



**SUJEITO  
CONTEMPORÂNEO,  
SAÚDE e TRABALHO**

**Múltiplos olhares**

Rodrigo Sanches Peres  
Francisco Hashimoto  
Marcos Mariani Casadore  
Matheus Viana Braz

(ORGANIZADORES)



EdUFSCar

© 2017, dos autores

**Capa**

Rafael Chemicatti

**Projeto gráfico**

Vítor Massola Gonzales Lopes

**Preparação e revisão de texto**

Marcelo Dias Saes Peres

Daniela Silva Guanais Costa

Vivian dos Anjos Martins

**Editoração eletrônica**

Felipe Martinez Gobato

**Apoio**

FAPESP

Processo nº 2016/09807-2, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária da UFSCar

---

S948s      Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho : múltiplos  
             olhares / organizadores: Rodrigo Sanches Peres,  
             Francisco Hashimoto, Marcos Mariani Casadore... [et  
             al.]. -- São Carlos : EdUFSCar, 2017.  
             429 p.

ISBN: 978-85-7600-463-9

1. Saúde e trabalho. 2. Contemporaneidade. 3.  
Subjetividade. 4. Sociedade. I. Título.

CDD: 616.9803 (20ª)

CDU: 613.6

---

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônicos ou mecânicos, incluindo fotocópia e gravação) ou arquivada em qualquer sistema de banco de dados sem permissão escrita do titular do direito autoral.



# MIGRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS E IMPACTOS PSÍQUICOS

## a mediação da cultura

*Lucienne Martins-Borges*

### Introdução

Impossível, ou no mínimo difícil, não sermos tocados pelas recentes imagens e notícias que retratam a realidade atual – mas não recente – de grupos de pessoas em deslocamento e em busca de vida. Ao fixar a atenção no que tais imagens retratam, percebe-se que são idades, nacionalidades, etnias, histórias que se confundem em olhares dispersos, apavorados, cansados. Afinal, quem são todas estas pessoas e o que as leva àquele deslocamento? Essas perguntas, aparentemente simples, são acompanhadas de grande complexidade; a complexidade está em definir, de fato, o que as coloca em movimento, o que as leva à procura de um lugar – muitas vezes desconhecido. Sabe-se que elas se deslocam porque o que estava em causa – na hipótese de ficarem em seu país de origem – era a própria vida, ou a de pessoas próximas. A complexidade está nas múltiplas dimensões implicadas no deslocamento forçado; ela se encontra nas variadas – mas não unânimes – teorias explicativas das causas deste tipo de deslocamento, que incidem em consequências variadas para os países deixados para trás, para os países de transição e para os países de acolhimento.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, na tentativa de delimitar o campo do refúgio, oferece uma definição para o termo. É por meio desta definição que os países também procuram delimitar seu campo de ação, nas mais diversas formas de acolhimento, de estruturação das ofertas de serviço: saúde, social, educação, justiça etc. De acordo com tal entidade, um refugiado é



a pessoa que, em razão de fundados temores de perseguição devido à sua raça, religião, nacionalidade, associação a determinado grupo social ou opinião política, encontra-se fora de seu país de origem e que, por causa dos ditos temores, não pode ou não quer regressar ao mesmo.<sup>1</sup>

Se o termo é claramente definido pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, e claramente compreendido pela comunidade internacional, o sofrimento inerente a tais ameaças, ao pertencimento a certas etnias, a certas nacionalidades e a certos grupos sociais parece não ser amplamente compreendido por todos. O *objeto ameaçador* parece evidente, mas o sofrimento psíquico inerente à exposição ao objeto ameaçador – e, conseqüentemente, às variadas formas de ajuda – parece não fazer sentido quando o número de pessoas em espera de acolhimento, o número de pessoas em deslocamento à procura do reconhecimento do estatuto de refugiado é comparado com o número de pessoas efetivamente acolhidas pela comunidade internacional. Essa distância também é grande quando as manifestações de compaixão por parte de cidadãos pertencentes aos países de acolhimento, ou pertencentes aos países em vias de tornar-se um país de acolhimento, são comparadas com o real desejo de acolhimento de refugiados.

Retomemos o objeto ameaçador que força os sujeitos ao deslocamento. De que se trata, precisamente, esta ameaça? Globalmente, de acordo com o seu objetivo, ela poderia ser assim compreendida: uma ação que busca atingir indivíduos em função de sua cor, de sua etnia, de sua orientação sexual ou atingir alvos coletivos, como no caso de guerras, genocídios, conflitos civis. Nos casos acima mencionados, os movimentos de populações oriundos do confronto com o objeto ameaçador serão aqui considerados, como o são em nossa prática clínica e acadêmico-científica, como geradores de *migrações involuntárias*. A definição do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados engloba dois movimentos de pessoas: os deslocamentos individuais, ocasionados pelas ameaças diretas à própria pessoa ou ao que ela representa; e os deslocamentos coletivos, nos casos de guerras, conflitos civis etc.

A lógica psíquica e, por conseguinte, a do sofrimento psíquico apresenta variações na classificação acima apresentada. Nossa prática clínica nos levou a acrescentar e considerar tanto os indivíduos e grupos nomeados na definição do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados como também as pessoas em deslocamento decorrente de desastres naturais, podendo aqui ser ilustrado pelo fluxo migratório haitiano após o terremoto de 2010. Estes sujeitos

1 ACNUR ([2004] 2015).



não são considerados por tal entidade como refugiados. Porém, na perspectiva de compreensão dos impactos psíquicos, do acolhimento e de práticas de saúde, essa distinção deixa de fazer sentido. Privilegia-se, aqui, a noção de imigração involuntária para fazer referência ao que se entende por refugiados, por deslocados, por requerentes de refúgio e aqueles acolhidos por razões humanitárias em decorrência, inclusive, de desastres naturais. Assim, imigrantes involuntários – no texto aqui proposto – e refugiados serão utilizados de forma equivalente. Quando falamos pessoas refugiadas, englobamos todos os grupos acima sem, portanto, deixarmos de lado as especificidades tanto em relação ao que as levou ao deslocamento quanto no que se refere às especificidades subjetivas.

Requer especificar que toda observação aqui posta é oriunda da experiência em Psicologia Clínica, da prática de escuta, do atendimento e do acolhimento de imigrantes e refugiados, há mais de 15 anos, no Canadá e no Brasil. O que se propõe, ao longo deste capítulo, é traduzir falas, subjetividades que, também dispersadas pela violência e pelo deslocamento, tendem a permanecer em silêncio. A proposta não é trazer dados, números que comprovem o que é dito, mas compartilhar conclusões que marcam esta prática. O que aqui será compartilhado apoia-se nos princípios de teorias que envolvem o psíquico, mais precisamente aqueles da Psicanálise e da Etnopsiquiatria, duas disciplinas que norteiam, igualmente, o trabalho clínico realizado. É importante este esclarecimento: ao falar de refúgio, de migração involuntária, de sofrimento psíquico, a escrita é referenciada pelo que é proposto por estas disciplinas.

Políticas públicas destes dois países – do Brasil e do Canadá –, em ritmos diferentes, vêm se mostrando cada vez mais atentas à adaptação de seus recursos (financeiros e humanos) para o melhor acolhimento dos refugiados. Portanto, pode-se perceber que, durante as etapas do processo de inserção no país de acolhimento, o refugiado depara-se com certas limitações quando se dirige às instituições de saúde e de assistência social, como clínicas médicas, centros de saúