrantes e resulta em um sentimento de indeterminação para o elo mais precário desta relação. Este acontecimento é ocasionado pela maneira simbolicamente ininteligível como as normas são impostas, pois elas não se interessam pelo sujeito de desejo ou o modo como ele compreende o mundo (Castelli, 2021). Mais do que isso, esta posição de indeterminação faz surgir a experiência de destituição de si, a qual não significa apenas um *déficit* de reconhecimento, pois o sujeito é visto e sua existência provoca inquietação. Nesta relação, há o reconhecimento a partir da diferença hierárquica. Com isso, a imposição da norma e a primazia do sujeito de direito aparecem relacionalmente buscando evidenciar ainda mais os desvios, chegando ao ponto de anunciar: aqui talvez não seja seu lugar.

No caso do benefício apresentado no relato, ao encontrar um impasse no acolhimento, a oferta dele parecia quase que automática, como uma solução prática imediata e, por isso, eficiente. Porém, mais uma vez, revela-se a posição de “promessa” de um novo lugar, como uma reedição de uma mesma história já vivenciada pelos imigrantes (Castelli, 2021). Lembrando das vezes em que me vi oferecendo este benefício, o que do sujeito de desejo era, de fato, escutado? Claro, devemos considerar a

condição precária do trabalho e das políticas públicas, mas isso não pode ser justificativa para tudo, também possuímos nossas resistências frente ao choque de culturas. Por exemplo, no caso das internações psiquiátricas que citei na seção anterior, poderíamos pensar na mesma dinâmica de eclipsagem do sujeito de desejo, tendo o peso da norma como um fator fundamental na conduta profissional: a demanda precisava ser resolvida.

Rosa et al (2009) afirmam que uma das características da experiência migratória, especialmente daquelas marcadas pelo deslocamento forçado, é esta condição errante do desejo. Mais do que errante, para quem escuta, o desejo “em deslocamento” me parece ser algo quase impossível de ser escutado sem determinadas alterações de percurso. Não apenas por uma questão de diferença de língua, ou mesmo pelo insuportável do traumático, mas como se ao pedir além da “sobrevivência”, este sujeito estivesse extrapolando as possibilidades daquilo que lhe pode ser oferecido. Ao nos defendermos do desejo obliterando-o com a praticidade do sujeito de direito, não nos disponibilizamos para o trabalho com o enigma do desejo e seus condicionantes da cultura. Por conseguinte, também nos afastamos da queixa que nos é apresentada ou até mesmo do sujeito que habita o sintoma, algo fundamental para produzir condutas que sejam culturalmente sensíveis. Perpetuamos na cena de cuidado a imposição da norma e a ideia de que ela é autossuficiente.

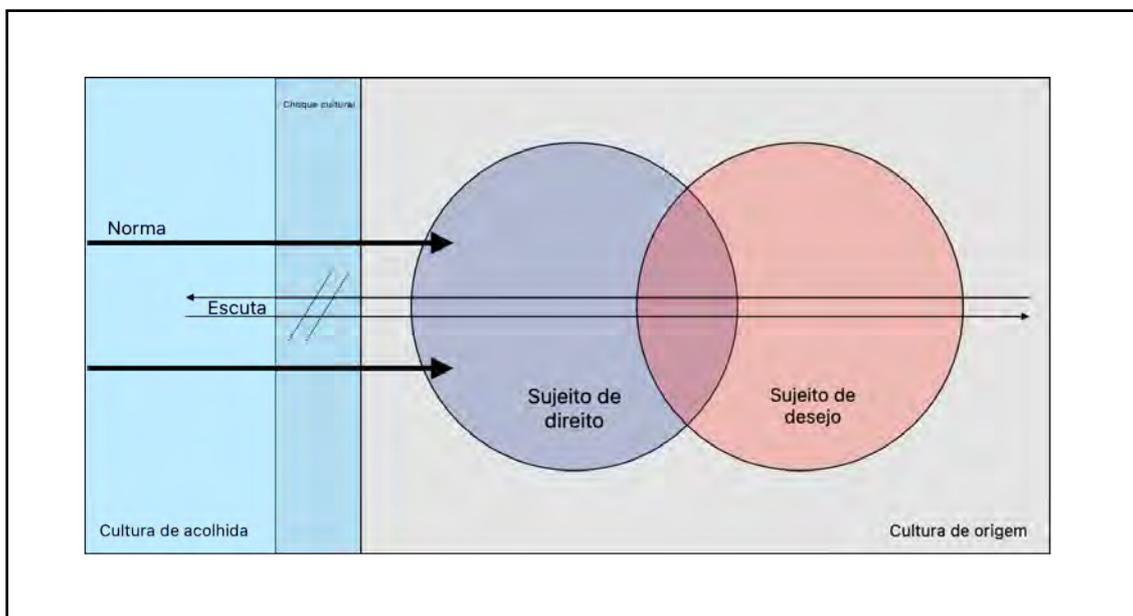


Figura 4 Diagrama conceitual sobre o deslocamento da escuta

Por outro lado, na imagem acima, apresento aquilo que tenho entendido a partir das leituras teóricas e da reflexão sobre minha prática como um movimento importante para a escuta. Da mesma forma que na anterior, há o encontro entre culturas na cena de cuidado, assim como a presença da norma, pois ela é constituinte nos modos de

reconhecimento social. Todavia, o modo como a escuta é direcionada, tanto ao encontro da sua própria cultura quanto se encaminhando para a cultura do imigrante, oferece uma reconfiguração do ato clínico, promovendo um corte necessário. Ao invés de privilegiar a perplexidade, mas a partir dela, permitimo-nos a aprendizagem e uma flexibilidade técnica que garante a coexistência do sujeito de desejo e do sujeito de direito, algo que podemos apreender das propostas de Thobie Nathan, Georges Devereux e Sándor Ferenczi.

A escuta, neste caso, tem duplo sentido. Da mesma forma que o sujeito apresenta sua narrativa de si marcada pelo seu enquadre cultural e simbólico, há uma disponibilidade por parte de quem escuta de adentrar na complexidade subjetiva, aquela que compõe os aspectos estruturais da constituição psíquica deste sujeito inserido em outra cultura. Como ele nomeia seu sentimento? Como ele entende a posição de ser escutado? Elabora-se uma gramática do cuidado no próprio encontro, arriscando-nos precisamente nos momentos de desconhecimento. Para Butler (2015b), esta autorização de nos desfazermos pelo e para o outro pode representar uma oportunidade de abandono da autossuficiência que marca os discursos de dominação. Por isso, há um corte na escuta que é oferecida na cultura de acolhida, ela necessariamente precisa se reinventar, movimentar-se. Esta disponibilidade funciona como um “fator protetivo” para que não haja o eclipse que evidenciei anteriormente, sustentando a possibilidade de emergência tanto do sujeito de direito quanto do sujeito de desejo, simultaneamente.

Seguindo a reflexão de Rosa et al (2009), pensar sobre a escuta dos efeitos da migração precisa também evidenciar a condição do desejo, não apenas da necessidade do deslocamento, em alguns casos. O fato de estarmos escutando alguém que involuntariamente saiu de seu país, por exemplo, não deve deixar de considerar que por trás do movimento migratório há um desejo de se manter vivo, de ser reconhecido como sujeito passível de ter uma vida vivível. Busca-se outro país sob a condição de romper com a alienação mortífera, garantindo espaços para que o desejo produza novas ficções sobre si e, com isso, movimentos que abrem espaço para a vida.

Ao considerar isso, manter uma escuta que busca se confirmar como detentora da verdade sobre o sofrimento do outro e que não se abre para o encontro clínico mostra-se um equívoco com efeitos significativos. Na relação com sujeitos marcados pela alienação de si, como a ausência de recursos simbólicos compartilhados para falar sobre seu sofrimento, as práticas de normatização que produzimos sem considerar o sujeito de desejo perpetuam a errância subjetiva, uma experiência de desterritorialização constante.

No esquema que apresento acima, a possibilidade de coexistência e intersecção destas duas instâncias do sujeito no encontro clínico abre a possibilidade para uma terceira, o sujeito político. Aqui, confirmamos a hipótese de Rosa (2002) sobre uma aposta clínico-política da escuta, pois ao nos disponibilizarmos tanto para o sujeito de direito quanto para o sujeito de desejo abrimos espaço para o aparecimento público sob as duas perspectivas simultâneas, o que reconfigura as estratégias de acolhimento e cuidado. Politicamente, a escuta não buscará apenas cumprir uma tarefa prática do acolhimento ou enquadrar o migrante em uma posição identitária alienante por meio das normatizações, tampouco desconsiderará o direito humano de deslocamento e suas condições legais.

Parte da função política da escuta em cenários de migração talvez seja o auxílio na construção de uma narrativa que privilegie o sujeito em sua compreensão plural *no e pelo* movimento, garantido o direito à não fixação identitária por meio da alienação. O sintoma e a queixa, como estes enigmas a serem revelados, podem ser pistas que utilizamos, mas não uma peça de um quebra-cabeças cuja imagem pertence apenas a nosso enquadre simbólico. Dar espaços a novas narrativas oriundas do encontro clínico significa aceitar fissuras no imaginário que comporão uma necessária inventividade em nossa ação.

Por exemplo, mesmo me propondo a refletir sobre este assunto de maneira crítica, percebo que um dos vícios de linguagem que me acompanhou neste percurso analítico até agora foi o uso frequente de dois significantes: aqui e próprio. Retomando a função de contra-arquivo, não acredito que seja algo que possa ser deixado escondido ou entender como um mero lapso de escrita. Registrar o aqui e algo que me seja próprio constantemente me circunscreve em um lugar e me assenta em uma posição, pois o encontro entre culturas nos desestabiliza. Ou seja, mesmo trabalhando com população migrante e me dedicando a uma reflexão, isto não me faz imune às armadilhas inconscientes e discursivas de cristalização de lugares que confirmam distâncias.

Este ponto me leva ao próximo movimento cartográfico. Até agora, leitora, fiz um percurso por memórias de um fazer que usa minhas condições de visão e visibilidade sobre a questão da escuta oferecida a imigrantes. Algo valioso para se pensar na produção de novas reflexões que visualizam linhas de fuga micropolíticas, mas que definitivamente precisa se colocar em relação para se fazer viável na formação do meu argumento para esta tese e, principalmente, na qualificação do atendimento a imigrantes. Para isso, a seguir, articulo minha narrativa com a apresentada por profissionais da rede pública de saúde da região de Florianópolis que aceitaram compartilhar suas experiências comigo por meio de entrevistas em profundidade.



# segundo movimento

## **7. Segundo movimento: a escuta em expansão nos espaços públicos de saúde**

A partir de agora, faço uma tecitura discursiva com as entrevistas que realizei. Trabalho com a ideia de expansão por acreditar que, em rede, a escuta atinge espaços e situações que, sozinho, não conseguiria descrever. Aqui, busco responder aos objetivos de caracterizar o processo de acolhimento do sofrimento psíquico de imigrantes nos serviços de saúde em Florianópolis; identificar a compreensão de sofrimento psíquico e efeitos psicossociais oriundos do processo migratório na perspectiva de profissionais de saúde; mapear os itinerários de cuidado percorridos por imigrantes que apresentam queixas de saúde mental; e reconhecer especificidades do diagnóstico psicopatológico atribuído a imigrantes.

Além das informações que já trouxe no percurso metodológico sobre esta parte da pesquisa, acredito que caiba algumas explicações prévias a fim de melhor contextualizar este campo em específico. Como explicitarei, Florianópolis foi a cidade onde mais trabalhei como psicólogo no contexto migratório e, portanto, espaço onde conheci com maior complexidade os meandros da rede de cuidado disponível para esta população, em específico a psicossocial. Nos últimos anos, esta cidade tem despontado como um importante destino de imigrantes, especialmente de nacionalidades latino-americanas, africanas e caribenhas (Silva, Rocha & D'Ávila, 2020; ICOM, 2022). O espaço urbano, as relações comunitárias e as necessidades levadas às políticas públicas se transformaram na medida em que outros enquadres de cuidado e necessidades de saúde foram apresentadas (Silva, Rocha & D'Ávila; GAIRF, 2015; Machado, Barros & Martins-Borges, 2019).

O primeiro relatório sobre a situação dos imigrantes e refugiados na região - e que contou com uma perspectiva psicossocial - foi lançado em 2015 pelo Grupo de Apoio a Imigrantes e Refugiados na Região de Florianópolis (GAIRF), o qual era composto por comunidade acadêmica, profissionais da rede pública e movimento social de imigrantes. Na ocasião, a produção do relatório e as ações de acolhimento organizadas eram mobilizadas pelo número crescente de imigrantes haitianos que chegavam na cidade por meio dos programas de interiorização e, posteriormente, a portaria de Acolhida Humanitária estabelecida pelo Governo Federal, a qual tem sido prorrogada até o ano de 2023. Este fluxo migratório e as cenas que surgiram a partir dele, aliás, foi um significativo marco político e social no olhar da região para o fenômeno da migração, pois

trouxe a urgência de ações coletivas e práticas de acolhimento. Na época, a atenção especializada era realizada, especialmente, pela Pastoral do Migrante (GAIRF, 2015).<sup>39</sup>

Faço destaque para a participação do NEMPsiC na elaboração deste relatório e na mobilização política para o acolhimento a imigrantes desde 2012 na região. Em minha visão, esta presença representa um registro memorial de uma ética do cuidado que esbarra inclusive aqui nesta minha tese, pois foi no NEMPsiC que “treinei” minha escuta. Isto significa construir – e disputar – um espaço para o cuidado psicossocial que vai para além da leitura da clínica – e da escuta – tradicional. Como profissionais que se disponibilizam para a escuta do sofrimento oriundo do processo migratório, com muita frequência, traça-se uma linha perante os demais profissionais, colocando-nos nesta ação “do além” que será executada quase que de uma forma incompreensível, como comentei no meu movimento cartográfico anterior (Martins-Borges & Pocreau, 2009).

Diferente disso, o NEMPsiC construiu uma prática vinculada a uma escuta extramuros, como nos aponta Carvalhaes (2019) e, sobretudo, clínico-política (Rosa, 2009), trazendo o cuidado psicossocial para a cena da corresponsabilização: para que ele seja realizado, há que se ter uma implicação coletiva que ofereça espaço e reconheça sua função (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015). Desde então, encontramos integrantes do grupo não apenas na atuação clínica, mas em ações coletivas de garantia e manutenção de direitos. Ou seja, ao menos nesta rede em questão, a psicologia se fez presente para além da elaboração de avaliação e acompanhamento psicológico, apresenta-se um olhar intercultural oriundo do orientador técnico e epistemológico da etnopsiquiatria (Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015). Talvez por integrar este grupo, toda a inquietação que deu base para esta tese surgiu, pois no trabalho com a rede, percebi um contraste de perspectiva com outros profissionais do *saber psi*.

---

<sup>39</sup> A Pastoral do Migrante, assim como outras iniciativas da Igreja Católica, utiliza de princípios da teologia da libertação e de uma abordagem aplicada dos preceitos cristãos para oferecer suporte e acolhida por meio de caridade e apoio espiritual. Por mais que haja um viés religioso importante que precisa ser considerado e ponderado nas ações dentro deste campo, cabe ressaltar que a Pastoral do Migrante em Florianópolis foi, por alguns anos, o único ponto de suporte especializado para esta população, oferecendo apoio para documentação e manutenção de condições básicas de existência (GAIRF, 2015; Barros, 2022). Não à toa, a Pastoral foi cenário do primeiro campo de estágio em psicologia social ofertado pelo NEMPsiC para estudantes de graduação em psicologia neste contexto, o que foi chamado, na época, de “Projeto Sala de Espera”, no qual estagiários ofereciam escuta a imigrantes que esperavam pelo atendimento relacionado aos documentos na Pastoral. Isto me traz uma importante reflexão, a qual aprendi com o saudoso professor Dr. Marco Aurélio da Ros: há certas situações que nos demandam alianças estratégicas para efetivar nosso trabalho e bancar nosso posicionamento diante das opressões sociais. Sendo assim, ainda que marcado por um apelo religioso, foi na Pastoral do Migrante que se construiu um primeiro espaço de escuta segura e especializada para imigrantes na região, o que construiu um território de possibilidade suficientemente forte para sustentar a inclusão da psicologia como equipe mínima do CRAI/SC, posteriormente.

No ano de 2022, foi lançado o relatório “Sinais Vitais: migração internacional”, pelo Instituto Comunitário de Florianópolis (ICOM). O objetivo do relatório é identificar questões prioritárias e desafios da comunidade, visando orientar ações de melhoria por meio de indicadores. Independente da temática, os relatórios são produzidos seguindo algumas etapas: (a) levantamento de informações oficiais; (b) consulta a especialistas para análise contextualizada e (c) organização do relatório e divulgação dele em diferentes meios. No caso deste relatório destinado à realidade dos imigrantes em Florianópolis, foram levantadas informações das três esferas de diferentes políticas públicas (municipal, estadual e nacional), entrevistas em profundidade e grupos focais com imigrantes, além de consulta a grupos de pesquisa e movimento social organizado que trabalham com esta temática na região.

A leitura deste documento traz significativas contribuições para a reflexão que busco trazer. Primeiro, percebe-se um aumento considerável na rede de atenção disponível para a população migrante, quando comparado com o apresentado pelo relatório de 2015. As nacionalidades de maior presença na cidade seguem sendo Venezuelana e Haitiana, o que pode agregar uma característica involuntária ao movimento migratório, sabendo-se da história de cada um destes países. Além disso, é possível constatar que Santa Catarina foi o estado que, desde 2019, recebeu mais imigrantes pelo processo de interiorização organizado pela Operação Acolhida em Roraima. Até 2019, Florianópolis era a cidade do estado que mais acolhia imigrantes e atualmente figura a terceira posição, atrás de Joinville e Chapecó, dois importantes polos industriais (ICOM, 2022). Isto nos faz pensar sobre a importância de entender as práticas em saúde cada vez mais implicadas na compreensão da demanda apresentada aos serviços como algo diretamente ligado aos condicionantes sociais constantemente em transformação.

No que diz respeito ao cuidado em saúde, sabe-se por meio dos dados disponibilizados pela prefeitura que 98% dos atendimentos oferecidos a imigrantes no ano de 2021 foram realizados nas unidades públicas de cuidado. Este fato sinaliza a importância e a efetividade do SUS no que diz respeito a sua universalidade, oferecendo atenção em saúde como um direito básico e fundamental. Além disso, indica a necessidade e a urgência de se qualificar o trabalho dos profissionais para o atendimento a imigrantes, uma vez que os serviços estão sendo utilizados em todas as regiões da cidade e em todos os níveis de atenção, pois há imigrantes cadastrados em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município (ICOM, 2022).

Ou seja, não é uma demanda isolada e tampouco sem relevância quando se parte de uma perspectiva de cuidado que depende diretamente das necessidades apresentadas

pelo território e dos determinantes sociais (Losco & Gemma, 2019). Sobre isso, o relatório ainda demarca uma relevante informação, a qual debaterei à frente, pois também surgiu na fala dos profissionais com quem dialoguei: com mais frequência, as demandas trazidas por imigrantes associadas à sua saúde chegam às unidades de urgência e emergência, o que também é confirmado pela literatura (Losco & Gemma, 2019; Pussetti, 2009; Dias et al, 2011; Barreto et al, 2019). Ou seja, a crise acaba sendo um motivo mais frequente de busca por ajuda do que, necessariamente, a promoção de saúde e a prevenção de agravos.<sup>40</sup>

Esta percepção do cuidado centrada na emergência do sujeito adoecido ou na experiência da crise, por exemplo, abre espaço para uma leitura do usuário dos serviços de saúde sob o viés exclusivo do sujeito de direitos, como explicitarei anteriormente. Cuidar-se, pois há uma necessidade urgente que precisa ser respondida e uma obrigação legal mantida pelo Estado. Cuidado, sobretudo, é um ato relacional capaz de transformar realidades e não é direcionado apenas a experiências nomeadas em quadros patológicos, mas especialmente a sujeitos em sofrimento que buscam escuta e conduta, a qual não necessariamente representa a descrição de um destino por meio de determinado protocolo específico (Lingiardi, 2021). O cuidado se faz no encontro.

Souza-Lopes (2021), em sua pesquisa com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na cidade de Florianópolis, por exemplo, indica o papel fundamental da escuta oferecida a imigrantes que se desloca para o território, disponibilizando-se para compreender *in loco* as necessidades desta população, para além dos momentos de emergência. Ou seja, para construir uma escuta que seja coerente com a demanda apresentada, é importante que ela se desdobre em uma ação para além daquilo que ocorre dentro dos consultórios dos Centros de Saúde (CS). Ações como visitas domiciliares surgem como uma ferramenta de trabalho que transforma os espaços de saúde em lugares mais acessível

---

<sup>40</sup> Acredito que seja importante considerar que este pode ser uma informação sobre os imigrantes e as barreiras percebidas por este grupo no atendimento à saúde, mas também fala do paradigma em saúde vigente nos próprios espaços de cuidado. Práticas de cuidado que privilegiam o saber biomédico e atendimentos centrados na doença e não na promoção de saúde ainda são frequentes, mesmo na atenção básica. Isto significa práticas de cuidado que utilizam de uma racionalidade que esperam a “doença” se instalar ou emergir no discurso (ou no corpo) do usuário para poder pensar em uma ação de cuidado (Fertonani et al, 2015). Afinal, como esperar que os imigrantes conheçam e busquem os serviços de saúde no Brasil se não houver um extenso trabalho de educação em saúde e divulgação da estrutura e funcionamento do SUS. Enquanto trabalhava no CRAI/SC, por exemplo, escutei quatro gestantes imigrantes que acreditavam que a UBS funcionava como um hospital e que, sem fazer o pré-natal ou ir àquele espaço previamente, acreditavam que poderiam parir seus filhos ali. E aqui uma pergunta retórica: a população vê a atenção primária como especializada por não conhecer o sistema de saúde ou a territorialização da Atenção Primária não alcança todas as necessidades do território? Por ser um modelo de cuidado contra hegemônico, o SUS precisa se fazer compreensível em seus atos, apostando na educação em saúde como uma ferramenta cidadã.

para esta população que, como comprovado pela literatura acadêmica, já encontra barreiras importantes no acesso a procedimentos básicos de saúde (Jaeger et al, 2019; Gistau et al, 2012; Dias et al, 2012).

No relatório do ICOM supracitado, apesar de ser possível encontrar uma leitura completa e bastante ampla sobre vários aspectos relacionados à população migrante e o acesso a direitos básicos, há pouca menção ao cuidado psicossocial ou à saúde mental. Em suas páginas, cita-se a rede de cuidado disponível com informações sobre espaços e serviços onde imigrantes podem buscar apoio, mas não são apresentadas informações específicas sobre esta demanda, o que nos indica uma importante lacuna, algo que buscarei articular com este movimento da pesquisa. Mais do que isso, a ausência de informações como estas em um relatório com tantos outros detalhes nos indica como ainda é difícil a tarefa de olhar para o sofrimento psíquico. Porém, algo muito significativo pode ser lido nas entrelinhas: quantitativamente, mais imigrantes buscaram o serviço de Assistência de Social do que espaços de cuidado em saúde.

Quando pensamos na produção do sofrimento psíquico como algo complexo e extremamente vinculado às condições de vida e de reconhecimento público, encontrar a informação que, dos quase quatro mil imigrantes cadastrados na Secretaria de Assistência Social (SAS) por meio do Cadastro Único (CadÚnico), 46% encontram-se em uma situação de extrema pobreza (renda familiar per capita inferior a R\$ 89,00) nos acende um sinal de alerta sobre as estratégias de acolhimento (ICOM, 2022). Afinal, como indiquei no primeiro movimento cartográfico, é muito difícil pensar em busca por cuidado em saúde mental especializado quando necessidades básicas para a manutenção da vida não estão supridas, há algo para a preservação da vida que parece ser mais urgente e deve ser visto por órgãos públicos e sociedade civil.

Encontrar este cenário é assustador e, ao mesmo tempo, parece legitimar a narrativa da “crise” na corporificação quase que exclusiva da precariedade na experiência dos imigrantes, algo que devemos também atribuir às nossas atividades de acolhida que se mostram insuficientes. Sem realizar esta autocrítica, localizamos unicamente nas pessoas imigrantes a perpetuação de situações de vida “potencialmente” traumáticas, as quais nos colocam, como profissionais, diante de impasses que paralisam a prática. Nomear e, em certa medida, naturalizar a precariedade nos faz também naturalizar nossa suposta impotência frente a algumas situações, algo que pode ser estruturalmente modificado se sairmos da narrativa identitária entregue à população migrante, a qual é frequentemente associada apenas a “pessoas traumatizadas”. Como nos questiona Papadopoulos (2020): não seriam estas reações psicossociais normais frente a situações

anormais que obrigam o deslocamento e, posteriormente, não oferecem suporte adequado?

Ou seja, fala-se de uma situação em que a população migrante que busca por espaços públicos de escuta na região é marcada significativamente por processos de precarização e, na mesma medida, é o cuidado psicossocial especializado oferecido. Falo do cuidado especializado aqui, pois ele pode funcionar como importante sensibilizador para profissionais dos espaços de saúde, operando em uma lógica quase que matricial (Machado, Barros & Martins-Borges, 2019). No entanto, como aponta Barros (2021) em sua tese sobre o CRAI e sua condição precária, parece haver na região uma tensão e uma resistência política não apenas na construção, mas especialmente na manutenção de espaços de escuta e cuidado que sejam voltados para as necessidades específicas da população migrante, algo que definitivamente é socialmente construído. Restando, assim, a ações individuais dentro dos serviços públicos uma mudança progressiva na qualificação da escuta. Por isso, as entrevistas em profundidade podem indicar importantes linhas de fuga.

Para articular a análise que responde aos objetivos desta pesquisa com os trechos das entrevistas selecionados, identificarei as pessoas que participaram considerando sua profissão e o equipamento de saúde onde trabalha, citando estas informações antes ou depois de cada uma das falas. Porém, não identificarei cada uma das entrevistadas separadamente por um risco ético de expor suas identidades. Em se tratando de uma cidade com um número relativamente pequeno de profissionais atuando na área, especialmente em setores especializados de saúde mental nos serviços públicos de saúde. Opto, a partir de agora, por me referir a todas as profissionais com quem conversei no gênero feminino, pois as mulheres compuseram a maioria das pessoas entrevistadas (10 das 16 pessoas).

Ao todo, 24 profissionais foram abordadas para realização das entrevistas, 8 indicaram que nunca atenderam imigrantes em seu cotidiano, mesmo trabalhando em regiões com uma alta concentração desta população, segundo as informações do relatório do ICOM (2022). Estas, por este motivo, advertiram que não se sentiram à vontade de participar da entrevista, mas ressaltaram a importância de trabalhos como este para a qualificação da atenção, pois percebem ser uma demanda “*em alta*”. Esta informação, por si só, já nos traz possibilidades de análise, afinal, diante do contraste entre os dados quantitativos e a percepção das profissionais, retoma-se aquilo que Macedo (2022) aponta sobre a invisibilidade de imigrantes em certos espaços: mesmo que presentes, suas demandas são camufladas frente às demais. Ao mesmo tempo,

confirma a hipótese de Freud sobre o narcisismo das pequenas diferentes, uma vez que especialmente o semelhante ganha reconhecimento.

Aquelas que apontaram ter atendido imigrantes e aceitaram participar das entrevistas, com exceção das médicas de família, afirmaram não ter muitas experiências e não sabiam se poderiam contribuir com a temática. Mostravam, de início, certo receio “*em falar algo errado*” ou “*ter pouco para contribuir*”, como apontaram duas entrevistadas. Uma das psicólogas especificou:

quando você me convidou, eu pensei: eu acho que não tenho isso [atendimento com imigrantes]. Aí perguntei para a residentes que estava comigo: temos isso ou não? E olha o quanto estou falando. [...] E agora vem e eu percebo: nossa tem um monte, né? Só que a gente não percebe, né? Será que é porque já estão incluídos no nosso processo de trabalho e nem percebemos mais?

Durante o diálogo produzido na entrevista, todas as participantes foram recordando de situações ou casos clínicos emblemáticos que tinham a migração como tópico principal associado a algum tipo de sofrimento psíquico. Por mais que a hipótese lançada pela psicóloga seja de uma inclusão total a ponto de não estabelecer mais percepção de diferença, a literatura nos faz pensar por outros caminhos. Como nos indica Nogueira (2011) além dos determinantes imediatos da saúde que constituem a queixa levada aos serviços de cuidado, encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão, tanto sobre a conduta terapêutica quanto sobre aspectos da própria vida.

Como interpretação possível para esta questão, recorro a duas possibilidades: o imaginário coletivo acerca da figura do imigrante na região, a qual conta com forte influência dos fluxos migratórios europeus dos séculos XIX e XX e o racismo estrutural que localiza imigrantes facilmente em situações de extrema vulnerabilidade na condição de pessoas não brancas, as quais são entregues a um enquadre de visibilidade nas dinâmicas de poder que facilita o esquecimento (Almeida, 2018). Uma das entrevistadas, psicóloga, inclusive comentou em determinado momento: “*Ah, você não quer saber apenas de pessoas negras, então?*”

Essa frase anuncia a frequente permeabilidade de nossa escuta frente aos processos de violência e dominação que, mesmo inconscientemente, aparecem em nossos discursos. Por isso, para falar sobre a escuta do sofrimento e seus possíveis efeitos de normatização, acredito na importância de localizar os aspectos sociais e políticos da região. Após a leitura sistemática das entrevistas, dividi esta análise em categorias

semânticas, as quais apresentam as reflexões possíveis sobre este tema, indicadas com elementos analíticos centrais na figura abaixo:

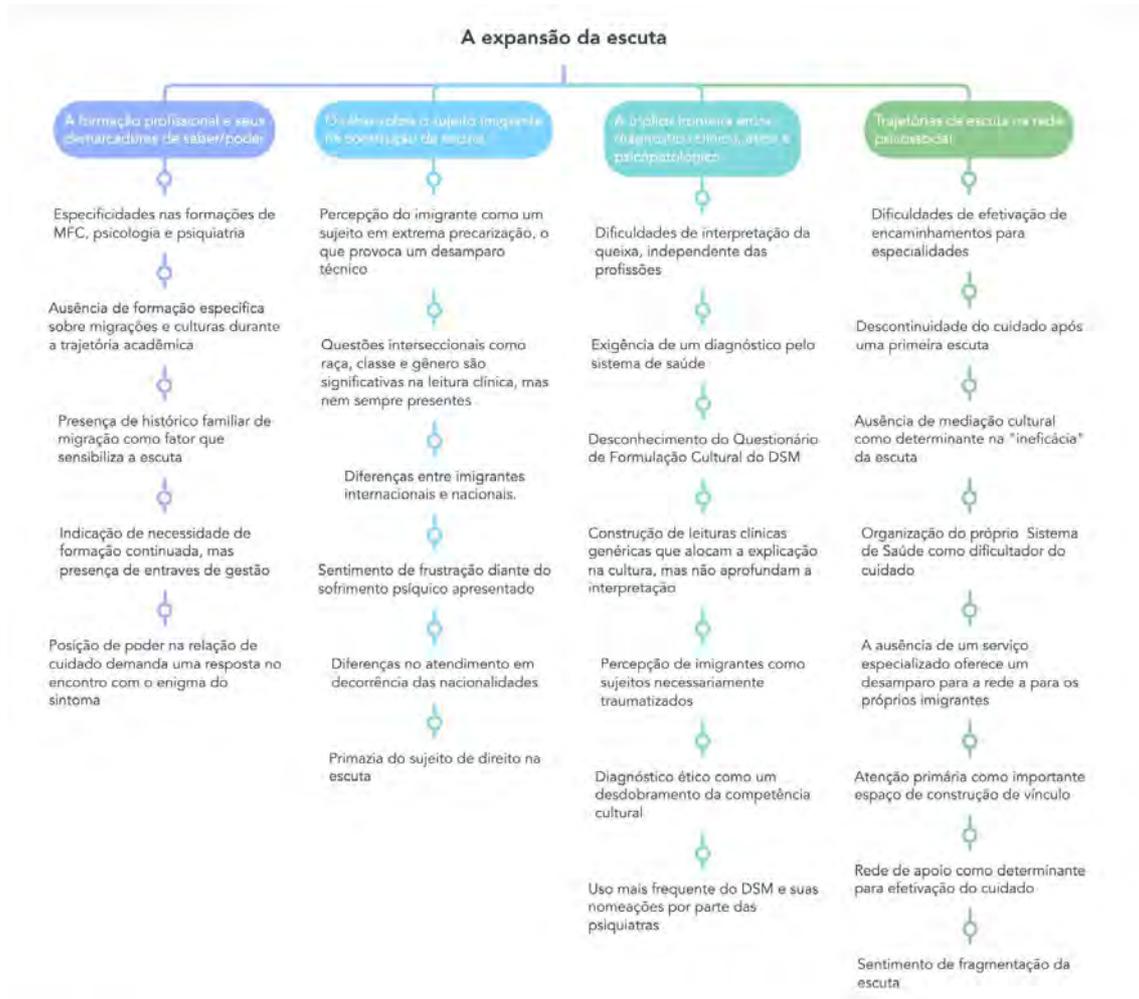


Figura 5 Esquema com elementos analíticos do segundo movimento cartográfico

Começo por aquilo que nos faz sermos reconhecidos como profissionais da escuta e nos instrumentaliza com ferramentas de cuidado e, da mesma forma, nos posiciona em lugares de poder: a formação.

### 7.1 A formação profissional e seus demarcadores de saber/poder

Considerando o recorte que realizei para selecionar os profissionais que seriam entrevistados, falar de formação profissional não é qualquer coisa. Escolhendo apenas os profissionais que são aptos a realizar o psicodiagnóstico, faço uma importante

demarcação no que diz respeito às relações de saber/poder. Escolho aqueles profissionais que, para Foucault, são capazes de reproduzir o “ato psiquiátrico” em suas práticas na cena clínica (Foucault, 2006). Institucionalmente, são estes os profissionais capazes de nomear e codificar o sofrimento psíquico e indicar um possível tratamento. Apesar de não serem os únicos que podem oferecer escuta, em linhas gerais, estes são os profissionais que, na rede pública de saúde, conseguem oferecer aquele teor “prático” que responde a demanda trazida pelo sofrimento psíquico: seja com um diagnóstico – que circunscreve simbolicamente na cultura este enigma do sofrimento, mas não o resolve-, uma medicação, a própria psicoterapia ou um Projeto Terapêutico Singular. Porém, como estas profissionais veem a questão do encontro entre culturas na construção da sua escuta?

Das 8 psicólogas entrevistadas, apesar de indicarem a importância da leitura contextualizada da queixa apresentada pelas pessoas que escutam, apenas duas relataram ter tido alguma questão teórica ou técnica sobre o trabalho com imigrantes durante a graduação ou sobre a cultura como uma ferramenta clínica. A primeira delas, diz lembrar de discussões e leituras relacionadas a isso em disciplinas que abordavam tangencialmente a temática: *“algumas disciplinas da faculdade ainda ajudaram. A psicologia ambiental que eu fiz há alguns anos que ajudou a pensar e a entender um pouco essa questão da importância do contexto.”*

Por mais que seja significativo ressaltar a presença deste debate, ele parece ser secundário quando comparado a assuntos de maior “relevância” dentro da grade curricular. Como sugere Carvalho, Souza & Macedo (2020), algumas temáticas acabam sendo marginalizadas frente à debates de certa “psicologia clássica” que coloca disciplinas como Psicopatologia e Psicologia Clínica em espaços centrais, cabendo a docentes e estudantes o interesse por aquilo que pode escapar deste enquadre. A aposta das autoras é pensar que as demais disciplinas vistas como menos técnicas, ou seja, com menos respostas práticas, podem também instrumentalizar em um fazer da psicologia reflexivo e eticamente comprometido, mais coerente com as necessidades trazidas pelas pessoas que buscam cuidado psicológico. No caso desta psicóloga que entrevistei, a disciplina de Psicologia Ambiental, por exemplo, a auxilia na escuta que oferece a imigrantes.

A outra psicóloga que indicou ter estudado a temática na graduação afirmou ter feito seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre imigração e práticas escolares, considerando, especialmente, sua relação pessoal com a temática, nas palavras dela:

Então, eu nasci aqui, mas meus avós são todos [nacionalidade omitida], eu fui criada numa colônia. Então, assim estava falando, lembrando que meu trabalho

de conclusão da faculdade era sobre imigrantes. Mas eu nem me lembro [risos] tinha que escrever uma parte de um livro... eu me formei em [ano omitido], faz muito tempo. Mas assim é algo que... antropologia é uma coisa que eu sempre quis fazer. Eu já tenho essa curiosidade, né? E encontro das diferenças culturais.

No caso dela, o interesse pelo tema e o viés pessoal fez com que ela estudasse a temática, algo que é confirmado pela sua disponibilidade em aprender antropologia. Além dela, uma outra psicóloga também apresentou um histórico familiar com a imigração e que, da mesma forma, impacta diretamente na sua atuação profissional quando se vê diante de uma barreira cultural. Este fato, apesar de não ser inserido diretamente na formação oficial, parece representar um importante demarcador na conduta clínica. Ao relatar um impasse frente a uma dificuldade de compreensão no atendimento com um imigrante, ela relata:

O que eu pedia era para explicar como conseguisse. Por exemplo, pudesse me dar exemplos, pudesse descrever. E sempre com esse viés de querer ampliar minha compreensão sobre a realidade vivenciada por aquele usuário SUS, por aquele paciente, naquela circunstância. E como eu sou filho de imigrantes do [país omitido], então esse choque cultural eu experimentei quando criança. [...]Eu fui inserido a palavra com o espanhol, com o castelhano também, a primeira língua que eu aprendi a falar. As primeiras palavras foram em espanhol. E eu fui aprender português na escola, no dia em que eu brincava no bairro com as crianças do bairro. Então eu tenho um pouco dessa experiência de ter duas referências culturais. Então, isso para mim é muito interessante. Então, quando vem alguém de um outro país, que saiu do seu país para reconstruir a vida aqui no Brasil, que está em sofrimento e chega até mim, eu fico interessado, mas muito mesmo, cheio de curiosidade, ávido por informações.

Neste ponto, volto à reflexão que trouxe anteriormente no primeiro movimento cartográfico. Parece-me impossível continuar acreditando em uma proposta “neutra” do fazer psicológico. Como sugere Preciado (2021), características identitárias também compõem o olhar clínico, especialmente quando estamos falando da psicanálise e da relação intersubjetiva causada pela transferência e suas dinâmicas inconscientes (Freud, 2010b). Não há como obliterar a história pessoal da construção da escuta clínica. No caso das duas psicólogas que relataram ter uma proximidade com a temática em suas histórias, parece ficar mais evidente aquele caráter de “desejo” importante para a efetivação da escuta em sua perspectiva clínico-política que comentei no movimento cartográfico anterior (Rosa, 2009).

Em relação às psiquiatras, todas também apontam para certo papel da cultura na formulação diagnóstica e conduta terapêutica, mas indicam que lhes faltam ferramentas importantes. Nas entrevistas com esta categoria profissional, é interessante perceber como estes termos nosológicos são mais frequentes, talvez pela formação médica em si ou pelo peso de verdade associado ao saber que precisa de certos significantes para se

legitimar (Figueiredo, 2002). Contudo, apesar de não apresentarem disciplinas ou cursos específicos sobre o tema na formação, indicam uma reflexão genérica sobre, como pode ser visto na fala de uma das psiquiatras entrevistadas quando responde se teve algum conteúdo específico sobre os efeitos psíquicos da migração ao longo da sua trajetória de formação.

Muito, muito o básico, justamente falando nesse sentido, de... Da gente precisar conhecer o indivíduo na sua cultura para que as questões culturais... A gente não pode... A gente precisa compreender e conhecer pra não trazer aquilo como algo que seja um problema para “ciclano”, quando na verdade não é somente ligado às questões religiosas, né? E é justamente na saúde mental essa coisa de vozes, de vultos. E a gente tem isso até no Brasil, inclusive sobre a questão religiosa, as religiões de matriz africana [...] A gente não só vive com aquilo que é trazido para a gente como uma queixa, como problema. Mas entender a cultura [...] de saber como que é e o aquilo significa e se aquilo tem relação ou não com a questão da religião, enfim. Então a gente tem... Eu tive algumas coisas a respeito disso na minha formação, porque a gente não tinha sobre determinada população específica, mas que falava muito de ter esse cuidado, até populações que não são do nosso meio, da nossa cultura, da nossa língua. Bem, fala muito da contextualização... E saber do território para a gente não acabar tendo como um sintoma ou diagnóstico que não é, que é cultural.

Na fala acima, fica evidente um cuidado clínico no sentido da relativização cultural, o que pode indicar a presença de ações na conduta do que a literatura especializada na área tem chamado de “competência cultural” (Dell'Aversana, & Bruno, 2017; Damasceno & Silva, 2018). No trecho, a psiquiatra, mesmo afirmando ter pouco debate sobre o tema em sua formação, indicando ter sido apenas o “básico”, consegue tecer uma narrativa sobre sua prática que concebe leituras e manifestações do sofrimento psíquico para além das ocidentais, deixando em suspeição seu saber. Contudo, há uma ressalva: em sua fala, ela faz um destaque para esta prática como uma etapa de um protocolo que segue os critérios diagnósticos do DSM, apesar de criticá-lo. Pergunto-me: há como ser tão objetivo na escuta com questões culturais como estas? Neste aspecto, há uma diferença que me parece fundamental no que diz respeito à fala das profissionais da psicologia.

Para as psiquiatras entrevistadas, o psicodiagnóstico aparece, de fato, como um nó na formação quando se trata de atendimento a imigrantes, uma delas comenta: “*é um desafio enorme, pois são outras formas de sofrer, é impossível estar preparado para tudo, mas às vezes sinto que preciso*”. As psicólogas, em sua grande maioria, relatam que sua formação e sua prática clínica não necessita de um psicodiagnóstico para estruturar o cuidado e que, quando ele acontece, ele é secundário, uma delas diz: “*vi o DSM porque precisava na faculdade, depois, nunca mais*”. Contudo, utilizam com frequência a nosologia para ter uma linguagem comum com as demais profissões, como uma tentativa

de explicar este algo “para além da compreensão” que a psicologia faz. Ou seja, busca-se uma explicação em termos enquadrados no binômio saúde/doença e legitimados pela instituição de saúde, pois, segundo uma das psicólogas, “*todo procedimento precisa de um CID*” Além disso, diferente das psiquiatras, as psicólogas indicam uma formação também para o trabalho com grupos, algo que possibilita uma abordagem não individualizada sobre o sofrimento psíquico, o que tira o peso e a necessidade de um psicodiagnóstico pessoalizado e abre a possibilidade para um cuidado em abordagem comunitária, algo de extrema relevância nos processos de inclusão de imigrantes (Balaam et al, 2016; Fuertes et al, 2010).

Ainda sobre a formação, em relação às Médicas de Família e Comunidade (MFC), há uma informação bastante relevante. Todas as médicas que entrevistei possuem bacharelado em medicina e, posteriormente, realizaram especialização na modalidade residência em Saúde da Família e Comunidade, todas elas na cidade de Florianópolis. Digo que é um grande diferencial, pois sua escuta clínica, ainda que generalista, foi construída nos territórios da própria cidade onde realizei a pesquisa e, portanto, conhecem as dinâmicas populacionais e territoriais das quais comentei anteriormente. Por mais que durante a graduação elas tenham comentado não ter tido informações sobre migrações e culturas, na especialização, diferentemente, consideram ter tido uma prática empírica que as obrigou a conhecer e desenvolver técnicas de aproximação e escuta para população imigrante.

Inclusive, uma das MFC entrevistadas relata uma pesquisa realizada por colegas que finalizaram a residência anos antes dela, os quais, ao perceber o elevado número de imigrantes nos territórios de atuação, realizaram uma pesquisa para aprimorar as práticas de cuidado a partir de um levantamento quantitativo dos atendimentos realizados entre 2014 e 2016 (Dattoli, Lúcio & Chaves, 2019). Um dado apresentado por esta pesquisa e que, segundo a mesma entrevistada, significou uma importante reflexão, foi a informação que o serviço farmacêutico foi o mais utilizado por imigrantes no período de pesquisa, à frente das consultas médicas. Primeiro o remédio, depois a escuta. Para ela, este foi um demarcador importante de que a escuta precisa vir antes das medicações, priorizando o vínculo. Em linhas gerais, ela acredita que a dificuldade encontrada na comunicação, coloca na medicação uma facilidade na resolução, algo que precisa ser revisto a partir de práticas de acolhimento, para que se possa, de fato, escutar. Na reflexão que ela faz ao se deparar isso, aponta para certa dificuldade da própria rede de acolhimento em saúde mental:

Olha, pode ser que isso acabava acontecendo muito até por dificuldade de ter acesso a psicoterapia que acabava que a gente tinha poucas coisas que a gente

podia fazer, não consegue mudar o contexto dessa pessoa, você não consegue encaminhá-la para fazer terapia, ela não tem tempo a fazer atividade física e aí o remédio acabava sendo quase a única coisa que você tinha para oferecer, mas sempre tentamos usar todas as outras fontes não farmacológicas antes.

No entrelaçar de encaminhamentos que compõe a escuta de uma demanda de sofrimento psíquico, a MFC acaba sendo, na atenção primária, o primeiro ponto onde a queixa aparece. Na fala acima, vemos que há a confirmação daquele “*consigo escutar até aqui*” que apontei no primeiro movimento cartográfico, indicando na psicoterapia o lugar de acompanhamento e cuidado das dinâmicas associadas ao sofrimento psíquico, algo específico do fazer da psicologia. Por um lado, representa um importante reconhecimento da função da psicologia em espaços de saúde, esta profissão que defende a subjetividade frente o imperativo do adoecimento (Simonetti, 2018). Por outro, estabelece uma fronteira importante no cuidado possível para outras profissões que, mesmo sem serem instrumentadas a oferecer psicoterapia, por exemplo, podem lançar mão de técnicas de acolhimento ou até mesmo de escuta empática que, em caso de atendimento a imigrantes, tem importantes resultados de cuidado e, especialmente, na vinculação com serviços de saúde (Papadopoulou, 2020).

Porém, muito provavelmente, o que faz a medicação surgir como uma estratégia possível é justamente os enquadres profissionais e as amarras discursivas que delimitam a prática. Uma vez que a medicina se constrói historicamente nos últimos séculos com esta capacidade de agenciar realidades por meio do reconhecimento, nomeação e tratamento daquilo que é compreendido como doença, seu fazer é marcado por uma característica prática e objetiva (Foucault, 2011). Como se, necessariamente, tudo pudesse ter uma resposta rápida oriunda da utilização de um protocolo. Por exemplo, em um estudo realizado em um hospital suíço, mesmo depois de implementação de protocolos médicos de atendimentos específicos para o acompanhamento em saúde mental de pacientes imigrantes, profissionais da medicina ainda indicavam dificuldade nos atendimentos, muito semelhantes àquelas percebidas antes da utilização desta ferramenta (Hudelson et al, 2014).

Ou seja, mais do que instrumentalizar com algo necessariamente objetivo, ao ouvir os profissionais e pensando na trajetória que apresentei sobre a construção da minha própria escuta, a formação carece de práticas reflexivas. Tanto na formação de base que autoriza a atuação profissional, no caso medicina e psicologia, mas especialmente algo que deveria ser garantido pelo SUS, a formação continuada para os trabalhadores. A formação continuada no SUS é fundamentada nos princípios da educação permanente em saúde, que envolvem a reflexão crítica sobre a prática, a integração entre teoria e prática, a valorização da experiência e do saber dos

trabalhadores, a construção coletiva do conhecimento e a promoção da transformação das práticas de saúde (Brasil, 2010). Porém, nenhuma das entrevistadas, independente da profissão, indicou que realizou algum curso sobre a temática da migração nos últimos anos, mesmo com o aumento da necessidade apresentada no processo de trabalho.

Uma das psiquiatras que trabalha na média complexidade e indica que tem dificuldades importantes no atendimento a imigrantes, especialmente no que diz respeito à “*tradução dos sintomas*”, apresenta uma hipótese para esta questão:

Eu acho que é extremamente importante e potente [formações], mas aí a gente esbarra... A gente sempre esbarra uma coisa que é gestão. Assim, eu acho que é isso que a gente está falando, de ter um espaço formativo e de se fazer rede, de se integrar, de se discutir, de falar. Olha, vocês estão no espaço agora que vocês têm um atendimento, mas a gente pode, de repente, pensar em atendimentos compartilhados com outros dispositivos também. Só que esses dispositivos também precisam conseguir fazer isso. E aí precisa desse espaço formativo. Eu acho que existe o interesse... Existiria e o interesse por conta dos profissionais, com certeza. Só que eu acho que daí emperra numa coisa que é a gestão cobrando produtividade *versus* a liberação de profissionais para essas práticas. [...] E formação, porque assim já existe uma cobrança de número de atendimentos, de tempo, de atendimento, quantos atendimentos não serão feitos? E estamos falando de um cenário que já se reclama de falta de atendimento. [...] Eu acho que para conseguir fazer isso, a pactuação teria que ser com a gestão. [...] Não vale a pena fazer isso financeiramente, a gente está tendo muito gasto em determinada situação, né? Eu não sei te dizer como isso seria possível.

No que diz respeito à formação, fica evidente com as entrevistas que há uma lacuna na especificidade do atendimento a imigrantes. De um modo geral, apesar de considerar a importância do “contexto”, as profissionais indicam limitações significativas, independente da profissão, especialmente no que diz respeito às barreiras linguísticas e culturais. Sabendo que não há uma formação prévia nas graduações tanto em medicina quanto na psicologia, espera-se que a educação permanente cumpra sua função de qualificação continuada, uma vez que é uma diretriz do SUS. Porém, o trecho acima revela uma camada a mais na relação clínica ofertada nos consultórios dos CS: a gestão. Triangulando a relação clínica, as limitações apresentadas pela gestão imprimem certa “pressa” no atendimento, o que pode impedir um cuidado atento, algo de extrema importância no atendimento a imigrantes, uma vez que as barreiras são múltiplas e facilmente camuflam a queixa.

Figueiredo (2002), em sua reflexão sobre a prática ambulatorial da psicologia em serviços públicos, indaga a interferência de acontecimentos como este não só na transferência, mas na própria vinculação do profissional com seu trabalho e, por conseguinte, com a pessoa que escuta. Longe da lógica privada do consultório onde o investimento do “paciente” aparece no dinheiro, como é possível associar que o

pagamento vem do Estado que, por vezes, apresenta mais limitações do que possibilidades para os próprios profissionais? Estas são características próprias de clínicas em espaços públicos que devem estar sempre às vistas da gestão para que a lógica comercial e neoliberal não adentre em um espaço onde a ética do cuidado deve ser o imperativo maior (Rosa-Campos, 2015; Safatle, Silva Junior & Dunker, 2021).

Ainda seguindo com Figueiredo (2002), em seu estudo na realidade do Rio de Janeiro nos ambulatórios de saúde mental, ela estabelece diferenças na escuta entre profissionais da medicina e da psicologia em espaços públicos. Não busco apresentar fronteiras muito estabelecidas entre o que ouvi da formação de cada uma das profissionais, mas há questões importantes sobre a escuta que precisam ser demarcadas para seguir com as próximas reflexões, especialmente porque elas são definidas pelas relações de poder. Das profissionais da medicina escutadas, tanto na Psiquiatria quanto na MFC, é perceptível um “desamparo” técnico maior no atendimento oferecido a imigrantes, como fica evidente na fala de uma das psiquiatras: *eu acho muito complexo, acho muito complexo. E eu fico na dúvida e a gente acaba desconsiderando o sofrimento e intervindo menos. Se fosse uma outra pessoa daqui que eu conheço a cultura, talvez eu fizesse uma intervenção mais precoce.* Com frequência, no encontro com este não-saber, salientam a importância de encaminhamentos para outros profissionais como uma saída possível para os impasses encontrados, ainda que isto implique em limitações como a não disponibilidade de psicoterapia em alguns serviços.

Para as psicólogas, ainda que seja presente uma lacuna perceptível na formação, foi possível perceber uma outra característica da própria profissão que surge como possibilidade inventiva para além do encaminhamento: o trabalho em grupo. Das 8 psicólogas, 6 indicaram a potência do trabalho de grupo com a população imigrante, como fala uma das psicólogas da Atenção Primária:

Parece brincadeira, mas assim, acho que essa curiosidade que eles trazem na cultura, acho que acaba sendo uma não sei... deixa eu pensar. Porque é assim. Eu gosto muito de grupos de trabalho bastante com grupos e esse não é o que estão falando para você, mas sim essa forma de conseguir encontrar soluções diferentes pra vida. Acho que isso é muito rico e quando você tem uma diversidade cultural assim... Então, às vezes uma pessoa que veio lá da Europa tem um pensamento um pouco mais prático, mais objetivo, menos afetivo, né? Na Rússia também é assim, mais intenso. Acho que também ajuda. Sabe o grupo ajuda mudar um pouco o olhar sobre os problemas assim? Então, eu acho que é um pouco bacana.

Na fala dela, fica explícita a capacidade das atividades grupais de qualificar a escuta, tanto em ato, quanto a longo prazo como um espaço de formação para os próprios profissionais. A lacuna na formação que sistematicamente apontamos como uma resposta vinda “de fora para dentro” (por meio de capacitações, por exemplo) pode

também ser preenchida, talvez, com uma mudança na conduta clínica inspirado naquilo que Tobie Nathan (1989) indica para a construção da escuta no encontro entre culturas. Ou seja, uma disponibilidade de introduzir às técnicas algo trazido pelos próprios imigrantes em sua bagagem cultural, afinal, as intervenções só terão sentido se forem simbolicamente compartilhadas entre as partes. Não advogo aqui sobre a ineficácia dos protocolos e outras ferramentas, mas do aceite da complementariedade do nosso saber, a começar pelo aceite de suas limitações.

Para isso, no entanto, é importante compreender como a figura do imigrante é descrita por profissionais de saúde mental nesta realidade, pois em uma perspectiva etnocêntrica em atendimentos de saúde, podem ser vistos como “vazios de conhecimento” ou até mesmo “infantilizados” (Pussetti, 2009). Usando termos que abordei no movimento cartográfico anterior, de que forma imigrantes são reconhecidos dentro destes espaços públicos de cuidado? A meu ver, seguindo a reflexão de Butler (2015), estes modos de reconhecimento estão diretamente relacionados à conduta, pois confirmam meios de se relacionar com o outro. Estes, por sua vez, tomam como base relações desiguais de poder, os quais devem ser sistematicamente combatidos na relação clínica, para que não se perpetuem práticas de normatizações. Considero que isto vai para além da formação profissional e representa uma instância estrutural da sociedade de acolhida. Assim, descreverei a seguir o que consegui capturar sobre o olhar destinado ao sujeito imigrante por estes profissionais na construção da sua escuta.

## *7.2 A olhar sobre o sujeito imigrante na construção da escuta*

Um fato muito comum logo no começo das entrevistas foi tentar definir com as entrevistadas o que era uma pessoa imigrante na percepção delas. Talvez pela dificuldade de lembrar de alguns atendimentos pontuais ou pela pluralidade deste termo, as entrevistas eram marcadas por uma definição do público específico no qual “*eu estava interessado*”. Das 16 pessoas entrevistadas, 10 citaram a questão de imigrantes internos, reiterando as diferenças culturais dentro do próprio Brasil e como isto também aparece como uma questão significativa nos atendimentos. Sabendo das proporções do território brasileiro, é comum que algumas fronteiras culturais, especialmente de práticas de cuidado, apareçam nos atendimentos de saúde. Nas palavras de uma psicóloga, é mais frequente o atendimento de imigrantes internos no CS onde ela trabalha:

as a nossa grande migração mesmo de segmentos de migrantes, vamos dizer assim, é a do próprio país. A gente vai ter várias pessoas chegando do Norte do Brasil, do Pará... Do Norte, do Nordeste, do Sul e aqui dos estados do Sul e

Sudeste. Atualmente, nossa grande migração é de pessoas chegando e às vezes também não em condições tão favoráveis é do Rio Grande do Sul e em São Paulo

Outra psicóloga, seguindo a mesma linha de raciocínio, também acredita que a população imigrante de maior frequência em seu território de atuação é a de brasileiros oriundos de outros estados. Ao comentar sobre isso, ela fala sobre um facilitador em sua equipe, dizendo que uma das médicas é de um estado de onde muitos imigrantes internos são oriundos, facilitando na comunicação e na compreensão das queixas. Este fato me fez refletir sobre a noção de “identidade nacional” em um país como o Brasil, de proporções continentais. É muito difícil pensar em uma compreensão única sobre o que é ser brasileiro, especialmente pela história de intensa migração internacional ao longo da construção do Brasil como Estado moderno (Kuhn, 2014). Nesta miscelânea cultural construída por meio de práticas de dominação e colonização, o Brasil figura um espaço de possibilidades identitárias extremamente plural, capaz de promover ações xenofóbicas e de exclusão dentro do próprio território nacional, com destaque para Santa Catarina e sua herança extremista (Köfer et al, 2019).

Mesmo considerando a importância destes demarcadores culturais internos e a relevância deles nas dinâmicas sociais e de cuidado, não pude deixar de analisar uma informação que aparece nas entrelinhas. Imigrantes internacionais apresentam barreiras relacionais muito mais complexas nos atendimentos em saúde se ponderarmos a questão da língua e tudo que se desdobra dela, como os meios de simbolização da realidade e, por conseguinte, dos modos de sofrimento. Isso supostamente indicaria uma diferença “inquietante” mais visível, capaz de trazer para a memória das participantes, supostamente, com mais facilidade. No entanto, parece-me que aqui encontramos em ato a experiência do narcisismo das pequenas diferenças (Freud, 2010a) somado à teoria do reconhecimento proposta por Butler (2018) em sua leitura de Honneth (2009). Por mais que a diferença seja uma questão inquestionável e perceptível nos atendimentos, ela ainda está inserida em um enquadre de inteligibilidade que confirma a identidade nacional, quase como “diferenças possíveis” que são capazes de estarem inseridas em um primeiro momento da reflexão. Pois, se olharmos para os dados quantitativos indicados pelo relatório do ICOM (2022) nos bairros onde estas duas psicólogas atuam, elas atendem nos dois territórios de maior concentração de imigrantes internacionais.

Inclusive, na fala de uma MFC que trabalhava na mesma área desta psicóloga, ele apresenta dados importante sobre a grande presença de imigrantes nesta região: “A gente chegou a ter no centro de saúde 300 pacientes haitianos quando a gente fez esse levantamento. Se considerar, sei lá, uma população de 6000 pessoas que a gente atendia, então 300 era um número bem considerável”. Ao refletir sobre esta diferença, acredito que encontramos um debate crucial entre a escuta oferecida pelas MFC com as

duas outras profissões que compõem esta pesquisa, as quais são vistas como “especialidade”. Segundo as MFC, como profissionais da Atenção Primária, elas são “*as primeiras pessoas que escutam a queixa*” e, por assim ser, sentem-se em um papel extremamente delicado, especialmente por contar com uma rede de apoio fragilizada. Sobre o fechamento do CRAI/SC, por exemplo, uma das MFC comenta: “*eu acho isso mesmo brutal, que tinha o centro, que fechou e não tem mais. E a gente fica totalmente perdido porque tem coisas específicas deles, precisamos de ajuda, não sabemos de tudo*”.

Em se tratando de serviço público, como nos indica Figueiredo (2002), esta necessidade de encaminhamento para especialidades, com muita frequência, esbarra em uma burocratização, que tem como um de seus resultados nefastos a própria estereotipia de cada uma das áreas, não permitindo, sequer, a existência de “lugares de transição” ou de trânsito que, como vimos no movimento cartográfico anterior, definitivamente podem favorecer a clínica com imigrantes. Por outro lado, as profissões vistas como especialidade da Rede de Atenção Psicossocial indicam um efeito rebote deste encaminhamento na própria percepção sobre os imigrantes: a psicopatologia. Segundo uma das psicólogas, por receberem os imigrantes já encaminhados por outro profissional que realizou uma primeira escuta, sua “visão” já é enviesada por uma conduta clínica, quase que construindo previamente uma percepção sobre a identidade do sujeito que será escutado

Acho que é uma questão que a gente tem que colocar em debate mesmo, porque, como eu estava te dizendo, já aparece uma pessoa com um psicodiagnóstico, com uma patologia encaminhada a nós ou vinda através desse filtro, nesse viés de um diagnóstico. Depressão e ansiedade. E a gente que tem que tensionar um pouco pra ver sim, se não é uma desadaptação cultural, essa pessoa não tem ninguém aqui, né? Não tem rede e tal, mas vem dessa forma já pela equipe de saúde [...]E quando chega pra nós, chega assim, através de sintomas depressivos, ansiosos e já traduzidos, não como foco na questão cultural, como causa. Mesmo assim, como fator predominante técnico, vem com uns sintomas de transtornos.

Retomando a reflexão que apresentei no movimento cartográfico anterior, parece-me que há uma primazia do sujeito de direito nesta primeira escuta, em busca de solucionar a demanda que tensiona o serviço público de saúde de maneira racional e objetiva. Este acontecimento não me parece oriundo apenas de uma prática individual dos profissionais que operam esta primeira escuta, mas de uma dinâmica maior que representa a urgência e a necessidade de dar uma resposta para o enigma que está sendo trazido. Mais uma vez, aquilo que evidenciei na minha própria prática: *o que faço com isso que escuto?* Não à toa, todas as MFC trouxeram um significante comum para falar de alguns atendimentos oferecidos a imigrantes em sofrimento psíquico: *frustração*. Na fala de uma das MFC:

Era bem desafiador... É frustrante. E aí às vezes choravam assim na consulta, eu perguntava se alguma coisa... você via que a pessoa, sabia que a pessoa estava sofrendo assim, né? Só que as pessoas não se abriam. Tenho dificuldade de entender o tanto que a parte é mais da língua realmente, o que dificulta, ou a parte mais cultural.

Para elas, mesmo em situações extremas das barreiras culturais e linguísticas, reconhece-se que há o sofrimento. É possível perceber por meios de sinais e até mesmo de sintomas, mas não se consegue estabelecer um canal de comunicação suficientemente estruturado para direcionar o cuidado, encontrando em práticas de medicalização e medicação a resposta, o que também é confirmado por Pussetti (2009) em sua pesquisa na realidade europeia com profissionais de saúde mental. Com isso, a medicalização surge como um acontecimento que responde apenas às necessidades dos profissionais de saúde, mas que não produz cuidado culturalmente sensível, apenas amplia a barreira apresentada entre o sofrimento manifestado e a escuta possível.

Desta forma, especialmente as pessoas imigrantes que apresentam significativas barreiras comunicacionais e culturais nos atendimentos oferecem um duplo enigma a seus clínicos: o primeiro, associado ao sofrimento que precisa ser traduzido em significantes minimamente compartilhados, o segundo, vinculado a própria experiência de manifestação da diferença, esta possibilidade de “ser de outra maneira”. Este enigma, no encontro com a lógica racional e objetiva da psicopatologia clássica, promove um campo de tensão capaz de ocultar a compreensão do sintoma como pertencente a uma história e a determinada cultural em prol da manutenção da posição de saber (Caponi, 2014). Assim, percebe-se que a noção de reconhecimento é de grande importância nesta questão, talvez o ponto de partida. Como aponta Butler (2015a), o reconhecimento advém de matrizes de inteligibilidade, as quais são compostas a partir de condições de possibilidade de existência. Ou seja, para que um imigrante exista como tal, é necessário o olhar do outro que reconheça esta existência, considerando a diferença como algo dado e inegociável, ela é uma condição relacional básica, como argumenta Kilomba (2019) e, da mesma forma, coloca em um espectro as possibilidades de manifestação do sofrimento, para além dos *checklists* objetivos apresentados pelo DSM (Caponi, 2014).

Sobretudo, foi perceptível nas falas dos participantes que ainda há uma produção imaginária fixa sobre a figura do imigrante e que ela é, eventualmente, ponto de inflexão para o direcionamento do cuidado, como fica evidente na fala de um dos Médicos de Família e Comunidade ao relatar o caso de uma imigrante argentina de quem é responsável pelos cuidados há alguns anos “*Ela nem parece imigrante, já está integrada à comunidade, é como se fosse daqui*”. Quando questionado o que é este “ser daqui”, ela

aponta para hábitos e costumes compartilhados e termina o argumento com o domínio da língua. Ou seja, será que ser daqui significa abdicar de quem se era “lá”? Como profissionais de saúde podem manejar a diferença sem necessariamente suprimi-la ao semelhante?

A partir da nomeação como imigrantes internacionais, termos como “*refugiado*”, “*perseguição*” e “*fugir para um lugar melhor*” ficaram mais frequentes no diálogo, trazendo a ideia de que, para as entrevistadas, a migração involuntária parece ser um acontecimento, se não mais frequente, mais visível, como também confirmam Dias et al (2011) em sua pesquisa com profissionais de saúde. O reconhecimento possível apresentado pelas pessoas entrevistadas é marcado por um reflexo daquilo que os dados quantitativos mostram sobre a população atendida em Florianópolis: pessoas em condições extremas de precarização socioeconômica. Tanto para psiquiatras, psicólogas e MFC, a “condição de vida” das pessoas imigrantes em seu território é marcada por situações sociais críticas, com relatos de violência, falta de condições materiais para a manutenção da vida, entre outros exemplos. Uma das psiquiatras, inclusive, fala sobre um reflexo da condição precária que já era experimentada no país de origem: “*as pessoas que chegam aqui já vêm de uma situação muito delicada*”.

Além disso, todas as participantes também confirmam a presença de mais imigrantes haitianos e venezuelanos em seu processo de trabalho, confirmando o que é apontado pelos dados oficiais (ICOM, 2022). Nestes dois casos, fica ainda mais evidente a necessidade de deixar seu país, seja pela crise econômico-política da Venezuela ou pela delicada situação do Haiti oriunda dos processos de colonização e do terremoto de 2010. Neste aspecto, é inevitável pensar que as narrativas construídas socialmente sobre ambos os casos estabelecem um modo de reconhecimento próprio no encontro entre culturas, mesmo em se tratando de atendimentos em saúde. Sobre isso, Papadopoulou (2020) indica que com muita frequência o discurso sobre o trauma precede o encontro clínico, como se o traumático fosse uma experiência suposta, mesmo sem a escuta propriamente dita. O risco de atos como este é a criação de uma “identidade traumatizada” sobre o olhar que criamos acerca dos imigrantes que, nem sempre, apresentam o trauma como um acontecimento significativo em sua trajetória de vida.

Adentrando em questões identitárias associadas à nacionalidade, as profissionais também demarcam uma diferença importante: sentem mais facilidade no atendimento a pessoas venezuelanas quando comparada às haitianas. Sobre isso, uma MFC comentou: “*com os venezuelanos eu acho que mais tranquilo, porque a barreira da língua não é tão difícil assim. Com o venezuelano a gente consegue entender o que eles estão falando, é mais tranquilo você conseguir ter uma troca ali com eles.*”

Este é apenas uma fala dos tantos exemplos que demarcam certa aproximação linguística com os imigrantes que são hispanofônicos, remetendo a certa facilidade de compreensão. Contudo, isto não isenta a presença de outras barreiras, como as culturais, especialmente relacionadas a compreensões sobre a dinâmica saúde/doença, e estruturais como racismo e violência de gênero. Uma das psicólogas, por exemplo, ao falar sobre situações de violência e a função da escuta em espaços de saúde, comenta:

Teve uma lá no [bairro omitido] que tinha sido agredida pelo marido no Brasil e ela era do Paraguai e ele da Bahia. Ela falou que no Paraguai a notificação, se eu não me engano, precisa ser de um serviço público. Aí ela comentou comigo: você pode só registrar que eu estive aqui e que eu relatei isso? Aí eu falei: laudo assim a gente não faz, mas a gente pode dar uma presença assim. E daí? Como é que funciona?

No trecho, a psicóloga relata um impasse relacionado a um direcionamento possível para escuta: na mesma medida em que ela tinha algo a ser feito considerando os enquadres legais e culturais do Brasil, a mulher imigrante tinha uma expectativa de uma ação aos moldes de seu país de origem. É interessante perceber como a “impressão” ou o registro sobre a situação de violência, para a psicóloga, surge como um laudo que não pode ser oferecido. Por que um laudo? Se formos pensar nas situações de notificação compulsória, violência física pode (e deve) ser notificada por qualquer profissional de saúde que escute esta demanda (Brasil, 2023). Porém, acredito que aqui haja certo receio de “atestar” a violência que é mediada por outros elementos culturais, por outras compreensões de masculinidade e feminilidade moldadas por relações de poder desiguais. Além disso, um efeito rebote das normativas profissionais: *o que (e até onde) posso fazer?* Para a psicóloga, parece ter um elemento oculto no caso que não pode ser atestado, algo que vai além, inclusive, da dinâmica da conjugalidade. É possível apenas indicar a presença. Porém, como esperar certa autonomia na denúncia quando a mulher já relata que, em seu país, quem é autorizado a fazer a queixa é, justamente, o profissional de saúde?

Uma das psicólogas, ao elaborar sobre a dificuldade de alguns colegas no atendimento ofertado a imigrantes haitianos, reflete sobre estas questões:

Eu acho que há racismo também, muitas vezes, e que está velado, um Estado não trabalhado muito bem também entre os profissionais do direito, assim como há questão de gênero difíceis, há questão de racismo. E eu não sei se chega a ser xenofobia, mas a gente tem profissionais mais sensíveis culturalmente, outros menos. Diria que é necessário sim uma formação, uma abordagem, um debate sobre essas questões com os profissionais de gênero, também as diferenças culturais

Foi possível perceber que as profissionais entrevistadas, para compor sua escuta, também constroem sua compreensão sobre o que seria uma pessoa imigrante. Esta, por

sua vez, é marcada tanto por questões pessoais, relacionais, institucionais e estruturais da sociedade de acolhida, assim como indica a pesquisa de Damasceno e Silva (2018). De um modo geral, as profissionais relatam uma percepção da população imigrante na região marcada pela experiência de precarização e de situações extremas. Todos os casos clínicos relatados com detalhes, por exemplo, exemplificam uma experiência de exclusão em diferentes níveis, com foco em situações de desamparo institucional (falta de suporte especializado e questões de gestão), racismo e xenofobia. A paisagem possível para descrever este olhar lançado aos imigrantes pelos profissionais entrevistados, portanto, talvez seja composta por duas camadas: a primeira, os imigrantes acabam sendo um retrato da “precariedade”, corporificando a necessidade de uma ação; a segunda, no encontro com a primeira, produz um desamparo técnico que ainda não encontra suporte suficientemente capaz de evitar sentimentos como frustração ou, até mesmo, condutas clínicas de medicalização. Ao nos depararmos com esta imagem, encontramos uma interpretação possível do porquê as profissionais tiveram dificuldade de identificar imigrantes em sua rotina de trabalho, afinal, olhar para esta situação (e para estas pessoas) é também se deparar com sua própria fragilidade.

### *7.3 A tríplice fronteira entre o diagnóstico clínico, ético e psicopatológico na formulação da escuta*

A partir de agora, adentrarei na questão que mais me intrigou e que deu origem às reflexões desta tese: o diagnóstico psicopatológico no encontro entre culturas. Sei que este ato foi o ponto de partida para chegar no que tenho entendido como real objeto das minhas reflexões aqui, a escuta. Contudo, percebo que ele é um importante diferenciador na conduta clínica e isto se confirmou nas entrevistas que realizei. Nesta categoria de análise, trago a tríplice fronteira entre três zonas extremamente delicadas e que se interseccionam com muita facilidade em um mesmo encontro clínico. No primeiro território, o diagnóstico clínico, compreendo aquilo que Figueiredo (2003) nomeou como uma capacidade de conglomerar, por meio da escuta, os sintomas apresentados em uma possível queixa. Este diagnóstico nos indica um cenário, como uma fotografia para onde olhamos e buscamos responder à pergunta inquietante: *o que eu posso fazer aqui?* Na tese de Foucault (2006) sobre a clínica, aqui estaria um gozo no olhar.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Para Foucault (2006), em sua perspectiva antipsiquiátrica, mesmo isto que tenho compreendido como diagnóstico clínico abarca uma característica do gozo, pois ele utiliza de termos, nomeações, mas especialmente estratégias de visualização do sofrimento que respondem apenas ao fortalecimento de sua posição de saber. Especificamente sobre este gozo do olhar, para Foucault, argumenta sobre esta tendência de “ver o sofrimento” para poder desvendá-lo. Um

Em seguida, o diagnóstico psicopatológico apresenta a camada biopolítica, sobre a qual se instala um gozo no saber (Foucault, 2006). Ou seja, na busca pela resposta da pergunta que anunciei no parágrafo anterior, somos convocados a nomear em termos médicos, para não dizer psiquiátricos, as manifestações de sofrimento, como se fossem passíveis de serem generalizáveis. Para Soler (2018), um diagnóstico psicopatológico acrítico que não considera a dimensão relacional do processo de escuta é, na verdade, um exercício de saber, um álibi para o gozo do clínico. Caponi (2014) ainda acrescenta a esta discussão a ideia de que um diagnóstico psicopatológico pode sobrepor o diagnóstico clínico, como se a prática diagnóstica aos moldes da psiquiatria clássica pudesse substituir a avaliação clínica do especialista. Ou seja, naquele eclipse que anunciei no movimento cartográfico anterior, o diagnóstico psicopatológico decodificado pelos critérios do DSM camufla a possibilidade de uma escuta culturalmente sensível, pois ele responde algo na ordem da angústia oriunda da perplexidade do encontro entre culturas. Tendo uma resposta possível, damos privilégio à necessidade da eficácia dos procedimentos, respondendo a um sujeito fundamentalmente racionalizável.

Por último, o território do diagnóstico ético parece ser uma linha de fuga possível frente a este tensionamento, como também é apontado por Santos (2022). Para o autor, o diagnóstico ético é menos a construção de um novo conceito e mais a potencialização de fraturas possíveis nos dispositivos de medicalização já institucionalizados. Sabendo que o diagnóstico psiquiátrico codificado pelo DSM é uma solicitação dos serviços públicos, a proposta é reposicionar o uso dos manuais como instrumentos auxiliares, ao invés de torná-los ferramentas únicas da prática diagnóstica. Neste caso, o diagnóstico ético demanda um agenciamento duplo: profissionais de saúde, ao se disponibilizarem para a escuta de imigrantes, além de se sentirem obrigados a responder uma “exigência” técnica, devem pensar de maneira ampla a partir de uma análise de implicação. Ou seja, aquele movimento de sentido duplo da escuta que evidenciei no primeiro movimento cartográfico. Neste aspecto, retomamos aquilo que René Major (2003) chama de “hospitalidade incondicional” do sujeito que oferta escuta, colocando-o sempre em uma posição de “não saber o suficiente”.

Neste sentido, as pessoas entrevistadas, sem exceção, independente da profissão, indicam uma dificuldade de leitura e codificação do sofrimento psíquico de imigrantes, faltando-lhes elementos simbólicos para compreensão. Nas palavras de uma das

---

exemplo que apareceu nas entrevistas e que considero importante para rebater com esta ideia é o fato de que todas as participantes usaram de relatos clínicos detalhados para falar sobre sua experiência com imigrantes, citando casos e condições clínicas que dizem mais respeito à experiência dos imigrantes do que, necessariamente, sua conduta clínica. Ou seja, há um gozo em ver o que está acontecendo que, neste caso, encontra um impasse por não conseguir dar vazão a uma solução possível.

psicólogas: “*com imigrantes, é como se eu não soubesse nada de psicologia, às vezes*”. Há uma lacuna entre aquilo que aprenderam sobre o ato diagnóstico e sobre a escuta e o que é, de fato, efetivado no trabalho com imigrantes. Para elas, parece ser uma relação em que seu conhecimento é colocado em prova e, ao mesmo tempo, declaradamente insuficiente. Para uma das psiquiatras, por exemplo, ao descrever o momento de escuta em busca da tradução dos sintomas em um quadro clínico e possível conduta terapêutica, ela relata:

O que a gente fala... a gente faz coisas ali na hora para a gente conseguir uma resposta. Essa identificação é muito... é muito se gente reconhecer e ter perto as pessoas que são da nossa cultura, que falam nossa língua. A gente já consegue saber o que gosta, o que é interessante. Com eles [imigrantes] a gente fica *tateando* coisas através de uma outra pessoa. E parece que vira, como não é a nossa cultura, parece que está oferecendo na verdade um cardápio de coisas que talvez elas se interessem em fazer, porque a gente não está apropriado da cultura do que é o dia a dia, do que a pessoa gosta de fazer, né? Então a gente fica tentando oferecer várias coisas assim, na expectativa de que aceite alguma delas, mas que talvez para a pessoa não faça o menor sentido.

É perceptível um reconhecimento da posição de “não saber” que vai para além do encontro clínico em si e chega na conduta que será efetivada, produzindo um território com possibilidades de promoção de desamparo (Branco-Pereira, 2019). Esta expressão “tatear” foi presente no discurso da metade das pessoas entrevistadas. Como se a escuta oferecida a imigrantes fosse marcada, necessariamente, por uma tentativa de visualizar no escuro alguma coisa que não se sabe, sequer, a forma. Opera-se, nestes casos, além de uma dificuldade de compreensão da demanda, com o agenciamento de distâncias: o cuidado em saúde mental parece estar sempre distante de ser efetivado, pois ele é inacessível em muitos níveis: faltam profissionais, faltam horários para atendimento, mas sobretudo, carece disponibilidade de promover flexibilidades necessários nos serviços a fim de abarcar as novas necessidades apresentadas pelo território (Branco-Pereira, 2020). Outra psiquiatra, ao pensar nas intervenções que realizou com imigrantes em sofrimento psíquico grave, especialmente com crises lidas como psicóticas, comenta:

Às vezes, eu sinto que a gente acaba não intervindo, ou que acaba mudando a conduta com frequência por não ter certeza, fica *tateando* para saber aquilo. Não sei... Acho que a gente às vezes minimiza o sofrimento desse grupo por um profundo desconhecimento. Eu sempre falo que eu não consigo imaginar o meu bisavô que deu tchau para a vila dele, na [país omitido], e veio para um lugar em que não conhecia absolutamente nada de comida, não conhecia nada. E aí, às vezes eu vejo essas pessoas que vêm para cá como um parente meu, que abriram mão de tudo. Não sei se a maior parte das pessoas tem dimensão do que é isso, sabe? De abrir mão de todos os vínculos, de todas as referências. E isso acho muito complexo. [...] A psiquiatria nunca é uma foto instantânea. Você precisa conhecer a história daquela pessoa. É a história de um imigrante. É uma história

que tem uma pedra no meio do caminho. É uma coisa que não foi planejada quando ele era criança, que ele não planejou mudar. Nessa situação, eu tenho uma quebra ali que torna muito difícil a gente ter essa visão longitudinal de caminho para mim. Eu imagino que seja muito difícil passar esse olhar. Acho que a gente não tem a menor noção da vida daquela pessoa antes de chegar aqui.

Ao abordar isso, a psiquiatra anuncia algo da dimensão ética de sua conduta que passa, inevitavelmente, por uma característica pessoal que, mais uma vez, é marcada por um histórico familiar de imigração. Questionando sobre isso, ela abre possibilidades para a leitura do sofrimento que considera algo além do sintoma psíquico passível de ser interpretado na conduta clínica. Ela utiliza deste diagnóstico ético que comentei, uma vez que, além dos indicadores objetivos do sofrimento que são sumarizados em critérios diagnósticos, ela também considera fatores significativos do processo migratório que exercem função de “engasgo” do desejo (Santos, 2022). Ou seja, mais do que nomear na condição de doença o que faz o imigrante sofrer, para ela, é importante, de fato, fazer uma leitura contextualizada sobre a experiência migratória que, necessariamente, significa, em alguma medida, o rompimento de vínculos. Este fato nos faz pensar sobre a migração involuntária, por exemplo, como um fator de risco para o sofrimento psíquico (Martins-Borges, 2013). Além de anunciar este “engasgo”<sup>42</sup>, parece ser função de um diagnóstico ético identificar aquilo que faz “engasgar”, produzindo uma nova língua que seja capaz de nomear os fatos *com* os imigrantes, em sua própria voz.

Todavia, para além da ética que aponta para um cuidado direcionado para uma escuta sensível, há também a percepção de um efeito deste cuidado que tateia, o qual, inevitavelmente, traz consequências para a produção de vínculo e eficácia terapêutica. Por mais que o termo eficácia, aqui, pareça um tanto controverso, é visível no discurso da psiquiatra um desconforto com a percepção de que algo a escapa no cuidado com imigrantes. Para ela, esta sensibilidade pode ter um desdobramento inesperado chegando a um ponto de intervir tardiamente ou de maneira equivocada, provocando um distanciamento entre aquilo que é oferecido pelos serviços de saúde mental e o que é demandado pelos imigrantes.

---

<sup>42</sup> Para Santos (2022), o termo engasgo representa este limite dado às dinâmicas pulsionais por conta da invasão do real. Ou seja, o sujeito se vê impossibilitado de dar direcionamento a sua pulsão no caminho de satisfação do desejo, deixando-o em um movimento que rumina “aquilo que poderia ter sido”. Podemos articular aqui a repetição oriunda do traumático, mas não só, é possível pensar também naquilo que é traduzido como “apatia” por parte de alguns clínicos frente a casos de imigração involuntária. Um efeito sintomático que fala mais sobre uma reação diante da experiência migratória do que, necessariamente, um adoecimento psíquico. Este ponto faz articulação teórica com o que já explicitiei sobre a errância do desejo elucidada por Rosa (2009). Como uma das possibilidades de saída, Santos (2022) retoma o argumento de bell hooks sobre erguer a voz diante de dinâmicas de opressão, falando sobre aquilo que se engasga, não necessariamente sobre o “engasgo” em si. Com isso, ele argumenta que palavras como racismo, violência, xenofobia deixam de ser palavras temidas no âmbito clínico.

Esta distância entre aquilo que precisa ser dito e o que pode ser escutado faz com quem uma das psicólogas elenque o medo como um dos principais sintomas dos imigrantes:

O medo acho que é um sintoma bem presente. As crianças também têm medo de falar que apanham em casa, né? As crianças da escola, percebe, né? A gente percebe um pouco que tem algo que está assustando, amedrontando, mas tem esse receio de que os encaminhamentos também encontrem essa dificuldade com a rede.

No entanto, utilizando a nomeação sintomática apresentada pela psicóloga, arrisco dizer que este pode ser um sintoma compartilhado na cena clínica tanto por parte dos imigrantes, quanto das profissionais. Assim como visto anteriormente no receio de oferecer um laudo, esta instabilidade dos critérios diagnósticos promovidos pelo choque de culturas reafirma o “tatear de possibilidades”, algo extremamente delicado para profissões que se estabelecem a partir da suposta “verdade sobre os outros” (Foucault, 2006). Por exemplo, como sugere Soler (2018) ao revisitar a crítica foucaultiana sobre o poder psiquiátrico, a produção diagnóstica oriunda do DSM a partir de sua terceira edição toma argumentos epidemiológicos e estatísticos na tentativa de “uniformizar” a experiência do sofrimento em uma linguagem científica e reproduzível. Com isso, indiretamente, produz um discurso de modos de sofrer que são mais frequentes, os quais são inseridos em um enquadre cultural ocidental. Surge neste cenário um binômio sobre o sofrimento: aquilo que é possível e impossível. Desta forma, seguindo o diagnóstico psicopatológico, coloca-se um limite para aquela escuta que, supostamente, estaria no “além das possibilidades”, reproduzindo atos de medicalização e normatização.

Após ser indagada sobre a conduta diagnóstica em seu trabalho, uma das psiquiatras adverte sobre a relação do próprio sistema de saúde com o diagnóstico psicopatológico em serviços especializados em saúde mental:

O próprio sistema de saúde... O nosso prontuário eletrônico força isso no CAPS, por exemplo. Um paciente que chega no CAPS para fazer um acolhimento e não tem nada. Ele entrou por acaso, ele estava com dor de dente, acho que era um consultório odontológico e “tá”, é o usuário errado. Pensou que aqui podia fazer uma restauração e não é aqui. Foi encaminhado para o centro de saúde. Você vai fechar o sistema, ele só fecha com F, que é o CID da saúde mental. Então geralmente se coloca o F 99, que é um transtorno mental não especificado, mas ele já sai, ele já sai com F99.

Isto nos faz pensar que as práticas de medicalização estão presentes não apenas no atendimento a imigrantes, mas são ações institucionalizadas pela própria rede de atenção psicossocial. Em linhas gerais, é como se, para receber escuta, necessariamente o sujeito precisasse de um enquadre patológico a fim de justificar a necessidade do trabalho para o sistema público de cuidado em saúde. Neste sentido, é importante

salientar aquilo que Priebe et al (2011) apontam em seu estudo sobre as possíveis mudanças no sentido da qualificação do cuidado oferecido a imigrantes: além de questões relacionais que compreendem o vínculo terapêutico, assuntos estruturais do próprio sistema de saúde precisam ser alinhados com práticas culturalmente sensíveis e não medicalizantes, evitando contradições que podem precarizar o cuidado. Como o exemplo citado pela psiquiatra: por mais que ela evite utilizar o psicodiagnóstico em um primeiro encontro clínico, ela é obrigada a nomear desta forma no sistema informatizado. E aqui a questão: por que todas as pessoas que buscam escuta especializada em saúde mental precisam, necessariamente, de um diagnóstico psicopatológico?

Para Foucault (2006), esta associação quase que natural entre o cuidado em saúde e a produção diagnóstica revela a face biopolítica do poder psiquiátrico, produzindo segregações e identificações para a construção de uma suposta normalidade. Considerando as três faces do diagnóstico que anunciei anteriormente, o diagnóstico psicopatológico com imigrantes, para as profissionais entrevistadas, parece ser um grande desafio. Ao mesmo tempo, se mostra um ato frequente, pois, ainda que não utilizem o DSM, são cooptadas a utilizar de seus códigos e critérios no registro em prontuário, produzindo uma emboscada que não é exclusiva no atendimento a imigrantes, mas que neste público se acirra pela dificuldade de leitura e compreensão dos sintomas.

Como citei anteriormente, após receber algumas críticas sobre a ausência da diversidade cultural na categorização dos sintomas, desde sua quarta edição o DSM conta com um capítulo destinado a reflexões culturais. Apesar disso, no que diz respeito à formulação diagnóstica que considere a cultura como um elemento significativo diante do sofrimento psíquico, nenhuma das profissionais conhecia a *Entrevista de Formulação Cultural* apresentada pelo DSM V. Todas, inclusive, apresentaram certo espanto ao saber da existência, especialmente as psiquiatras. Qual o motivo de não se conhecer este “avanço” do DSM nos estudos culturais? Minha hipótese, seguindo a reflexão de Bredstorm (2017) é que, como manual, ele é pouco visto como uma ferramenta ou fonte de informações críticas, figura um grande protocolo a ser aprendido para a “formatação” da escuta. Uma das psiquiatras comentou:

Acho que eu tenho 27 anos de formada e a única vez que eu usei esse eixo do DSM [a parte contextual do diagnóstico multiaxial] foi na residência, quando eu fui apresentar um caso de um paciente que era imigrante. Não é uma coisa que faça parte do meu percurso, sabe pensar nisso, mas não sei. Então nunca, nunca mesmo. Não fui capaz nem de lembrar o que está naquela avaliação.

Para Pussetti (2010), esta tendência “estandardizadora” no cuidado em saúde mental está diretamente associada ao uso de protocolos como estes, os quais são duramente criticados por teóricos e psiquiatras com uma perspectiva anticolonial da psiquiatria. Para Fanon (2020), os instrumentos e medidas passíveis de serem padronizadas são direcionadas para pacientes “padrão”, sendo algo completamente inadequado para o atendimento a pessoas que se desviam da norma. Sendo assim, os protocolos devem representar a possibilidade de uma abertura da escuta, mas não um modelo “pronto” e “rígido” para escutar a diferença. Além disso, cabe dizer que neste território onde CID e DSM aparecem como personagens da cena de cuidado, o CID transforma-se em protagonista, pois é dele que vêm os códigos utilizados nos sistemas.

Das categorias profissionais entrevistadas, as psicólogas indicaram um uso reduzido ou nulo do DSM como uma ferramenta de trabalho com imigrantes, uma delas confirma: “*não vejo utilidade, mas sei que preciso conhecer, os demais profissionais esperam que nos comuniquemos com esta linguagem*”. Informaram que trabalham, em sua maioria, com descrições sintomáticas, algo próximo que indiquei como diagnóstico clínico. Para as psicólogas, seguindo esta premissa, os sintomas mais apresentados por esta população estão associados a quadros depressivos ou ansiosos, sendo que todas elas reconhecem a interferência do processo migratório nesta dinâmica sintomática, o que também foi encontrado por Duden (2020) em sua pesquisa com psicólogos na realidade brasileira. Contudo, para comunicação com o restante da equipe e registro no prontuário compartilhado, costumam colocar “Transtorno de adaptação” em situações que envolvem sofrimento psíquico e imigração para não correr o risco de diagnosticar estruturas clínicas de maneira equivocada.

Uma das psicólogas, todavia, adverte para as práticas de naturalização do sofrimento diante desta dificuldade de compreensão da queixa.

Mas eu acho que eles se queixam muito pouco também. Acho que tem uma naturalização de que tudo isso faz parte dessa grande mudança, sabe? É difícil. A língua é difícil, a comunicação é difícil. A comida, então... É normal sofrer. Então é isso mesmo. Acho que às vezes a gente naturaliza que está dentro do contexto e aí demora pra intervir.

Ao considerarmos as barreiras linguísticas, por exemplo, corremos o risco de proporcionar um silenciamento do sujeito sobre seu próprio sofrimento, como uma “impossibilidade” de dizer o que sente e propondo um sofrimento genérico oriundo do contexto sabidamente complexo. Pussetti (2010), em seu estudo sobre o atendimento em saúde mental oferecido a imigrantes na realidade de Portugal, concebe a psicopatologia identificada no imigrante de modo acrítico como o efeito de uma passagem árdua entre uma cultura e outra, carente de integração, ávido por uma identidade que não seja este

“entre lugares” ou uma posição de orfandade de sua própria cultura, como aponta Ben Jelloun (1994). Ao colocarmos a psicopatologia como uma nomeação deste desconforto que o encontro entre culturas nos promove na avaliação clínica, damos evidência a uma ética disciplinar e objetiva, resultando um cuidado pouco efetivo em sua função principal, mas eficaz na lógica do controle. No caso da realidade pesquisada, há um alto número de pessoas diagnosticadas por conta da exigência do sistema de registro, mas um conhecimento reduzido, de fato, da população em questão.

Porém, criticar este posicionamento não significa simplesmente abdicar de uma leitura clínica sobre o sofrimento apresentado, colocando-o em uma posição igualmente naturalizada. Aqui, mais do que nomear, cabe ao clínico uma disponibilidade de escuta que ofereça aquela função de testemunha que comentei no primeiro movimento cartográfico. Sobretudo, um testemunho que se disponibilize para aprender não só sobre as histórias de vida e dos sintomas, mas também sobre como o cuidado pode ser construído a partir de outros enquadres culturais (Nathan, 1986). A busca por uma suposta resposta por meio da patologia ou a naturalização do sofrimento como algo esperado e, portanto, fora da agência profissional representa um extremismo que mais expõe sobre o despreparo técnico dos profissionais do que, necessariamente, dos efeitos do choque cultural.

A meu ver, esta reflexão traz um importante argumento para a construção de um diagnóstico ético que retoma, inclusive, a discussão sobre a formação profissional. Considerar o contexto não significa reduzi-lo a uma explicação fechada que restringe a experiência migratória na condição do traumático, como nos alerta Fassin (2005) e Papadopoulos (2020). Essencialismos como estes caem numa mesma lógica de um diagnóstico psicopatológico, pois anunciam uma identidade fixa da condição migratória associada ao sofrimento, quase como uma sentença. Da mesma forma, com imigrantes, falar sobre o contexto não pode ser algo inserido na experiência do *checklist* apresentada pelo DSM, como é possível perceber na fala de uma das psiquiatras:

Quando a gente vai falar de sintoma psicótico, uma das coisas que a gente fala é de descartar que aquilo está dentro do contexto cultural. Então, se eu tenho uma pessoa que é da Umbanda e está falando de uma entidade, eu já considero isso como contexto cultural, não psicose. E aí a sensação é que, como a gente não conhece o contexto cultural, a gente não consegue diferenciar se aquilo é psicose ou cabe ao contexto cultural de origem. Então acho que fica difícil para a gente diferenciar. Se eu falar até isso e aí acho que ele acaba evoluindo para o padrão psicótico muito mais grave, porque não teve uma intervenção precoce, porque não foi identificado, foi entendido como fazendo parte da cultura.

Nesta fala, vemos um cuidado ético de considerar o enquadre simbólico da pessoa escutada, mas dentro de uma lógica discursiva do diagnóstico psicopatológico. O uso do

significante “descartar”, neste contexto, remete à busca pela resposta que corresponde à tentativa e erro. Este “descarte”, por mais que possivelmente fora de uma intencionalidade pejorativa, revela quase como um ato falho o destino dado a alguns aspectos culturais na leitura clínica. Uma vez que se descobre a origem de determinado sintoma, é como se o enigma já estivesse resolvido e, portanto, não há algo a ser feito. A cultura não pode ser uma resposta pronta, ela deve ser uma ferramenta para abertura de possibilidades de compreensão dos sintomas. Como afirma Nathan (1994), uma psiquiatria implicada com a cultura não pode usar dos mesmos recursos que a psiquiatria clássica. Em outros termos, não se pode basear a prática diagnóstica e a conduta apenas nas descrições clínicas das quais somente o observador – no caso, o clínico – possui o quadro das referências. O sujeito que relata seu sofrimento também é o principal informante dos recursos que podemos utilizar para a escuta, ampliando a dimensão da nossa técnica para algo construído no encontro. Nesta pesquisa, as profissionais que mais apresentaram esta disponibilidade foram as MFC, na Atenção Primária.

As MFC entrevistadas apresentam um olhar integrado sobre saúde mental, compreendendo o sofrimento para além do diagnóstico. Dizem, com exceção de uma, que não utilizam o DSM em sua prática e assumem, assim como os psicólogos, uma posição de descrever sintomas. Contudo, admitem que evitar o diagnóstico pode ter um sentido duplo: uma posição ética de sua formação e, ao mesmo tempo, uma dificuldade técnica de coletar informações sobre os sintomas. Como afirma uma das MFC: *eu não sei se eu não diagnostico porque é algo longe da minha prática ou se eu não consigo estabelecer uma escuta que me instrumentalize com as informações necessárias*. Para Figueiredo (2003), alguns médicos, quando inseridos no território e disponíveis para a relativização das cristalizações oriundas das relações de poder, são capazes de se posicionarem como ótimos “conversadores”, o que acabam proporcionando uma experiência de escuta potencialmente terapêutica, pois aposta no vínculo. Na perspectiva de uma das MFC: *Então eu não no uso os CID do F, eu coloco, por exemplo, tristeza de exaustão. Então é uma coisa minha. Eu sei que a maioria dos médicos usam, mas eu não costumo usar*.

Em relação as psiquiatras entrevistadas, todas apontam para uma produção diagnóstica que frequentemente instala dúvida. Em suas falas, o sofrimento psíquico das pessoas imigrantes constrói um enigma para a realização do diagnóstico, uma vez que não apresentam necessariamente a mesma lógica trazida pelo DSM. Além disso, a manifestação do sofrimento acaba ganhando características até então desconhecidas pelos profissionais, mas nenhuma das profissionais relatou pensar sobre aspectos culturais como algo a ser estudado e considerado a longo prazo, aparecia como um

critério a ser considerado na investigação clínica, mas não um espaço para a obtenção de informações terapêuticas relevantes. Contudo, ainda que evidenciando esta dificuldade, os profissionais apontam para a importância do diagnóstico clínico baseado no DSM, uma vez que ele significa uma “*linguagem comum entre as profissões*” ou “*a tradução do sofrimento de maneira universal*”, confirmando aquilo que é exigido pelo sistema de saúde. Este último argumento corrobora com o que Caponi (2014) apresenta acerca do DSM como um mecanismo de defesa diante da diferença, uma ferramenta útil de nomeação do inominável e que mantém a posição de saber sobre o sofrimento do outro.

Percebo numa análise ampla das entrevistas realizadas que este terreno de tríplice fronteira é marcado por tensionamentos intensos. Ao mesmo tempo em que foi possível encontrar falas culturalmente sensíveis e que apontaram para um diagnóstico ético e politicamente implicado, também ficaram perceptíveis algumas marcas discursivas em que o diagnóstico psicopatológico é uma solução objetiva para uma situação muito mais complexa, que surge como uma “obrigação”. Pude perceber, também, que cada uma das profissões entrevistadas apresenta uma territorialidade própria nesta fronteira, confirmando às MFC um posicionamento amplo e atento aos condicionantes do sofrimento psíquico da população migrante.

A gente percebia que tinha sofrimento, mas sempre com muita dificuldade de aprofundar nessas questões e pela barreira da língua, a parte cultural, tudo isso. Então acabava que a maioria dos diagnósticos que a gente colocava era mais isso, mais um sofrimento psíquico. E era até difícil quando eu precisava também de psicóloga na atenção primária.

Para as psicólogas e psiquiatras, nesta posição de especialidade, recai um peso institucional de responder a uma demanda com diferentes ferramentas além das já adotadas pela escuta generalista da MFC, fazendo emergir o diagnóstico psicopatológico e até mesmo a conduta medicalizante como uma resposta possível, especialmente para as dinâmicas institucionais. Porém, como fica o cuidado perante o sofrimento psíquico de imigrantes na rede de atenção se o diagnóstico é inespecífico como o apresentado nas entrevistas?

Para as profissionais, fica evidente uma fragilidade na própria rede de atenção, comprovando a falta de espaços especializados para o cuidado, centros de convivência e, especialmente, formações continuadas que reflitam sobre o tema da cultura na conduta clínica. Diante desta lacuna, recai sobre a clínica individual (e individualizante) a resposta para problemas que são construídos relacionalmente na acolhida de imigrantes, o que fortalece narrativas do sofrimento psíquico que desconsideram a complexa trama das relações desiguais de poder e colonização, por exemplo. Assim, como aponta Pussetti (2010) e Branco-Pereira (2019), não tem como deflagrar o que ocorre na relação

terapêutica como algo necessariamente patologizante sem considerar que o próprio sistema de saúde produz exclusões e práticas normativas de cuidado.

A saída encontrada por algumas das profissionais entrevistadas acerca de uma escuta ampla que descreve os sintomas é interessante no sentido de não produzir a percepção de identidades “adoecidas” pelo processo migratório. Porém, um dos elementos mais significativos percebido nos discursos foi a dificuldade de vinculação das pessoas imigrantes em uma trajetória de cuidado em saúde mental para além de um atendimento pontual. Todas as profissionais indicaram imigrantes como usuários do SUS que, com muita frequência, interrompem o acompanhamento proposto, não dando continuidade ao cuidado. Cabe destacar que, em outras experiências, este foi o ponto de partida para a criação e implementação de dispositivos clínicos específicos para imigrantes, como foi o caso do SAPSIR anteriormente citado (Pocreau & Martins-Borges, 2013).

Segundo uma das psiquiatras que atua diretamente com encaminhamentos para média complexidade e unidades hospitalares: *tenho percebido um aumento significativo de imigrantes em serviços de maior complexidade em saúde mental. Sei pelo nome, né? São nomes marcantes. Nos últimos anos aumentou muito. Mas eles não ficam por muito tempo, não sei por quê.* Para isso, é também importante entender as trajetórias de cuidado como um desdobramento oriundo de uma escuta inicial que “traduz” o sofrimento para compreender a intersecção entre escuta e construção de vínculo como um determinante na continuidade.

#### *7.4 Trajetórias da escuta na rede psicossocial disponível em Florianópolis*

Vittório Linguardi (2021) em seu livro “Diagnóstico e Destino” apresenta uma reflexão sensível e cuidadosa sobre a função do diagnóstico na produção do cuidado em saúde. Suas elaborações interseccionam diagnóstico psicopatológico e demais diagnósticos de ordem orgânica, entendendo a nomeação como um momento de produção de destinos para o curso de vida e, sobretudo, para a confirmação do saber e da função clínica da escuta. Linguardi argumenta que, apesar do diagnóstico trazer um alívio porque nomeia um desconforto inquietante e questionador, ele ainda demanda um destino, um endereçamento. Ou seja, ele, por si só, não basta, não produz cuidado. Na realidade em que realizei a pesquisa, ouvindo as profissionais, questionei-me sobre como este destino também é inquietante, não apenas o enigma da nomeação do sofrimento.

Por mais que as barreiras e limitações culturais e linguísticas no atendimento que evidencia a diferença entre culturas seja um dos elementos mais presentes para as entrevistadas, há outros fatores que interferem diretamente no cuidado e aparecem em suas falas. Assim como argumentam Duden e Martins-Borges (2020) em sua pesquisa com psicoterapeutas que atendem imigrantes na realidade brasileira, há elementos que vão para além da díade clínica, como a ausência de intérpretes e preparo na rede pública para recepção de encaminhamentos especializados no caso de imigrantes em sofrimento psíquico. Se no caso das pesquisadoras citadas falamos de um contexto apenas com psicoterapeutas especializados na área, penso que o contexto com profissionais da rede pública seja ainda mais delicado. Assim, para as profissionais, mais do que saber exatamente o que está acontecendo ou como nomear o sofrimento apresentado pelos imigrantes, há um segundo desafio que é dar continuidade ao tratamento, considerando as limitações apresentadas pelo próprio sistema de saúde, em específico na rede de atenção psicossocial.

Nesta última categoria de análise, apresentarei questões que envolvem a continuidade do cuidado de imigrantes na rede de atenção psicossocial nos diferentes níveis de cuidado, descrevendo uma trajetória. Além disso, também debatarei sobre os desafios e potencialidades encontrados neste caminho por parte das profissionais entrevistadas. A começar pela continuidade do cuidado possível no atendimento em saúde mental a imigrantes, todas as profissionais indicam um trabalho limitado, com pouca possibilidade de cuidado longitudinal, por diferentes motivos. O primeiro deles fala sobre a percepção de “problemas” que são de difícil solução clínica, que adentram em aspectos mais complexos do próprio movimento migratório, como fica explícito na fala de uma MFC

Tem alguns que trazem muito sofrimento relacionado a isso da aculturação, porque eu tenho uma também que é... com ela eu consigo me comunicar. Ela já está há alguns anos aqui que ela sempre chegava com a pressão dela no teto. Assim, nossa, era sempre a pressão muito alta, muito alta e tomando um monte de remédio não fazia efeito. Ela trazia... Ela sempre falava isso na consulta de que ela... Que essa pressão estava descompensada porque ela sentia falta dos filhos dela, que ela teve que deixar no Haiti. Aí ela falava isso, eu não consigo lidar com isso. Eu me culpo por isso. Meus filhos estão lá, eu estou aqui e eu não consigo me perdoar por ter deixado eles lá e já estava tomando o máximo, uma maior quantidade de remédios que tinha disponível pelo SUS, mas não tomava, não tinha uma adesão tão boa. Também tinha outras questões de estilo de vida que não aderiu e era meio que uma somatização. A gente diz assim, né? Porque ela tem que traz muito sofrimento envolvido né.

Na situação apresentada pela MFC há uma cena delicada que envolve processos de produção de sofrimento que adentram na dimensão transnacional da migração. Para Pussetti (2011), em sua pesquisa em serviços de saúde mental na realidade europeia, a

maior parte dos imigrantes entrevistados relatam um “despedaçamento” da identidade, que promove uma paralisação face à fragmentariedade das referências especiais e simbólicas. Para a autora, os imigrantes em situações complexas como esta vivenciam uma suspensão entre dois mundos, sem se autorizar a pertencer a nenhum deles, reclusos em uma prisão invisível. A mesma MFC, ao falar deste caso e de alguns outros, usa com muita frequência o termo *ineficácia*, pois por mais que utilize de uma abordagem culturalmente sensível, ainda fica para ela a sensação de que a solução apresentada não alcança a necessidade trazida pela imigrante. Porém, como alcançar? Pelo que ela trouxe, há uma dimensão sociopolítica do sofrimento (Rosa, 2016), uma vez que se traz a fronteira do Estado-nação e a impossibilidade de resolução, pois seus filhos não estão perto.

Quando questiono sobre a conduta clínica neste caso, a MFC indica: *eu apenas escuto, não tem muito o que fazer*. Mais uma vez, assim como indiquei na construção da minha própria escuta, escutar e servir de testemunha para o insuportável parece ser sempre insuficiente. Mesmo que a mulher estivesse indo com frequência ao CS, segundo a médica, há alguns anos, para ela, não parecia ser um cuidado efetivo, pois não se resolver o problema apresentado. A imigrante sequer tomava a medicação indicada para a pressão alta. Mas por que ela seguia indo, então? Por mais que o tratamento indicado não estivesse sendo seguido, sem “adesão”, fico com a impressão de que há uma outra adesão na ordem do vínculo terapêutico que fica implícito ou pouco visível por parte da própria MFC, seguindo sua reflexão:

Mas tem coisas que fogem da governabilidade e que não tem aqui, por exemplo, os filhos dela não estão aqui, não tem como. Aí é realmente lidar com essa... lidar com a falta que ela tem deles. E como? Eu acredito até que a questão do lidar com esse sofrimento, se até se fosse, por exemplo, uma pessoa haitiana que entende aquilo, que soubesse da cultura dela, que sabe de coisas específicas sobre isso e que estivesse escutando ela, acolhendo ela, ela se sentiria muito melhor.

Para um cuidado eficaz, usando as palavras da MFC, há a necessidade de um encontro unilateral entre culturas. Porém, mais do que isto, de fato, acredito que seja importante pensarmos na função da mediação cultural e a possibilidade de ampliação do universo simbólico criando esta “ponte” entre duas culturas. Mas eis a questão: a mediação cultural não significa entregar a disponibilidade de resolução “ao seu igual”, mas justamente possibilitar o diálogo. Para Martins Borges e Pocreau (2012 p. 582) a mediação evidencia a “importância do lugar privilegiado atribuído aos conteúdos culturais na expressão e compreensão das manifestações da saúde e do sofrimento”. Porém, em se tratando da Atenção Primária, a escuta generalista com propósito maior de promoção de saúde e prevenção de agravos esbarra em limitações estruturais do sistema de saúde. Mesmo depois da comprovada necessidade de atenção especializada

por meio dos últimos relatórios técnicos e do compromisso estabelecido por meio de uma Lei municipal, Florianópolis ainda não conta com esta figura de mediadores culturais (ICOM, 2022; GAIRF, 2015; Florianópolis, 2017).

Esta queixa emergiu como a principal, em todas as profissões. Como se sempre houvesse uma distância entre as profissionais e os imigrantes, algo intransponível considerando as ferramentas técnicas apresentadas e os recursos do sistema de saúde e que carecia de uma ação externa especializada. De fato, a mediação cultural exerce uma fundamental posição na construção de um cuidado culturalmente sensível e deve ser uma das ações estruturais do sistema de saúde para diminuir esta distância e o sentimento de “ineficácia” nos atendimentos, confirmado por Jensen et al (2013) em sua pesquisa na Dinamarca com MFC e tão presente nas falas das participantes que entrevistei. Pensando na organização hierárquica do SUS em que a escuta começa na Atenção Primária, para as MFC há uma dificuldade significativa para realização dos encaminhamentos.

Era difícil, era difícil. Eu lembro quando a gente precisava assim, sei lá, encaminhar pro hospital assim era bem difícil pra entender, principalmente às mulheres que estavam sozinhas. A mulher grávida. Você precisa encaminhar para maternidade, assim, que eles não sabiam ir. É assim, tipo não, não sei, você tentar escrever: pega tal ônibus ou tal coisa e tal, tipo ah não, não tem como. Se ela teve um sangramento não dá de encaminhar pra maternidade. *Não tem como não sei ir esperar meu marido chegar em casa pra me levar.* Então essa dificuldade pra gente por causa da língua também, então era muito difícil. E aí a gente percebe que aqui no SUS, às vezes, se a pessoa não consegue, é difícil navegar no sistema, né? Não é um jeito que é feito fácil, então sabe que a informação não está clara e a pessoa tem que ir lá e tem que perguntar e não é aqui tem que ir em tal lugar? Ah, não faltou documento. Então aí eu percebia que o acesso deles quando precisava de uma coisa mais, sei lá, solicitação de exame, consulta com especialista, pegar medicamento especial na farmácia, essas coisas. Assim, eles sofreram bastante para fazer isso, né? Porque era tudo em português. É tipo e é um processo difícil assim.

Da mesma forma, quando o encaminhamento é para atenção especializada em saúde mental, ainda que em um mesmo serviço, há uma dificuldade de efetivação, como relata outra MFC:

E era até difícil quando eu precisava também de psicóloga na atenção primária. Sim, aqui o acesso ao psicólogo era bem complicado. A gente tinha uma demanda muito grande, não tinha profissionais suficientes e tal, então acabava que a gente tentava, mas era difícil realmente ter por muito tempo. Os psicólogos tinham muita dificuldade também. Não sei como é que é pra você, para abordar às vezes essa questão da língua e tal, então também era. Era difícil para eles assim.

Estas duas falas confirmam o que é apontado pela literatura: por mais que haja uma escuta de imigrantes em serviços de Atenção Primária, há uma significativa dificuldade de dar continuidade ao cuidado iniciado, quando necessário. Dificuldades

como a própria compreensão dos meandros do sistema de saúde ou grandes filas que desmotivam a espera, mas, sobretudo, há uma dificuldade na compreensão da queixa para um endereçamento efetivo (Pussetti et al, 2009; Peláez et al, 2017; Navarrete et al, 2009). Neste aspecto, assim como apontam as profissionais de MFC sobre a falta de serviços especializados no atendimento a imigrantes, parece ser de fundamental importância articuladores do cuidado, que funcionem como matriciadores na temática da migração e cultura e que apoiem o trabalho realizado no atendimento direto. E, aqui, uma reflexão importante sobre a realidade em questão.

Depois da mobilização política que comentei anteriormente e a criação do CRAI/SC com uma equipe psicossocial na cidade de Florianópolis, pode-se contar com um equipamento dentro desta rede capaz de fazer esta mediação. Como uma das minhas primeiras ações como psicólogo do CRAI/SC, por exemplo, fui a todos os serviços de saúde falar sobre o CRAI/SC e oferecer trabalho conjunto, sabendo que o cuidado só seria efetivado se não fosse isolado. Em síntese, queria evitar que a abertura do CRAI/SC simbolizasse “o único lugar disponível” para os imigrantes na rede. Ao contrário, o CRAI/SC era um espaço que buscava integrar uma rede maior e dependia diretamente dela para se fazer possível (Machado, Barros & Martins-Borges, 2019). No serviço psicossocial, por exemplo, boa parte das atividades indicavam uma dependência quase restrita dos serviços de Saúde, Assistência Social, Educação e Segurança Pública (CRAI, 2018). Aos poucos, a partir de uma transmissão “em ato”, como nos orienta Moretto (2019), o CRAI/SC foi se tornando uma referência de trabalho conjunto no que diz respeito à atenção a imigrantes. Muito frequentemente ouvia dos profissionais que saber que este espaço existia era um “alívio” e um “suporte” fundamental.

Com o fechamento do CRAI/SC em 2019 por questões fundamentalmente políticas, como nos indica a análise de Barros (2022), a justificativa para a sua não continuidade jazia na ideia de que, pela universalidade dos serviços públicos, estava no princípio norteador de qualquer profissional o atendimento irrestrito a imigrantes, não havendo necessidade de um serviço especializado. Esta ideia segue a lógica que explicitarei no primeiro movimento cartográfico e a primazia do sujeito de direito. Porém, o que vemos nas entrevistas que realizei e nos referenciais teóricos e técnicos é que há uma lacuna significativa na atenção, especialmente no que diz respeito a sua continuidade (Navarrete et al, 2009; Khanlou et al, 2015; Jensen et al, 2013). Neste limbo, encontram-se sujeitos que buscam, de alguma forma, uma escuta para lidar com os efeitos psíquicos da migração que envolvem não só o deslocamento, mas as questões sociopolíticas da realidade brasileira (Rosa, 2016).

Esta lacuna aparece discursivamente em algumas contradições quando realizo algumas comparações na fala das profissionais. Por exemplo, uma das psiquiatras que trabalha no CAPS diz perceber um aumento progressivo dos atendimentos realizados a imigrantes e que os desafios parecem se complexificar com o tempo: diferentes nacionalidades e culturas, sintomas de difícil tradução. Em contrapartida, uma outra psiquiatra que atua também na gestão, afirma:

E o acesso ao CAPS também viria para mim no momento da alta. Mas eu não vejo nenhum encaminhamento do CAPS de caso de imigrante. Então eu tendo a entender que eles não estão acessando o CAPS necessariamente. Para mim, basicamente, as solicitações que vêm são do médico de família e da atenção primária, médica de família e enfermeira que fazem esse primeiro atendimento. E eu percebo que talvez a complexidade dos casos é maior em relação ao que seria um "transtorno mental comum". Acho que os médicos... não sei se pela barreira cultural pela questão da língua tendem a entender o sofrimento do imigrante como algo maior e encaminham mais frequentemente. Mas para fazer essa leitura eu teria que saber quanto da população imigrante a gente encaminha, se é mais o imigrante do que a população em geral. E aí não tem esse dado. Mas eu percebo na descrição de casos mais complexos do que simplesmente uma depressão refratária, mas sempre tem uma descrição de uma vulnerabilidade e de uma dificuldade de acesso a outros equipamentos, como o atendimento psicológico. A própria questão da língua faz com que ele conseguisse realizar em dias específicos um profissional que tem uma fluência. Eu já recebi uma solicitação em que perguntava se era possível se tinha algum médico na rede que falasse francês, mas que não dispunha essa informação. Mas essa tentativa da atenção primária de oferecer o melhor nesses casos complexos, de buscar alguma coisa nesse sentido, me indica uma dificuldade que eles têm passado.

Na fala dela, conseguimos captar uma importante informação. Se os dados de acesso ao CAPS chegam a ela apenas no momento da alta, não ter registro de imigrantes neste relatório significa que, ao menos na percepção dela, nenhum "finalizou" seu tratamento. Este dado corrobora com a hipótese de que imigrantes passam por dificuldades redobradas na continuidade do cuidado, especialmente em saúde mental (Pussetti, 2009; Branco-Pereira, 2019). Além disso, é possível perceber um efeito relacional e clínico na conduta de profissionais da atenção primária diante da complexidade apresentada pelas demandas de saúde mental de imigrantes: excede suas possibilidades. Especificamente sobre isso, ela ainda argumenta:

O médico de família não tem pra onde encaminhar, então fica mesmo com a dificuldade. Mas aí eu não sei se há um viés. A minha sensação é com os quadros psicóticos graves em imigrantes africanos são mais frequentes. Então, mas é uma sensação subjetiva. Pela leitura dos encaminhamentos, porém não aparecem nos serviços pela distância. Não tem familiar que o acompanha. Paciente sai da internação no IPQ [hospital psiquiátrico] com indicação de uso e aí eu vejo que é um antipsicótico por um quadro psicótico e tem uma dificuldade de acesso rápido. Então acho que a minha sensação é que esses quadros psicóticos em imigrantes africanos parecem que têm uma dificuldade de acessar e dar continuidade e aí eu não saberia dizer por quê.

Aqui, a psiquiatra evidencia uma percepção da gravidade sobre os quadros clínicos, em específico os psicóticos. Há uma nomeação sobre determinada frequência destes acontecimentos relacionados a homens africanos, o que pode ser desdobrado em diferentes linhas de análise. Por um lado, há a presença de evidências clínicas sobre os efeitos da migração e sua experiência de *nonsense* por conta do choque entre culturas e a ausência de recursos simbólicos tanto de interpretação da realidade quanto de possibilidades de expressão, como já debatemos. Historicamente, e confirmado pelas entrevistas, o sujeito imigrante, especialmente aquele marcado pelo traço da colonialidade, foi visto como alguém frágil e vulnerável, capaz de trazer um caráter de nostalgia que ganha quase que a dimensão patológica. Por parte da escuta psiquiátrica e, especificamente psicopatológica, este sentimento já foi nomeado como “*aliéné migrateur*”, “*maladie du souvenir*”, “*home-sickness*” ou até mesmo “*psicose dos imigrantes*” (Pussetti, 2010). Minha questão aqui não está necessariamente nos nomes que este acontecimento já recebeu, mas na percepção clínica de que esta ruptura do curso da vida decorrente da migração pode gerar um impacto psíquico suficientemente forte a ponto de questionar a realidade.

No entanto, não podemos entender o processo migratório e seus efeitos psíquicos como algo exclusivamente dependente do modo como o sujeito imigrante “enfrenta” a situação. Assim como vi na construção da minha escuta clínica, parece haver uma história que se repete e que, coincidentemente ou não, é marcada por questões como raça e gênero. O “homem africano psicótico” recebe um encaminhamento que, na verdade, não deveria ser endereçado apenas a ele, pois sendo o racismo estrutural, há coisas que estão fora de sua agência e que produzem sofrimento cotidianamente a partir da violência (Silva, 2020). Uma das psicólogas entrevistadas, comentou: *como as pessoas não ficarão com medo no Brasil? Temos que pensar que o social também importa, o Brasil é um país racista*. De fato, este sintoma pode estar marcado e ser construído por olhos que observam a diferença inquietante presente na cor da pele, na língua, no modo de vida e que produz um cenário de controle, ainda mais hostil, acrescentando um caráter relacional a este sintoma que, inicialmente, era singular.

Sendo assim, é possível pensar que esta tão frequente descontinuidade do cuidado representa uma visão sobre o tratamento quase que unicamente dependente do sujeito imigrante, pois “*não comparecem ao serviço*”. Porém, como produzir cuidado se não for relacionalmente? Cada vez mais, a ideia de uma “escuta desejante” parece fazer sentido. Quais estratégias as profissionais estão adotando para fazer destes percursos algo mais compreensível e, usando o termo bastante repetido, eficaz? Alguns recursos utilizados pelas profissionais entrevistadas concordam com aquilo que já é apontado pela

literatura: aplicativos de tradução, mediação cultural realizada por algum parente ou amigo (Jensen et al, 2013; Gistau et al, 2012; Fernández-Castillo & Vílchez-Lara, 2009). Porém, parece-me que algo da escuta precisa ser ampliada para que o sujeito de desejo apareça com mais frequência nos atendimentos em saúde, produzindo uma impressão sobre os imigrantes que vá além do sofrimento em si, mas como sujeitos que também procuram respostas para seus próprios dilemas. Em outros termos, o encontro entre culturas no atendimento em saúde possui dois lados de um mesmo enigma.

Esta situação fala também de uma leitura do sintoma que deve sobrepujar sua experiência individual, adentrando nos mecanismos sociais de exclusão que produzem sofrimento psíquico (Safatle, Silva Júnior & Dunker 2021). A classificação normativa dos manuais diagnósticos não consegue abarcar este fato, pois eles buscam generalizações e reprodutibilidade, restando à leitura e avaliação clínica eticamente implicada a possibilidade de se evitar diagnósticos que responsabilizam unicamente o sujeito pelo seu sofrimento (Vanheule, 2014). Esta, aliás, foi uma das dificuldades apresentadas, especialmente pelas psicólogas, na leitura e interpretação do sofrimento psíquico de imigrantes: *eu percebo que tem uma coisa da rede de apoio também, né? Acho que a solidão conta muito nisso aí. Como ele não vai sofrer se não tem amigos e pessoas próximas que entendam?* Num primeiro momento, mais do que a garantia de encaminhamentos eficazes, a qualificação das práticas de acolhimento que consideram o sofrimento produzido no laço social surgem como uma das estratégias principais de proteção psíquica desta população.

Neste ponto, a pergunta de uma das psicólogas durante a entrevista me abriu os olhos para uma leitura reducionista que, eu mesmo, poderia estar tendo sobre a rede: *você não vai entrevistar as psicólogas do CRAS?* De fato, faço um recorte das participantes justamente por considerar alguns enquadres de possibilidade e viabilidade de uma pesquisa acadêmica. Afinal, seriam duas secretarias para conseguir a autorização, muitos serviços para procurar. Porém, o sofrimento psíquico de imigrantes está presente em todos os serviços onde buscam alguma forma de cuidado. A mesma psicóloga comenta: *às vezes eu acho que eu posso estar errada, mas eu ofereço psicoterapia independente do espaço onde eu estiver trabalhando, CRAS, CREAS, UBS... Será que tem como a gente tirar a nossa escuta clínica? Não dá. Está na nossa formação.* Esta pergunta também provocou novos movimentos, pois, se não há como tirar nossa escuta clínica, o que estamos fazendo para transformá-las ao encontramos demandas sobre as quais não fomos preparados ao longo da formação, como é o caso do atendimento a imigrantes?

Sobre as trajetórias de cuidado psicossocial oferecido a imigrantes na rede de Florianópolis, percebo alguns fatos que foram evidentes na fala das participantes: por mais que o sofrimento psíquico seja observado, entregue a uma tentativa de nomeação e codificação na relação clínica, ele ainda é “engasgado” por uma dificuldade de não saber (ou não ter) para onde encaminhar a “demanda”. Seja a ausência de espaços de psicoterapia, sobre o qual as profissionais não psicólogas demonstram ter um grande apreço e reconhecem a importância, ou até mesmo lugares de socialização e troca de experiência entre imigrantes. Para as profissionais, transitar na rede sendo um imigrante em sofrimento psíquico parece ser um desafio com poucos caminhos de solução. Foi possível perceber, da mesma forma, algumas potencialidades, como a aposta em atividades de grupo ou na percepção dos condicionantes sociais do sofrimento, mas que esbarram em dificuldades estruturais de solução. Para as profissionais, por mais que os imigrantes busquem com mais frequência serviços em emergências, a Atenção Primária é reconhecida como o espaço privilegiado para a escuta, por ser inserida no território e, sobretudo, por usar o vínculo como uma importante ferramenta de trabalho.

Neste sentido, acredito que seja importante também articular o que pude construir no primeiro movimento cartográfico com as possibilidades de interpretação a partir das falas das profissionais. Afinal, assim, consigo sair de rumações de um “engasgo” produzido pelo encontro clínico apenas na minha prática. Por mais que o ponto de partida da pesquisa tenha sido o que senti e percebi no meu fazer, há nas entrevistas elementos de efetivação hipótese que sustentam esta tese. Ao analisar as trajetórias de cuidado psicossocial oferecidas aos imigrantes na perspectiva dos profissionais, pude perceber que há muito com o que se engasgar. A diferença de língua, o receio referente ao próprio ato profissional, o encontro com as condições socioeconômicas precárias, a cultura, entre outros. O engasgo surge como algo quase que inevitável perante a inquietação promovida pela diferença, onde de um lado os profissionais veem sua atuação limitada e, de outro, os imigrantes também encontram dificuldades de expressar o que efetivamente sentem.

As reações frente a este engasgo são diversas, mas me parece que a normatização surge como uma possibilidade não só localizada no atendimento em saúde mental, mas estruturalmente no sistema de saúde. A partir da fala das profissionais, especificamente das psiquiatras, vemos a necessidade imposta de um psicodiagnóstico por parte do sistema informatizado, associado todo e qualquer encaminhamento a um transtorno mental, ainda que não especificado. Qual a função disso? Para os profissionais, como uma exigência institucional, há a urgência de se descobrir algo na instância do sofrimento psíquico para poder efetivar o cuidado. Para os imigrantes, há uma nomeação

por via da patologia de algo que sequer possui nome ainda, distanciando o sujeito da sua própria história. Como consequência, as próprias profissionais admitem uma dificuldade de efetivar a rede de cuidado, fazendo da continuidade do cuidado algo dificultado e pouco percebido. Como aponta uma das psiquiatras: *às vezes eu sinto que não conseguimos segurar os imigrantes nos serviços.*

Algumas profissionais que entrevistei se perguntam sobre isso e eu também me perguntei por muito tempo: o que nos falta como profissionais de área *psi* para podermos evitar tendências normatizantes diante da diferença? Muito facilmente alocamos na identidade do sujeito migrante características que perpetuam este “desvio” da linha de cuidado que estabelecemos. Nas entrevistas, por exemplo, quando questionadas sobre situações marcantes no atendimento a imigrantes, as profissionais trazem três tópicos específicos: situações de violência, desorganização psíquica severa e isolamento social. Com exceção de uma MFC, os casos marcantes são sempre para relatar a dificuldade, aquilo que não foi possível fazer, especialmente porque *“não é por mal, eu sei, mas eles não entendem o que a gente diz e isso impossibilita nosso trabalho”*, como aponta uma das psicólogas. Eis um importante questionamento para efetivar trajetórias de cuidado eticamente implicadas: o que estamos fazendo para solucionar este engasgo clinicamente no encontro com o imigrante? Inevitavelmente, algum deslocamento nossa escuta precisa realizar.

Utilizar a psicopatologia como uma finalidade e não como um meio para a efetivação do cuidado, estruturalmente, se mostrou como um acontecimento frequente, especialmente por conta da necessidade de um CID no prontuário. Mas não posso dizer que é uma ilha isolada em um oceano de boas práticas no cuidado em saúde mental oferecido a imigrantes. Ao contrário, ouvindo as profissionais, percebo que a escuta oferecida a imigrantes é demarcada como uma grande dificuldade, mostrando-se como um dilema quase que impossível de ser resolvido. Se adotarmos apenas a perspectiva da cultura onde forjamos nossa escuta, sim, acredito que seja uma tarefa árdua. Porém, se permitirmos uma implicação na nossa escuta, abrindo portas para uma escuta que se constrói em ato e relacionalmente, temos grandes chances de impedir a interrupção tão frequente e quase que naturalizada nestas trajetórias de cuidado.

Uma das profissionais da psicologia citou algo fundamental: *acredito que precisamos ouvir mais os imigrantes, não só no consultório, sabe? Não sei, talvez um conselho participativo... Temos que tentar alternativas novas.* Sim. Talvez esta seja uma boa saída para a construção de uma nova ecologia do cuidado que considere um imaginário sobre o sofrimento psíquico para além dos enquadres ocidentais. Reflorestar o imaginário, como sugere Núñez (2022), é uma estratégia potente contra as práticas de

colonização no fazer *psi* e, certamente, não faremos isso apenas a partir da mesma perspectiva que nos constrói como profissionais da escuta. Precisamos de outras perspectivas sobre o sofrimento e sobre a própria vida que nos instrumentalize para a produção do cuidado.



**considerações  
finais**

## **8. Considerações finais: Um manifesto pela escuta que se lança ao desconhecido sem medo das desestabilizações**

Suely Rolnik (2014), ao nos apresentar sua “Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo”, traz uma importante colocação sobre a cartografia como um método de pesquisa nas ciências humanas que me acompanha nesta sensível tarefa de investigar: paisagens psicossociais também são passíveis de serem cartografadas. O que ela quer dizer com isso? Quando nos deparamos com a subjetividade no acontecimento clínico, estamos entregues a um território completamente novo. Sempre. A cada novo encontro. Portanto, parece-me importante um mapa deste território, algo que nos permita ao menos compreender os caminhos que nos levam às possibilidades que nos tiram das repetições impostas pela norma. Talvez porque este é um mapa em constante transformação. Instável. Ao chegar até aqui, depois de refletirmos sobre a construção da minha escuta e do diálogo que pude ter com demais profissionais da área *psi* sobre a escuta oferecida a imigrantes, fico me perguntando: se eu fosse endereçar a você, leitora, um cartão postal deste território subjetivo que busquei conhecer com esta pesquisa, como seria?

Vou tentar estruturar este cartão postal discursivamente e, ao mesmo tempo, formalizar o posicionamento que tomo ao finalizar esta tese. Como plano de fundo, ao fazer um percurso teórico sobre as possibilidades da escuta no trabalho com imigrantes, encontrei um terreno extremamente instável. Trago esta instabilidade como um adjetivo inicial para descrever esta paisagem e não espero que isto seja lido como algo pejorativo. Trazer a instabilidade para o campo da construção da escuta significa dizer que ela está permanentemente mudando para se fazer possível, inclusive a nossa própria posição que adotamos como psicólogos/psicanalistas, por exemplo. A estabilidade identitária parece ser uma falácia e, discursivamente, um privilégio daqueles que se posicionam em lugares próximos à norma. As dissidências parecem carregar consigo o peso de performar a instabilidade, sustentá-la como um fardo construído pela percepção do equívoco, mas ela é, inevitavelmente, uma característica própria de todos. Até quando vamos confiar mais na suposta estabilidade de um determinado saber que na potência inovadora de cada encontro? No caso do saber psiquiátrico analisado por Foucault, integrante de grande parte das reflexões aqui, como pode ser ele o critério da normalidade e não a experiência do sofrimento psíquico em si?

Por exemplo, uma das coisas que vemos na literatura de referência sobre o cuidado em saúde mental de imigrantes é que, no processo migratório, há uma ruptura identitária significativamente forte a ponto de promover desestabilizações egóicas. Claro, associado ao peso do traumático em alguns casos, temos uma dilaceração narcísica

que, ao buscar um novo lugar, o sujeito perde não só os referenciais de mundo, mas também de si mesmo. A minha questão está na ideia de que, como profissionais da escuta, não devemos deixar de considerar esta ruptura, ao contrário, ela é inegável. O fato que me parece crucial é conceber que também estamos (e precisamos estar) sujeitos a mudanças para que a escuta não seja enquadrada em uma função quase que protocolar de confirmação do nosso próprio saber. Como concluí na cartografia que realizei em um hospital psiquiátrico durante meu trabalho de mestrado, “a corporificação de posições de poder surge, a meu ver, como um acontecimento além da repetição da norma, quase como uma prática de blindagem contra a loucura, a qual dentro desta distribuição moralizante da vida, adentra em um viés de receio pelo contágio” (Machado, 2022, p. 108).

Analisando o território que descrevi para poder sustentar meu argumento, percebo que, historicamente, nesta aproximação entre cuidado em saúde mental e a noção de doença, tanto a psicologia quanto a psiquiatria se aproveitaram de justaposições com o discurso naturalista e racional da ciência para se fazerem possíveis no laço social. Isto, sem dúvida, deixa marcas significativas não só na forma como produzimos escuta, mas também nos meios que utilizamos para falar sobre subjetividade, sofrimento e, até mesmo dos desvios da norma. O sujeito migrante, por exemplo, corporificando a diferença inquietante que nos invade com a possibilidade de “ser diferente”, nos apresenta um modo outro de sofrer marcado por uma barreira importante nas formas de como isto será traduzido para a cena clínica. Afinal, não só o sofrimento está sendo apresentado, mas toda uma construção simbólica sobre a realidade possivelmente desconhecida por quem escuta. Assim, tendo a psicanálise politicamente implicada como um horizonte teórico-técnico de aproximações, confirmo a ideia de que ela, quando dissocia clínica de política, transforma-se em uma práxis colonial (Santos, 2022).

Fica implícito que, para se fazer verdade, é necessário certo enquadre linguístico e normativo. Aqui, a psicanálise surge como uma importante irrupção. Por isso, acredito que um dos primeiros posicionamentos inegociáveis ao longo do processo de escrita desta cartografia foi, especificamente, aceitar a ética da psicanálise como um norteador e como um método que estrutura a construção de uma nova linguagem que transforma o encontro como algo menos assustador. Ou seja, promover esta primeira desestabilização ao adotar uma linguagem limite entre literatura e ciência foi um acordo que estabeleci com minha própria produção para evidenciar em ato a possibilidade de construção de pontes entre mundos que foram construídos como tão distantes, tal qual no encontro entre culturas nos atendimentos em saúde.

Como foi para você, leitora, ao invés de encontrar desde o começo frases assertivas e pouco “pessoais”, deparar-se com uma conversa? Na escuta que oferecemos a imigrantes estamos constantemente diante de uma confusão de línguas que buscam avidamente por um ponto de interseção para a promoção do cuidado. Situações que, como falei anteriormente, exigem uma elasticidade nesta técnica normativa. Aqui, no caso desta cartografia, o ponto de interseção que transforma estas reflexões em uma tese pode ter sido a primazia da ética do cuidado que privilegia o sujeito de desejo e, sobretudo, a compreensão da diferença como uma experiência compartilhada, algo nodal da elaboração das análises. Como advogar sobre uma escuta implicada sem ao menos se implicar com aquilo que está sendo elaborado e escrito? Há que se ter uma elasticidade também nos modos que produzimos conhecimento, tecendo um novo imaginário do que pode ser visto como ciência (Haraway, 1995; Núñez, 2021).

Por isso, no primeiro movimento cartográfico, entreguei-me às reflexões que fui escrevendo ao longo dos anos como uma tentativa de elaboração da inquietação que ficava como plano de fundo depois de todos os atendimentos que eu realizava no cenário das migrações. Gosto de pensar neste movimento como um contra-arquivo do prontuário que somos indicados a fazer, registrando o que foi dito pela pessoa que escutamos, garantindo o sigilo e a guarda das informações. Algo fundamental para a construção da conduta clínica, mas que deve ir além de uma proposta apenas protocolar. Na proposta de usar a narrativa como um instrumento clínico, Rita Charon (2015) sugere a existência de três discursos que precisam se interseccionar para evitar práticas de silenciamento: do “paciente”, do clínico e do sofrimento. O prontuário é marcado por uma linguagem que busca afastar o clínico daquilo que está sendo escrito, pois o foco está no “paciente” ou, mais perversamente, apenas no sofrimento. Ao narrar o outro adoecido como o único presente na cena de cuidado, retiramos a responsabilidade daquilo que estamos dizendo, afinal, é o sujeito que “tem” a doença. Somos porta-vozes de um acontecimento que, aos olhos de uma clínica vista como tradicional, está fora do controle do sujeito.

Vemos, com isso, que o trabalho de escuta, nesta leitura um pouco mais distanciada, pode ser lido também como um agenciador de fronteiras entre o saudável e o adoecido. O funcional e o disfuncional. O normal e o anormal. A ficção e a realidade. Em se tratando da pluralidade das manifestações psíquicas e subjetivas decorrentes do processo migratório e do encontro entre culturas, será que não podemos, também na escuta, permitirmo-nos habitar a fronteira, assim como nos indica Anzaldúa (1987)? Isto quer dizer se permitir tirar do trabalho clínico a exigência da resposta e se autorizar a constante dúvida de quem quer aprender, a desestabilização das verdades que,

historicamente, foram colocadas como únicas. Thobie Nathan traz esta possibilidade para o trabalho clínico e indica saídas importantes: não só os modos de interpretação do sofrimento e cuidado ocidentais possuem efetividade.

Ao analisar o diário de campo e colocá-lo como um material de trabalho para buscar responder os objetivos de pesquisa, aceito a condição de não neutralidade da ciência e do trabalho como psicólogo/psicanalista. Anuncio e abraço a condição política da escuta. Nesta imersão na minha própria prática, encontrei a definição e a defesa da escuta como um *acontecimento*, invadido pelas condições sociopolíticas e permeado por um desejo de ser efetivada, especialmente quando destinada para pessoas que apresentam algum desvio da norma vigente. Pude também retirar o discurso da vulnerabilidade da experiência dos imigrantes como algo localizado apenas na realidade deles, aprofundando as reflexões a partir da teoria butleriana que nos adverte: todos somos vulneráveis. Ampliar o espectro da vulnerabilidade também para nós que, por muito tempo, nos posicionamos como detentores do saber, nos faz conseguir promover fissuras nos muros que estruturam a “normalidade”. Novas línguas são possíveis. Novos gestos de cuidado ganham a cena e oferecem resposta para um desamparo técnico que, por vezes, nos paralisa diante de uma nova cultura. Estas fissuras, no entanto, são exatamente naquilo que nos sustenta na posição de saber e isto, inevitavelmente, nos desestabiliza.

Neste ponto, ao perceber a escuta como um *acontecimento* marcado por uma função de testemunha e produção de memória, reflito que, com imigrantes, escutamos uma reedição da fronteira em diferentes níveis. Especialmente em espaços públicos, podemos oferecer uma representação do Estado na relação transferencial, ainda que inconscientemente. Por este caminho, apresento no primeiro movimento a reflexão sobre o tensionamento entre sujeito de direitos e sujeito de desejos, como se, ao corporificarmos a fronteira, nos entregássemos a uma racionalidade do cuidado direcionada para a necessidade de certezas, que encontra um lugar de muito conforto nas medicalizações e normatizações.

Este primeiro movimento cartográfico me fez pensar, para além das questões já apresentadas, em algo mais profundo sobre a construção da escuta. Ao analisar o diário de campo que construí, especialmente para esta pesquisa, pensei sobre o tanto de situações que, previamente, encontre-me em um dilema clínico e não registrei, não produzi reflexão, “fui lá e fiz”. Penso que as elaborações que apresentei defendem também a hipótese de que, imersos na necessidade do “fazer porque é necessário” não nos permitimos a reflexão, quase que como um efeito perverso das normatizações no modo que estruturamos o cuidado. Especialmente porque, ao refletir, encontramos

situações em que não nos identificamos com o cuidado que oferecemos, como o benefício de saída da cidade de Florianópolis que citei. Por mais que eventualmente haja uma crítica importante, a necessidade de levar uma resposta sobrepõe um cuidado implicado e politicamente coerente com a situação apresentada. Não poder refletir por conta das condições e pela imposição de uma norma racional figura uma parte importante dos processos de medicalização e normatização, pois os profissionais se encontram em frequentes práticas de repetição ou de anúncio de suas limitações: “além daqui não é comigo”.

Assim, permitir-se à teorização ou à reflexão não pode ser visto como algo descolado da realidade ou sem rebatimentos concretos no cuidado. Cheguei a ouvir de uma das entrevistadas: *que privilégio ter tempo para estudar com calma tudo isso, ein?* De fato, um privilégio. Porém, até quando a reflexão e a teoria precisam ser vistas como um privilégio de poucos? Por que colocamos esta distância justamente naquilo que pode nos promover rupturas significativas nas repetições normativas? Inclusive, esta separação remonta o projeto colonial em seus desdobramentos neoliberais (Fanon, 2020; Safatle, 2018), como se pensar fosse uma possibilidade impedida para aqueles que “executam”. Adorno (1995), inquieto com esta diferenciação cartesiana entre teoria e prática nos promove uma relativização também desta fronteira: a teoria também é uma prática, e vice-versa. O império da resposta prática responde a uma lógica pragmática que organiza, inclusive, o modo como distribuimos o sofrimento em um manual capaz de oferecer *checklists* que resolvem o enigma clínico. Todo encontro clínico carece de reflexão.

No segundo movimento cartográfico, propus-me a uma conversa com profissionais da rede de saúde de Florianópolis, especificamente Médicas de Saúde da Família, Psicólogas e Psiquiatras. Aqui, busquei compreender como ocorre a escuta de imigrantes em sofrimento psíquico em serviços públicos de saúde, assim como o modo como as queixas de saúde mental são codificadas. Pude perceber uma tendência a práticas de medicalização e normatização do cuidado, ainda que exista sensibilidade cultural em alguns discursos. Para estas profissionais, imigrantes ainda são vistos, com muita facilidade, como um enigma a ser desvendado, especialmente quando apresentam uma narrativa de sofrimento psíquico. Porém, um enigma que lança medo. Somando a isso, ainda é frequente que sobre os imigrantes recaia um olhar marcado pela ideia de que eles são pessoas necessariamente traumatizadas e em extremas condições de precarização. Esta realidade representa parcela da população imigrante, de fato, mas não toda. Reduzir a experiência de imigrantes nos espaços de saúde a apenas esta leitura

constrói uma distância ainda maior entre os profissionais e a possibilidade cuidado, confirmando um cenário quimérico de agência da escuta.

Após categorizar o conteúdo das entrevistas, pude desenvolver reflexões que indicaram algumas conclusões. De primeiro, foi perceptível que a formação profissional, mesmo com a urgência da temática da migração, ainda não apresenta amparo técnico e reflexivo para o atendimento em saúde mental de imigrantes. As profissionais anunciam um trabalho que “tateia” possibilidades e indicam a necessidade de formações na temática, mas esbarram em entraves em uma gestão que demonstra não facilitar ou proporcionar espaços de educação permanente, ainda que seja uma diretriz do SUS. Isto confirma a ideia que apresentei sobre o privilégio do pragmatismo nos espaços de saúde: se há algo a ser melhorado, ele é quantitativo, não qualitativo. Além disso, as profissionais indicam uma dificuldade significativa na promoção de escuta a imigrantes em sofrimento psíquico, elencando as barreiras culturais e linguísticas como os principais desafios. Contudo, também demonstram utilizar de ferramentas que visam “tatear” alguma mediação, indicando ferramentas de tradução simultânea e até mesmo técnicas de escrita. Ainda assim, sentem-se frustradas por acreditar que o cuidado está sendo “ineficaz”, pois, no encontro com a impossibilidade de resolução e com a frustração posta na díade clínica, a normatização e a medicalização surgem como um fato quase que lógico.

No que diz respeito à codificação do sofrimento psíquico em diagnóstico, por mais que as profissionais da psicologia e da MFC não demonstrem utilizar o DSM e seus critérios como ferramentas que engessam a escuta, precisam ao final de todo atendimento indicar um diagnóstico. Ou seja, o próprio sistema de saúde constrói um cenário para práticas de medicalização por meio de um discurso institucional. Além disso, ainda que MFC tenham demonstrado uma escuta bastante sensível por conta da possibilidade de construção de vínculo, psicólogas e psiquiatras, por serem vistas como especialistas, alegam já receber os encaminhamentos com diagnósticos feitos, algo que envia a escuta. Porém, independente da profissional, há um tensionamento importante na fronteira entre o diagnóstico clínico e psicopatológico, restando ao diagnóstico ético uma saída possível para evitar medicalizações que promovam exclusão ou o acirramento de fronteiras.

Neste ponto, acredito que haja uma importante limitação da pesquisa que deve ser levada em consideração. Boa parte da elaboração teórica que realizei tomou como base o DSM e, no encontro com as profissionais, percebemos que o CID parecia ser o elemento mais significativo. Algumas profissionais anunciaram categoricamente que não usam o DSM em sua prática, mas que são obrigadas a saber sobre a codificação do

CID para poder formalizar o cuidado que oferecem. Em linhas gerais, acredito que a crítica a ser realizada não deve se ater apenas a um manual em específico, mas a práticas nosológicas realizadas sem sensibilidade cultural.

Porém, algo que fica como figura primeira da descrição deste diálogo que realizei com as profissionais foi a ausência que elas sentem, na prática, de um espaço especializado no atendimento a imigrantes para poder servir de referência em casos de dúvida ou desamparo. Esta ausência, na percepção delas, somada às dificuldades que os imigrantes apresentam no processo de inclusão, apresenta um cenário de constantes discontinuidades nos tratamentos oferecidos e propostas de cuidado fragmentadas. Algumas profissionais chegaram a citar a falta que sentem do CRAI/SC ou mesmo de associações que proporcionem um sentimento de “pertencimento” para os imigrantes, fortalecendo redes de apoio significativas para diminuir sentimentos de solidão e desamparo.

Porém, termino esta cartografia com a impressão de que a falta de rede não é um acontecimento presente apenas na experiência dos imigrantes. Ouvindo as profissionais e pensando na minha prática, fico com a impressão de que o *punctum*<sup>43</sup> do cartão postal que descrevo seja o sentimento de resolução solitária que carregamos na escuta. Talvez pelo modo como fomos ensinadas ou pela forma como o cuidado tem sido efetivado em espaços públicos, ainda que com diretrizes de cuidado compartilhado, entendemos a escuta como um gesto solitário e dependente da presença ou não de técnicas adequadas para cada uma das situações apresentadas. Por isso as desestabilizações nos assustam. Se nos permitirmos deslizarmos de uma norma que nos promove segurança entendendo que não somos os únicos responsáveis pelo encontro da resposta, a desestabilização se transforma em possibilidade. *Com quem eu posso conversar para refletir sobre isso?* Percebo que, na escuta oferecida a imigrantes na realidade de Florianópolis, o encaminhamento para especialidade pode surgir como uma solução prática, por exemplo, mas ele apenas indica um novo profissional que, sozinho, seguirá o cuidado.

Se lançar ao desconhecido, aqui, significa aceitar que o cuidado em saúde mental destinado a imigrantes nos exige desterritorializações naquilo que, por muito tempo, nos foi ensinado como possibilidade única, mas que, ao mesmo tempo, foi colocando o consultório da escuta onde nos estabelecemos em altas palafitas que sustentam apenas o saber, mas distanciam o cuidado de sua principal função. Por meio do movimento

---

<sup>43</sup> Barthes (1980) usa o conceito de "punctum" para se referir a um elemento específico em uma imagem que desperta uma emoção intensa ou um impacto pessoal no observador. É algo que "fere" o espectador, um detalhe, uma característica singular que chama a atenção e cria uma conexão emocional.

social, hoje, sabe-se que a rede “não oficial” de atenção segura os imigrantes em sofrimento intenso, quase como a imagem descrita por J. D. Salinger<sup>44</sup> em seu “Apanhador no campo de centeio”: muitas pessoas correndo em direção a um cuidado, mas poucos braços que conseguem segurar. São associações, redes informais, vínculos familiares e demais cadeias de cuidado que ocorrem, mas estão distantes de nossos olhos. São redes públicas. Talvez por isso temos a impressão de que o cuidado é fragmentado, pois na urgência da atenção, ela é realizada por outras formas de escutar, fora do nosso fazer historicamente individualizante. Assim, mais do que escutar sujeitos imigrantes em sofrimento, acredito que nos caiba a importante tarefa de aprender a escutar também *como* cuidar, aprimorando o fazer clínico para uma realidade que seja possível para além do enquadre ocidentalizado e normativo.

---

<sup>44</sup> Salinger foi um escritor estadunidense cuja obra conheci durante a adolescência e que vem me acompanhando em diferentes momentos. Ao terminar de escrever a tese, não por acaso, fico com a imagem deste livro em minha mente. No livro “O apanhador no campo de centeio” ele apresenta a história do jovem Holden Caulfield e suas inquietações, marcadas por uma perene dificuldade de mediação entre o que ele sentia e o que o mundo entendia, algo muito coerente com o que debatemos até aqui. Holden apresenta a inquietação de quem tenta, a muito custo, se fazer possível no mundo que segue apresentando obstáculos. Ao final do livro, ele se depara com o ambíguo sentimento de que ele sentirá falta mesmo daquilo que lhe fez mal, daquilo que foi difícil. A última frase do livro é “*Mal acaba de contar, a gente começa a sentir saudade de todo mundo*”. Compartilho deste sentimento. Neste terreno instável que habito entre ciência e literatura, produzi um lugar. A sensação de precisar movimentar minha escuta me deslocou epistemologicamente, geograficamente e subjetivamente. Neste caminho, criei laços e vínculos dos quais já sinto falta. **A escuta em movimento é pública e política.** Se você perceber, leitora, termino esta tese com poucas respostas e muitas perguntas. De começo, isso me assustou um pouco. Afinal, o que é uma tese? Contudo, seguindo o compromisso ético que estabeleci logo no começo de me entregar às desestabilizações, ter dúvida me parece o caminho certo. Acredito que esta seja minha última nota de rodapé. Obrigado, leitora, pela paciência de acompanhar este pensamento que ia se dividindo para dar conta das reflexões que, assim como o apanhador no campo de centeio, às vezes não encontravam segurança nos parágrafos principais e caíam pra cá. Acredito que construímos um texto paralelo que buscou confirmar a proposta de diálogo que trago com esta tese. A escuta se constrói em relação e esta construção não termina aqui.

## 9. Referências

- Adorno, T. W. (1995). Notas marginais sobre teoria e práxis. In: TW Adorno, *Palavras e sinais: modelos críticos*, 2.
- Aizenber, L., Rodríguez, M. L., & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8(1),65-94.
- Akotirene, C. (2019) *Interseccionalidades*. Série Feminismos plurais. Rio de Janeiro: Editora Jandaíra.
- Alarcón, R. D., Bell, C. C., Kirmayer, L., Lin, K., Üstün, B., & Wisner, K. L. (2002). Beyond the Funhouse Mirrors: Research Agenda on Culture and Psychiatric Diagnosis. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Eds.), *A Research Agenda for DSM-V* (pp. 219–281). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Alarcón, R., A. Becker, R. Lewis-Fernández, R. Like, P. Desai, E. Foulks, J. Gonzales, H. Hansen, A. Kopelowicz, F. Lu, M. Oquendo, and A. Primm. (2009). “Issues for DSM-V: The Role of Culture in Psychiatric Diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 197 (8): 559–660.
- Almeida, V. S. (2019) Proposta de cartografia queer a partir do mapeamento da violência aos corpos dissidentes das normas sexuais e de gênero. Dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Geografia Humana da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Orientado por Fernanda Padovesi Fonseca.
- Almeida, S. (2018). *Racismo estrutural*. Pólen Produção Editorial LTDA.
- Alto Comissariado das Nações Unidas pelos Refugiados [ACNUR]. (1951). *Convenção relativa ao estatuto dos refugiados*.
- Alto Comissariado das Nações Unidas pelos Refugiados [ACNUR]. (2020). Relatório Anual ACNUR 2020.
- Alto Comissariado das Nações Unidas pelos Refugiados [ACNUR]. (2022). Global Trends: Froced displacement in 2022.
- Amarante, P. (2016) *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

- American Psychiatric Association [APA] et al. (2014) DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora
- Anzaldúa, G. (1987). *Borderlands / La Frontera: The New Mestiza*. Aunt Lute Books.
- Araújo, S. A. (2022). *Psicologia e humanitarismo: um estudo sobre as políticas de intervenção no campo do refúgio*. Tese de doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Arendt, H. (2013) *Nós, os refugiados*. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Publicado originalmente em 1943
- Balaam, M. C., Kingdon, C., Thomson, G., Finlayson, K., & Downe, S. (2016). 'We make them feel special': The experiences of voluntary sector workers supporting asylum seeking and refugee women during pregnancy and early motherhood. *Midwifery*, 34, 133–140. <https://doi.org/10.1016/>
- Barreto, M.S., Nascimento D.G., Magini, L.Y.Z., Oliveira, I.L., Vieira, V.C.L. & Marcon, S.S. (2019). Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants. *Escola Anna Nery*, 23(3), e20190003. Epub 05 de setembro de 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0003>
- Barros, A. F. O. (2016). *Reconstrução em movimento: os impactos psicológicos do terremoto de 2010 em imigrantes haitianos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Barros, A. F. O. (2022). *Da alteridade à condição precária: CRAI-SC e a construção de políticas públicas para imigração na região de Florianópolis*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina
- Barros, M. L. Bairrão, J. F. M. H. (2010) *Etnopsicanálise: embasamento crítico sobre teoria e prática terapêutica*. *Revista SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. V. 11 n 1
- Barthes, R. (1980). *Câmara Lúcida*. Lisboa: Edições 70.
- Ben Jelloun, T. (1977). *La plus haute des solitudes*. Paris: Seuil.
- Betts, J. (2013). Diferença cultural, sofrimentos da identidade e a clínica psicanalítica hoje. *SIG Revista de Psicanálise*, 2(1), 85-97.
- Bhabha, H. K. (1998). *O local da cultura*. Editora UFMG.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Karnac Books.

- Birman, J. (1980) *Sexualidade na Instituição Asilar*. Rio de Janeiro: Achiemé. 54 p
- Birman, J. (1994). *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Birman, J. (2019). *Cartografias do avesso: escrita, ficção e estéticas de subjetivação*. Editora José Olympio.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Nova York: Columbia University Press.
- Borges, L. M., & Pocreau, J. B. (2009). A identidade como fator de imunidade psicológica: contribuições da clínica intercultural perante as situações de violência extrema. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 224-236.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed.
- Bradley, G. M., & de Noronha, L. (2022). *Against Borders: The Case for Abolition*. Verso Books.
- Branco-Pereira, A. (2019). *Viajantes do tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos.
- Brasil (1990) Lei 8.080. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. Assembleia Legislativa, DF.
- Brasil (2017). Assembleia Legislativa. Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017. Dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula sua entrada no país e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. Brasília, DF.
- Brasil (2023) Portaria GM/MS n 217 de 1 de Março de 2023. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo "Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes" por "Acidente de Trabalho" na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Ministério da Saúde, DF.
- Brasil, (2011) Lei 12.435 de 6 de Julho de 2011. Altera a lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Assembleia Legislativa, DF.

- Brasil. (2001) Assembleia Legislativa. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe Sobre A Proteção e Os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona O Modelo Assistencial em Saúde Mental. Brasília, DF
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021, 21 de julho). Portaria nº 655, de 21 de julho de 2021. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab) e o funcionamento de seus componentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria-655-21-ccv.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-655-21-ccv.htm)
- Braveboy-Wagner, J. A (2003). *The Foreign Policies of the Global South: Rethinking Conceptual Frameworks*. [S.l.]: Lynne Rienner Publishers. ISBN 9781588261755
- Bredström A. (2019). Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision. *The Journal of medical humanities*, 40(3), 347–363. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9501-1>
- Briones-Vozmediano E, La Parra D, Vives-Cases C. (2015) Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. Dec;18(6):2994-3006.
- Broide, J. (2019). A clínica psicanalítica nos espaços públicos: breves considerações históricas. Em E. Broide & I. Katz (Eds.), *Psicanálise nos espaços públicos*. Editora da USP. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)
- Butler, J, Spivak, G. C. (2018) *Quem canta o estado nação?* Língua, política e pertencimento. Brasília: Editora UnB
- Butler, J. (2015a) *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira
- Butler, J. (2015b). *Relatar a si mesmo: Crítica da violência ética*. Autêntica.
- Butler, J. (2017a). *Caminhos Divergentes: Judaicidade e Crítica do Sionismo*. Boitempo Editorial.
- Butler, J. (2017b). *A vida psíquica do poder: teorias da sujeição*. Autêntica.
- Butler, J. (2018) *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Butler, J. (2019). *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Autêntica.
- Butler, J. (2021). *Discurso de ódio: Uma política do performativo*. Editora Unesp.
- Butler, J. (2021). *The force of nonviolence: An ethico-political bind*. Verso Books
- Candido, A. (2011) O direito à literatura. In: Cândido, A. (2011) *Vários Escritos*. Rio de Janeiro: Ouro sobre azul
- Caponi, S. (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 741-763
- Carvalhaes, F. F. (2019). Clínica extramuros: decolonizando a Psicologia. *Revista Espaço Acadêmico*, 19(216), 03-13. Recuperado de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/47665>
- Carvalho, A., Souza, C., & Macedo, J. P.. (2020). Relações de Gênero e Étnico-Raciais nos Currículos de Psicologia: Aproximações e Desafios. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 40, e201972. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003201972>
- Castelli, A. C. (2021). *Abjeção e migração: deslocamentos clínicos do enigma do dejetado às autorizações do desejo*. Tese de doutorado. Universidade do estado de São Paulo.
- Cavalcanti, L., de Oliveira, T., & Silva., B. G. (2022). *Relatório anual OBMigra 2022*.
- Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes [CRAI] (2018) Relatório de atividades internas referentes ao ano de 2018. Florianópolis: relatório interno do serviço.
- Charon, R. (2015). *O corpo que se conta: por que a medicina e as histórias precisam uma da outra*. Letra e Voz.
- Chaves, W. C. (2006). *O estatuto do real em Lacan: dos primeiros escritos ao seminário VII, a ética da psicanálise*. Paidéia (Ribeirão Preto), 16, 161-168.
- Chuah, F., Tan, S. T., Yeo, J., & Legido-Quigley, H. (2019). Health System Responses to the Health Needs of Refugees and Asylum-seekers in Malaysia: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1584. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091584>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2005). *Código de ética profissional do Psicólogo*. CFP.

- Costa-Rosa, A. (2011). Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e Sociedade*, 20, 743-757.
- Costa, E. A. D. P., & Coimbra, C. M. B. (2008). *Nem criadores, nem criaturas: éramos todos devires na produção de diferentes saberes*. *Psicologia & sociedade*, 20, 125-133.
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. D. (2020). A Psicanálise em face à política: uma postura e uma análise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23, 12-23.
- Curi, S. (2001). A escritura nômade em Clarice Lispector. Chapecó: Argos.
- Cvetkovich, A. (2011). The Queer Art of the Counterarchive. In D. Frantz & M. Locks (Eds.), *Cruising the Archive: Queer Art and Culture in Los Angeles, 1945-1980*. ONE National Lesbian and Gay Archives.
- Dalmolin, M. D. (2011) *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Damasceno, R. F., & da Silva, P. L. N. (2018). Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>
- Danto, E. A. (2020). *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social*. Editora Perspectiva SA.
- Dattoli, V. C. C., de Souza Lucio, D., & da Silva Chaves, I. T. (2019). A utilização da atenção primária à saúde por imigrantes em Florianópolis. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), 1786-1786.
- Deleuze, G. (1992) *Conversações: 1972-1990*. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed 34
- Deleuze, G. (1996). O que é um dispositivo? In: G. Deleuze, *O mistério de Ariana* (pp. 83-96). Lisboa: Vega.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1995) *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed 34, 1995. v. 1.
- Dell'Aversana, G., & Bruno, A. (2017). *Different and Similar at the Same Time*. Cultural Competence through the Leans of Healthcare Providers. *Frontiers in psychology*, 8, 1426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01426>
- Derrida, J. (2001). *Mal de Arquivo: uma impressão freudiana*. (C. M. Rego, Trad.). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- Devereux, G. (1967). *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*. New York: The Free Press.
- Devereux, G. (1972) *Ethnopsychanalyse complementariste*. Trad. Tina Jolas e Henri Gobard. Paris: Flammarion
- Devillé, W., Greacen, T., Bogić, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Jensen, N. K., Karamanidou, C., Kluge, U., Mertaniemi, R., Riera, R. P., Sárváry, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Welbel, M., & Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC public health*, *11*, 699. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-699>
- Dias, S., Gama, A., Silva, A.C., Cargaleiro, H. & Martins, M.O. (2011). Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: a perspectiva dos profissionais de saúde. *Acta Med Port.* *24*(4):511-516
- Didi-Huberman, G. (2015) *Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica de Salpêtrière*. Contraponto: Rio de Janeiro
- Didi-Huberman, G. (2018). *Aperçues*. Editions de Minuit.
- Dodebei, V., & Gondar, J. (2005). O que é memória social. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Duden, G. S., & Martins-Borges, L. (2021). Psychotherapy with refugees—Supportive and hindering elements. *Psychotherapy Research*, *31*(3), 402-417.
- Duden, G. S., & Martins-Borges, L. (2022). Psychologists' perspectives on providing psychological care for refugees in Brazil. *Counselling Psychology Quarterly*, *35*(3), 605-633.
- Duden, G.S., de Smet, S., & Martins-Borges, L. (2021). Psychologists' Perspectives on the Psychological Suffering of Refugee Patients in Brazil. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *46*, 364 - 390.
- Dunker, C. (2018). Epílogo - Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In V. Safatle, N. da Silva Junior, & C. Dunker (Eds.), *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 317–347). Autêntica.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Editora Boitempo
- Fanon, F. (1961) *Os condenados da terra*. Lisboa: Editora Ulisseia

- Fanon, F. (2020) *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu Editora
- Farina, C. (2008). Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. ANPED
- Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie: pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et sociétés*, 24(1), 95-116.
- Fassin, D. (2005) Le sens de la santé: anthropologie des politiques de la vie. In: Saillant, F. Genest, S. (Coord). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Le press de l'Université Laval
- Fassin, D. (2014). De l'invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes. Genèse et transformations d'une condition morale. *Revue d'histoire*, 123,161-171. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-vingtieme-siecle-revue-d-histoire-2014-3-page-161.htm>
- Fassin, D.; Rechtman, R. (2007) *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion
- Ferenczi, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Vol. III, pp. 185-288). Paidós.
- Ferenczi, S. (1992). A elasticidade da técnica psicanalítica. In: Sándor Ferenczi. *Obras completas*, v. IV, Originalmente publicado em 1928. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferigato, S. H., & Carvalho, S R. (2011). Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 663-676. Epub September 23, 2011
- Ferreira, A. V. S. (2019). *Imigração e saúde mental: narrativas de estudantes latino-americanos em uma universidade intercultural*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. D., Biff, D., & Scherer, M. D. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1869-1878.
- Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Dumará.
- Florianópolis. (2020). Lei Municipal nº 10735, de 28 de julho de 2020. Dispõe sobre a política municipal para a população migrante, com objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias. Diário Oficial do Município de Florianópolis

- Fonseca, T. M. G., & Kirst, P. G. (2004). O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), 29-34.
- Fonseca, T. M. G., Kirst, P. G., Oliveira, A. M., D'Ávila, M. F., & Marsilac, A. L. M. (2006). Pesquisa e acontecimento: o toque no impensado. *Psicologia em estudo*, 11, 655-660.
- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. Vintage Books.
- Foucault, M. (1984) Polêmica, política e Problematização. In: Foucault, M. Ditos e escritos. Ética, sexualidade, política. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária. v. 5
- Foucault, M. (1993) *Genealogia del racismo*. Tradução do francês para o espanhol de Alfredo Tzveibel. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (2006) *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da Clínica*. Forense Universitária. Originalmente publicado em 1963
- Foucault, M. (2012) *A ordem do discurso*: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola (Originalmente publicado em 1970)
- Foucault, M. (2014). *História da Sexualidade: a vontade de saber* (Vol. 1). Paz & Terra
- Foucault, M. (2015). *Sociedade Punitiva*. São Paulo: WMF Editora.
- Foucault, M. (2017). *Microfísica do Poder*. Paz & Terra. Originalmente publicado em 1978.
- Foucault, M. (2020) *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva. (Originalmente publicado em 1972)
- Frances, A. (2010) Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. *Rev.Psychiatric Times*, v. 1, n. 1, February 11
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), ág-151.
- Freud, S. (1919). Caminhos da terapia psicanalítica. In: Freud, S. História de uma neurose infantil: ("O homem dos lobos"); Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920), vol. 14 (pp. 279-292). São Paulo: Cia das Letras, 2010.

- Freud, S. (2010a). *Obras completas volume 18: O mal-estar na civilização e outros textos*. Cia das Letras.
- Freud, S. (2010b). A dinâmica da transferência. In *Obras completas volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (O caso Schreber), artigos sobre técnica e outros*. Cia das letas. (Originalmente publicado em 1912)
- Freud, S. (2010c). "Moral Sexual Civilizada e Doença Neurótica Moderna". In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 9, pp. 135-156). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1908)
- Freud, S. (2010d). Além do princípio do prazer. In S. Freud (Ed.), *Obras completas volume 14: "O homem dos lobos" e outros textos*. Cia das Letras. Originalmente publicado em 1920
- Freud, S. (2010e). O inquietante. In S. Freud (Ed.), *Obras completas volume 14: "O homem dos lobos" e outros textos*. Originalmente publicado em 2019
- Freud, S. (2010f). A transitoriedade. In S. Freud (Ed.), *Obras completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. Cia das Letras. Originalmente publicado em 1916
- Freud, S. (2010g). Ensaio de Metapsicologia. In S. Freud, *Obras completas*. (Vol. 12, Paulo Cesar de Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2010h). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Obras completas volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (O caso Schreber), artigos sobre técnica e outros*. Cia das letas. (Originalmente publicado em 1912)
- Freud, S. (2012). Totem e Tabu. In S. Freud (Ed.), *Obras completas volume 11: Totem e tabu, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos*. Cia das Letras. Originalmente publicado em 2013
- Freud, S. (2014). O sentido dos sintomas. In S. Freud (Ed.), *Obras Completas volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise*. Cia das Letras. Originalmente publicado em 1917
- Freud, S. (2014). *Obras completas volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise*. Cia das Letras.

- Freud, S. (2015). O poeta e o fantasiar (1908). In *Obras Incompletas de sigmund Freud: arte literatura e os artistas*. Autêntica.
- Freud, S. (2016). *Obras completas volume 2: Estudos sobre a histeria*. Cia da Letras. Originalmente publicado em 1895
- Freud, S. (2016b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud (Ed.), *Obras completas Volume 6: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos*. Cia das Letras.
- Freud, S. (2018). Moisés e o monoteísmo. In S. Freud (Ed.), *Obras completas volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos*. Cia das Letras. Originalmente publicado em 1939
- Freud, S. (2019) O infamiliar. Edição Comemorativa Bilíngua (1919-2019). São Paulo: Editora Autêntica. Publicado originalmente em 1919
- Freud, S. (2019). *Obras completas volume 4: A interpretação dos sonhos*. Cia das Letras. (Original work published 1900)
- Frosh, S. (2018) ' Rethinking psychoanalysis in the psychosocial'. *Psychoanalysis, Culture & Society*. Vol 23 (2018) pp.5-14
- Fuertes, M.C., Elizalde, L., Andrés, M.R. de, García Castellano, P., Urmeneta, S., Uribe, J.M., & Bustince, P. (2010). Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 179-190. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0545>
- Gagnebin, J. M. (2001). Memória, história, testemunho. In S. Bresciani & M. Naxara (Orgs.), *Memória e (res)sentimento. Indagação sobre uma questão sensível* (pp.85-94). Campinas, SP: Ed. Unicamp.
- Galina, V. F., Silva, T. B. B. D., Haydu, M., & Martin, D. (2017). A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 297-308.
- Galvão, R. V. (2016) O Centauro no jardim: a condição judaica expressa na obra de Moacyr Scliar através do corpo da figura mitológica. *Revista travessias*, V. 10 n 01, 26 ed

- Gebrim, A. C. C. (2020) *Psicanálise no front: a posição do analista e as marcas do trauma na clínica com imigrantes*. São Paulo: Editora Juruá
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Giacco D, Laxhman N, Priebe S. (2018) Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol*. May; 77:144-152.
- Gil, A. C. (2002) *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas
- Gilroy, P. (2001). *O Atlântico Negro: modernidade e dupla consciência*. São Paulo: Editora 34.
- Gomes, M. M., & Aguiar, F. (2018). Sobre sujeito do direito e sujeito da psicanálise. *Cadernos de Psicanálise| CPRJ*, 40(39 jul/dez), 191-212.
- Gondar, J. (2005). Quatro proposições sobre memória social. In J. Gondar & V. Dodebei (Eds.), *O que é memória social?* Contracapa.
- Gondar, J. (2014). Sexualidades: fronteiras, limites, limiares. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 36(31), 51-68.
- Gondar, J. (2020). Ouvir com os olhos: gestos, expressões, ritmos. *Reverso*, 42(79), 29-35.
- Gondar, J. & Antonello D. F. (2016). O analista como testemunha. *Psicologia USP São Paulo*, 27(1), 16-23.
- Gondim, G. D. M., Monken, M., Rojas, L. I., Barcellos, C., Peiter, P., Navarro, M. B. M. A., & Gracie, R. (2008). O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 237-255.
- Granada, D., & Detoni, P. P. (2017). *Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do Brasil*. *Temáticas*, 25(49), 115-138.
- Green, A. Jerzmanoxska, N. Green, M. Lobb. E. A. (2018) Death is a difficult in any language: a qualitative study of palliative care professionals' experiences when providing end-of-life care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *Palliative Medicine* 1-9
- Grupo de Apoio ao Imigrante e Refugiado de Florianópolis e Região [GAIRF]. (2015) *Novos Imigrantes e Refugiados na Região da Grande Florianópolis: Observações preliminares sobre suas experiências e demandas*. Florianópolis: NEFIPOne/UFSC. Disponível em: <Disponível em:

<https://imigrafloripa.files.wordpress.com/2015/08/relatc3b3rio-gairf-versao-publicar-ult.pd> >

- Hall, S. (2017). A identidade cultural na pós-modernidade. In T. T. da Silva (Ed.), *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais* (12th ed., pp. 107-137). Petrópolis: Vozes.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos pagu*, (5), 7-41.
- Herrmann, F. (1999). Introdução. Psicanálise, ciência e ficção. In F. Herrmann, *A psique e o eu* (pp. 7-42). São Paulo, SP: Hepsyché.
- Honneth, A. (2009). *Luta por reconhecimento*. Editora 34. Originalmente publicado em 1992
- hooks, b. (2019). *Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra*. (C. B. Maringolo, Trad.). São Paulo: Elefante.
- Hudelson, P., Dominice Dao, M., Perneger, T., & Durieux-Paillard, S. (2014). A “migrant friendly hospital” initiative in Geneva, Switzerland: evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PloS one*, 9(9), e106758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106758>
- Imbert, L. (2022). *Immigration: fabrique d'un discours de crise : la crise migratoire permanente*. Amorce.
- Instituto Comunitário Grande Florianópolis [ICOM] (2022). *Sinais Vitais: Migrações Internacionais*. <https://drive.google.com/file/d/1MjdExiAAx325I8le-9QGo2TZRQuzldpc/view>
- Iosifides, T. (2011) *Qualitative methods in migration studies: a critical realist perspective*. Oxford: Ashgate Publishing
- Jaeger, F. N., Pellaud, N., Laville, B., & Klauser, P. (2019). The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC health services research*, 19(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4164-4>
- Jansky, M., Owusu-Boakye, S., & Nauck, F. (2019). "An odyssey without receiving proper care" - experts' views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. *BMC palliative care*, 18(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0392-y>

- Jibrin, M. (2017). Acolhimento psicológico de imigrantes involuntários: um encontro com a alteridade. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina
- Joia, J. H. (2021). Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infantojuvenil. *Estilos Da Clínica*, 26(1), 145-159. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i1p145-159>
- Jong JP, Scholte WF, Koeter MW, Hart AA. (2000) The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatr Scand Sep*;102(3):171-7.
- Kehl, M. R. (2002) Sobre a ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras.
- Keller, R. C. (2007) Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa, University of Chicago Press.
- Khanlou, N., Haque, N., Sheehan, S., & Jones, G. (2015). "It is an Issue of not Knowing Where to Go": Service Providers' Perspectives on Challenges in Accessing Social Support and Services by Immigrant Mothers of Children with Disabilities. *Journal of immigrant and minority health*, 17(6), 1840–1847. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0122-8>
- Kilomba, G. (2019) Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. São Paulo: Editora Cobogó
- Kirmayer, L.J., & Ryder, A. (2016). Culture and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 8: 143-148.
- Kluge, H. H. P., Jakab, Z., Bartovic, J., D'Anna, V., & Severoni, S. (2020). Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10232), 1237-1239.
- Knobloch, F. (2015). Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, 26, 169-174.
- Köfer, E. F., Schuck, A. L., Risson, A. P., & Mahl, Á. C. (2019). “Essas pretinhas intrusas que não se aquietam”: os efeitos psicossociais do racismo sofrido por mulheres negras nordestinas que moram no oeste de Santa Catarina. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, 12(40), 45-61.
- Kühn, T. (2014). Construction of belongingness in late modernity. *Understanding Collective Pride and Group Identity: New directions in emotion theory, research and practice*, 161.

- Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S., & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC public health*, 10, 659. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-659>
- Lacan, J. (1985). *Os Semintários, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Zahar.
- Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In Jacques Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).
- Laplantine, F. (2007). *Ethnopsychiatrie psychanalytique*. Éditions Beauchesne.
- Layton, L. (2020). Intersectionality, normative unconscious processes, and racialized enactments of distinction. In *Intersectionality and Relational Psychoanalysis* (pp. 171-191). Routledge.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N., Hinton, L., Hinton, D., & Kirmayer, L. (Eds.). (2016). *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Lingiardi, V. (2021). *Diagnóstico e destino*. Editora Âyiné.
- Lins, D. (2004). Clarice Lispector: a escrita bailarina. In: Lins, D.; Pelbart, P. P. (Org.). *Nietzsche e Deleuze. Bárbaros Civilizados*. São Paulo: Annablume, pp. 45-60.
- Lispector, C. (1974). *Água Viva*. Rio de Janeiro: Editora Artenova.
- Lispector, C. (2016). Mineirinho. In: Lispector, C. (2016) *Todos os contos*. Rocco.
- Lodetti, M. B. (2018). *Continuidade partida: impactos psicológicos da imigração em refugiados sírios residentes na Grande Florianópolis (Brasil)*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Losco, L. N., & Gemma, S. F. B. (2019). Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180589. <https://doi.org/10.1590/Interface.180589>
- Macedo, M. M. K. (2022). *A (In) visibilidade do Outro: Reflexões sobre Refúgio e Migração*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e239394.
- Machado, G. S. (2018) *Experiência Macabea: modos de subjetivação e sexualidade em internações psiquiátricas de longo prazo ou asilares*. Dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP). Orientado por: Maria Juracy Filgueiras Toneli. Florianópolis.

- Machado, G. S. (2023) Inside a hurricane: decolonising psychoanalytic practices from a Brazilian perspective. New Associations, British Psychoanalytical Council [No prelo]
- Machado, G. S. Barros, A. F. O., Martins-Borges, L. M. (2019) A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um centro de referência de atendimento a imigrantes em Santa Catarina. REMHU, Ver. Interdisciplinar sobre Mobilidade Humana, Dossiê: Olhares psicossociais sobre migrantes e refugiados. V. 27, n 55, abril
- Maia, L., & Andrade, F. C. B. D. (2010). Nachträglichkeit: leituras sobre o tempo na metapsicologia e na clínica. Estudos de Psicanálise, (33), 75-90.
- Major, R. (2003) La démocratie en cruauté. Paris: Éditions Galilée
- Maldonado-Torres, N. (2018) analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: Bernardino-Costa, J. Maldonado-Torres, N. Grosfoguel, R. (org) (2018) Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. São Paulo: Editora Autêntica
- Martin, D., Goldberg, A, & Silveira, C. (2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 26-36.
- Martins Borges, L., & Pocreau, J.-B. (2009). Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*, 15(1),232-245.
- Martins-Borges L, Pocreau J. (2012) Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012; 29(4):577-85
- Martins-Borges, L, Jibrin, M, & Barros, A F O. (2015). Clínica intercultural: a escuta da diferença. *Contextos Clínicos*, 8(2), 186-192
- Martins-Borges, Lucienne. (2013). Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 21(40), 151-162. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000100009>
- Martuscelli, P. N. (2020). How are refugees affected by Brazilian responses to COVID-19? *Revista de Administração Pública*, 54(5), 1446-1457. Epub November 02, 2020
- Matos, M. C. (2021). O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia de COVID-19. *Humanidades & Inovação*, 8, 25–35.

- Mayorga, C. (2012) Articulaciones de la exclusión: la política de atención a prostitutas inmigrantes em Madrid. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*. Vol 12 n 1
- Mbembe, A. (2018) Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. Rio de Janeiro: n-1
- Medrado, B., Spink, M. J. P., & Mélllo, R. P. (2014). Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento do, & M. P. Cordeiro (Eds.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 274-294). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Milesi, R., & Carlet, F. (2012). Refugiados e Políticas Públicas. In C. A. S. Silva (Org.), *Direitos Humanos e Refugiados* (pp. 77-97). Dourados: Editora UFGD.
- Minayo, M. C. S. (Ed.). (2001). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (18a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ministério das Relações Exteriores. (2021). *Comunidade brasileira no exterior: estimativas referentes ao ano de 2020*.
- Mosquera, M. S., Lozano, F. S. F., Gutiérrez, V. F. M., Robayo, M. F., & Leal, J. F. S. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de ciudad Bolívar Bogotá, Colombia, 2007. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 4(2), 83-97.
- Mouffe, C. (2000). *The Democratic Paradox*. Verso.
- Nascimento, V. N. D. (2021). *Reconstruindo uma nova casa: impactos psicológicos da imigração involuntária em mulheres imigrantes residentes na região da Grande Florianópolis*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Navarrete, M. L. V., Núñez, R. T., Lorenzo, I. V. & Alcazo, T. L. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396-402. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.10.008>

- Nickerson, A. Schnyder, U. Bryant, R. Schick, M. Muller, J. Morina, N. (2015) Moral Injury in Traumatized Refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol 84 ed 2 122-123
- Nogueira, V. M. R. (2011). Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais—um debate necessário. *Serviço Social e Saúde*, 10(2), 45-72.
- Núñez, G. (2021) Monoculturas do pensamento e a importância do reflorestamento do imaginário. *ClimaCom—Diante dos Negacionismos*, Campinas, ano, 8.
- Núñez, G., & Vilharva, N. (2022). Artesanato narrativo e as teias da palavra: perspectivas guaranis de resistência. *Revista Feminismos*, 10(2 e 3).
- Oliveira, A. C. (2010). Sujeito, direito e desejo: aproximação entre direito e psicanálise. *Captura Crítica: direito, política, atualidade*, 1(3), 285-322.
- Organização Internacional pela Migração [OIM]. (2022). Missing Migrants. Retrieved July 14, 2022, from <https://missingmigrants.iom.int/>
- Ostermann AC, Meneghel SN, (org) (2012). Humanização, Gênero e Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Campinas: Editora Fiocruz, Mercado de Letras.
- Padilha, F., Jansson, L., & Machado, G. S. (2021). *Os Impactos do Fechamento de Fronteira em Decorrencia da Pandemia da Covid-19 nos Processos de Interiorização de Imigrantes e Refugiados Venezuelanos no Brasil* (I Congresso Internacional e III Seminário Nacional De Desenvolvimento Regional, Ed.).
- Papadopoulos, R. (2018). Therapeutic care for refugees: No place like home (R. K. Papadopoulos, Ed.). Routledge.
- Papadopoulos, R. K. (2001). Refugees, therapists and trauma: systemic reflections. *Context*, 54(1), 5-6.
- Papadopoulos, R. K. (2020). The traumatising discourse of trauma and moral injury: Distress and renewal. In *Moral Injury and Beyond* (pp. 1-21). Routledge.
- Passos, E.; Kastrup, V.; Tedesco, S. (Orgs.). (2014) *Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina
- Peláez, S., Hendricks, K. N., Merry, L. A., & Gagnon, A. J. (2017). Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health

- care professionals' perspectives. *Globalization and health*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>
- Pereira, A. B. (2019). *Viajantes do tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo*. São Paulo: Editora CRV
- Pocreau, J. B., & Martins-Borges, L. (2013). La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 227-242.
- Prado, M A M, & Araújo, S. (2019). Políticas de atendimento a migrantes e refugiados no Brasil e aproximações da psicologia. *Revista Psicologia Política*, 19(46), 570-583.
- Preciado, P. (2021). *Can the monster speak?: A report to an academy of psychoanalysts* (F. Wynne, Trad.). Fitzcarraldo Editions.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde E Sociedade*, 19(1), 94–113. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>
- Pussetti, C. (Coord.). (2009) *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Lisboa: Observatório da Imigração.
- Ribeiro, D. (2019) *Lugar de Fala. Série Feminismos plurais*. Rio de Janeiro: Editora Jandaíra
- Roberti-Junior, J. P. (2021). *Sujeitos e(m) Processos: Reflexões a partir de Processos Criminais De Violências com Crianças e Adolescentes*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/241162/PP\\_S10965-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/241162/PP_S10965-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y)
- Robinson, K. (2013). Voices from the Front Line: Social Work with Refugees and Asylum Seekers in Australia and the UK. *The British Journal of Social Work*, 44(6), 1602–1620. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct040>

- Rocha, E. (2004). Etnocentrismo. In L. F. D. Proença (Ed.), *Dicionário de política cultural: cultura e imaginário* (pp. 266-270). Iluminuras/FAPESP.
- Rolnik, S. (2014) *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*; 2ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS
- Rolnik, S. (2019). *Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada*. n-1 edições.
- Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Textura: Revista de Psicanálise*, 2( 2), 42-46.
- Rosa, M. D. (2009) A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-estar e Subjetividade / Fortaleza / v. iv / n. 2 / p. 329 - 348 / set.*
- Rosa, M. D. (2012). Migrantes, Imigrantes e Refugiados: a Clínica do Traumático. *Revista De Cultura E Extensão USP*, 7, 67-76. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v7i0p67-76>
- Rosa, M. D. (2013). Psicanálise implicada vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41, 29-40.
- Rosa, M. D. (2013). Psicanálise implicada vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41, 29-40.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Editora Escuta
- Rosa, M. D., Berta, S. L., Carignato, T. T., & Alencar, S. (2009). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 12, 497-511.
- Rosa, M. D., Gebrim, A., & Seincman, P. (2018). O acolhimento e escuta em rede no campo das migrações: uma contribuição da psicanálise. *Sig: revista de psicanálise*, 1, 25-33
- Rousseau, C., Oulhote, Y., Ruiz-Casares, M., Cleveland, J., & Greenaway, C. (2017). Encouraging understanding or increasing prejudices: A cross-sectional survey of institutional influence on health personnel attitudes about refugee claimants' access to health care. *PloS one*, 12(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170910>

- Safatle, V., da Silva Júnior, N., & Dunker, C. (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Salami B, Salma J, Hegadoren K. (2019) Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *Int J Ment Health Nurs*. Feb;28(1):152-161.
- Sánchez-Ojeda, M A, Alemany Arrebola, I., & Gallardo Vigil, M. A.. (2017). The nursing department's view towards moroccan patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03227. Epub May 25, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016022703227>
- Sandhu, S. Bjerre, N. V. Dauvrin, M. Dias, S. Gaddini, A. Greacen, T. Ioannidis, E. Kluge, U. et al (2012) Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Soc Psychiatr Epidemiol*. ISSN 0933-7354
- Sandu, A. (2013). Participation, Representation and Voice in the Fight against Gender Violence: The Case of the Women's Movement in Spain. *Journal of International Women's Studies*, 14(1), 24-39.
- Santos, K. Y. P. (2022). *Por um fio: uma escuta das diásporas pulsionais*. Calligraphie Editora.
- São Paulo. (2016). Lei Municipal nº 16478, de 8 de julho de 2016. Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes. *Diário Oficial do Município de São Paulo*.
- Sawaia, B. B. (1999). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão-inclusão. In *Sawaia, B. (1999). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Editora Vozes Limitada. 96-116.
- Scliar, M. (1980) *O centauro no Jardim*. Porto Alegre: Companhia das Letras
- Senhoras, E. M., Nascimento, F. L., & Wendling, K. C. da S. (2021). The Venezuelan migratory crisis. *Zenodo*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5651479>
- Shorter, E. (2013). The history of DSM. In *Making the DSM-5: Concepts and controversies* (pp. 3-19). New York, NY: Springer New York.

- Silva, B. L., & Silva, A. X. (2020). A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. *Serviço Social Em Revista*, 23(1), 99–119. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2020v23n1p99>
- Silva, K., da Rocha, C. N. M. C., & D'Avila, L. (2020). Invisibilizados na Ilha do Desterro: os novos fluxos de imigrantes e refugiados em Florianópolis. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, 15(1), e33488-e33488.
- Silva, R. G. M., Possas, C. R. da S. S., Barbosa, M. R., Araújo, H. F. & Santos M. S. C. (2016). Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arq. ciências saúde UNIPAR*, 20(2), 145-148. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5219>
- Simonetti, A. (2018). *Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. Artesã.
- Soler, C. (2018). *A querela dos diagnósticos*. Blucher.
- Souza-Lopes, J. (2021). *O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em Florianópolis*. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina
- Souza, J. (2009). *Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG
- Souza, M. C. S. Oliveira, M. R. (2017) Refugiados, direitos humanos e violências: dilemas da contemporaneidade. In: Souza, M. C. S. Oliveira, M. R. (coord) *Migrações e refugiados: um olhar multidimensional e os dilemas da contemporaneidade*. Belo Horizonte: Editora Vorto
- Spivak, G. C. (2018) *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Stengers, I. & Nathan, T. (1995) *Médecins et Sorciers*. Le Plessis-Robinson, Synthélabo, (Lês Empêcheurs de Penser en Rond).
- Stengers, I., 2002 (2003), *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34.
- Strand, M. (2011). Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*, 40, 273–313.
- Tickin, M. (2015). Los problemas de las fronteras humanitarias. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXX (2), 291-297, julio-diciembre.

- Torezan, Z. C. F., & Aguiar, F. (2016). O Sujeito da Psicanálise: Particularidades na Contemporaneidade. *Revista Subjetividades*, 11(2), 525–554. Recuperado de <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/4993>
- Triviños, A. (2002) *Introdução à Pesquisa em Ciências sociais*. São Paulo: MP
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514
- Vanheule, S. (2014). *Diagnosis and the DSM: A critical review*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137404688>
- Vetorassi, A., Dias, G. (2017) Estudos migratórios e os desafios da pesquisa de campo. *Revista Soc. e Cul, Goiânia*, v. 20, n 2, p 7-28
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220.
- Wamwayi, M. O., Cope, V., & Murray, M. (2019). Service gaps related to culturally appropriate mental health care for African immigrants. *International journal of mental health nursing*, 28(5), 1110–1118. <https://doi.org/10.1111/inm.12622>
- Weintraub, A. C. A. M. (2012). Estudos sobre refugiados publicados no Brasil na década de 2000. *Avá Revista de Antropologia*, 21,1-19.
- Winnicott, D. W. (1951). Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-Me Possession. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89-97.

## 10. Apêndices

### 10.1 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) participante,

Eu, Lucienne Martins Borges, coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Psicologia, migrações e Culturas – NEMPsiC, convido-o (a) a participar do processo de coleta de dados do projeto Dimensões psicossociais do acolhimento de imigrantes e refugiados em Santa Catarina, que tem por objetivo principal apreender os aspectos globais relacionados à dimensão psicossocial dos imigrantes acolhidos em Santa Catarina.

O seu papel enquanto participante consiste em responder às questões de um questionário sociodemográfico e de um roteiro de entrevista semiestruturado. Para tanto, a entrevista será gravada em áudio. Quanto aos riscos, é possível a quebra de sigilo, ainda que remota, involuntária e não intencional. Sabidos disso, os pesquisadores (as) da equipe do NEMPsiC vinculados a esse projeto, terão acesso direto às informações oferecidas por meio dos dados coletados; e seguindo os preceitos éticos asseguramos que a sua participação será absolutamente sigilosa, não constando nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo (a). O NEMPsiC localiza-se no Departamento de Psicologia, Bloco C, Sala 8B, rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina.

Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação na pesquisa, bem como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo. Os (as) pesquisadores (as) responsáveis, que também assinam esse documento, comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16 de 07/04/2016, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Antes de falarmos com você, o projeto desse estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Localiza-se no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis,

Santa Catarina. Caso você queira entrar em contato com este Comitê, pode fazê-lo por meio do telefone (48) 3721-6094 ou pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br.

Este estudo não se isenta de apresentar riscos mínimos, que envolvem por exemplo, a exposição sobre opiniões concernentes à organização a qual você é/foi vinculado profissionalmente e, nesse sentido, haverá atenção da pesquisadora para não vincular quaisquer elementos que possam identificá-lo, podendo ser acordado, se for do seu desejo, que antes de publicar qualquer documento concernente a sua participação, terá o direito de acessar o documento e validar ou não trechos que possam lhe gerar insegurança nesse sentido.

Ressalta-se que o participante poderá não responder a algumas questões do questionário se não quiser, sem que isso interfira na continuidade de participação naquilo que se sentir à vontade para responder. As informações obtidas serão armazenadas pela pesquisadora principal por 5 (cinco) anos e utilizadas na elaboração de trabalhos científicos que poderão vir a ser publicados em meios acadêmicos e científicos. Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na elaboração de políticas públicas e programas de acolhimento a imigrantes e refugiados que atendam as reais necessidades e especificidades destes, bem como na elaboração de ações de sensibilização de profissionais das áreas da saúde e social a respeito da temática. Os resultados da presente pesquisa poderão ser apresentados a você e aos outros participantes, caso seja de seu interesse, em data e locais a serem agendados após o término do projeto.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, mas caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei, com recursos advindos dos próprios (as) pesquisadores (as). Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, duas vias deste documento serão rubricadas e assinadas por você e pelos (as) pesquisadores (as) responsáveis. Peço que guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Para quaisquer outras informações ou dúvidas, coloco-me a sua disposição pelo telefone (48) 3721-8571 e/ou no e-mail lucienne.borges@ufsc.br. Agradeço a sua participação e enfatizo que ela contribuirá de modo significativo para o avanço do conhecimento psicológico.

Dr<sup>a</sup> Lucienne Martins Borges

Pesquisadora Principal

Gustavo da Silva Machado

Pesquisador colaborador

Eu \_\_\_\_\_, declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada Dimensões psicossociais do acolhimento de imigrantes e refugiados em Santa Catarina. Declaro

ainda, que estou informado (a) dos objetivos da pesquisa, do método, dos riscos mínimos, de meus direitos de desistir participar a qualquer momento e também do meu anonimato.

---

Assinatura do participante da pesquisa

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

*Apêndice B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada*

**a) Caracterizar o processo de acolhimento do sofrimento psíquico de imigrantes em serviços de saúde de Florianópolis**

- a. Como é sua experiência no atendimento a imigrantes e refugiados em seu espaço de trabalho? (principal nacionalidade, características etc.)
- b. Pode relatar alguma experiência marcante no atendimento a esta população?
- c. Na sua percepção, como os imigrantes e refugiados são acolhidos nos espaços de saúde em Florianópolis? E nos atendimentos relacionados à saúde mental?
- d. Quais seriam, na sua percepção, as principais barreiras no atendimento a imigrantes?
- e. E os facilitadores?
- f. Como você percebe a inclusão dos imigrantes e refugiados na comunidade/território?
- g. De que forma você caracterizaria o acesso aos espaços de cuidado em saúde mental por parte desta população?
- h. Em sua percepção, em qual nível de complexidade de atenção os imigrantes e refugiados buscam cuidado com mais frequência?

**b) Caracterizar o processo de atenção a imigrantes no que se refere à interpretação de suas queixas em diferentes níveis de complexidade da rede de atenção proposta pelo SUS.**

- a. Como você avalia a formação dos profissionais de sua área no que diz respeito ao atendimento de imigrantes e refugiados? E a sua própria formação, já buscou ou teve alguma qualificação neste sentido?
- b. Quando você atende um imigrante ou refugiado, você sente algum tipo de dificuldade para compreender as queixas apresentadas? Se sim, quais? Como você explicaria em linhas gerais estas dificuldades?
- c. Você já utilizou/utiliza algum recurso no atendimento a imigrantes? Quais?

- d. Na sua percepção, como é o acolhimento de imigrantes nos serviços de saúde mental em diferentes níveis de complexidade?
- e. Você acredita que a migração interfere de alguma forma na saúde mental? Há diferença, por exemplo, na experiência de imigrantes e refugiados e sua relação com o sofrimento psíquico?

**c) Identificar sintomas de sofrimento psíquico e efeitos psicossociais oriundos do percurso migratório na perspectiva dos profissionais da psicologia e da medicina**

- a. Quais as principais queixas de saúde mental trazidas pelos imigrantes em seu território/serviço? Estas queixas podem, de alguma forma, na sua opinião, serem associadas à condição migratória?
- b. Você acredita que o sofrimento psíquico pode se manifestar de formas diferentes das apresentadas pelo DSM?
- c. Quais são as principais manifestações de sofrimento psíquico, na sua leitura clínica, apresentada por imigrantes e refugiados?
- d. Na sua leitura sobre as manifestações de sofrimento psíquico, você percebeu elementos culturais e étnicos? Como você reagiu diante disso? Este fato interferiu na sua conduta?
- e. Das demandas trazidas por imigrantes, quais trazem mais preocupação para você?
- f. Para você, o que é possível fazer no cuidado em saúde mental a imigrantes? Quais seriam as principais questões?

**d) Reconhecer especificidades do diagnóstico psicopatológico atribuído a imigrantes**

- a. Para você, como é o psicodiagnóstico com imigrantes e refugiados?
- b. Você realiza psicodiagnóstico com imigrantes e refugiados? Como você se sente em relação a isso?
- c. Você encontra alguma dificuldade? Se sim, quais são as maiores?
- d. E quais são os fatores que facilitam ou ajudam neste processo?
- e. Você utiliza algum critério/instrumento específico no atendimento a imigrantes e refugiados no que diz respeito ao sofrimento psíquico? Se sim, quais?
- f. Quais os diagnósticos psicopatológicos mais frequentes, na sua opinião, no atendimento a imigrantes e refugiados? (Síndromes culturais?)

- g. Qual a sua opinião com relação ao diagnóstico psicopatológico quando ele é realizado em situações interculturais? Você já pensou sobre as diferenças etiológicas das psicopatologias em culturas diversas?
- h. Pode citar um exemplo ou caso clínico que tenha te marcado?
- i. Você tem conhecimento sobre o questionário culturalmente sensível do DSM V?

**e) Mapear os itinerários de cuidado percorrido por imigrantes que apresentam queixas de saúde mental**

- a. Qual o tratamento/acompanhamento mais comum ofertado a imigrantes e refugiados em sofrimento psíquico, na sua experiência?
- b. Qual o nível de complexidade em saúde mais utilizado para manejo de sofrimento psíquico grave no caso de imigrantes e refugiados?
- c. Como é a sua experiência no encaminhamento desta população para outros serviços da rede?
- d. Tem alguma situação de encaminhamento que marcou sua prática?
- e. O que você considera importante para qualificar o atendimento a esta população?

## 11. Anexo

### 11.1 Exceção Tectônica – Série de imagens Lucas Reitz, 2021-22

(Parcial) Frames de vídeo em sobreposição digital

1er Congrès de l'ÉDIQ

A obra é composta por um curta-metragem experimental reproduzido em loop e fotografias de pequeno formato derivadas de seus quadros de vídeo em colagens sobrepostas, suas derivações errantes. O vídeo acompanha o movimento anônimo entre barreiras efêmeras e residências em ambos os lados da Avenida General Sampaio, em Boa Vista, Roraima, como parte de sua transformação pela Operação Acolhida montada pelo governo federal brasileiro e agências humanitárias em apoio aos imigrantes e refugiados venezuelanos no Brasil, desde 2018. Transita, por duas linhas de deslocamento, entre a cidade murada por extensas e precárias coberturas, criadas para abrigar e delimitar o ir e vir dos imigrantes venezuelanos e a cidade "oficial", que está sendo transformada para recebê-los.

As imagens completam a compreensão da precariedade e das camadas das narrativas, vidas e práticas dos imigrantes à medida que se misturam com as da cidade, assumindo identidades complexas. Elas criam uma relação de remixagem e fantasmagoria com o deslocamento linear da Avenida General Sampaio, sobrepondo cenas da vida cotidiana, apropriações espontâneas, o vazio das ruas e o contraste entre cores, movimentos, formas e texturas. As imagens, sons e colagens da obra buscam caracterizar tanto uma zona de não-ser, impossibilidade e deslocamento do eu, como diz Fanon, quanto uma busca por uma impressão - aqui literal - de reconstrução.







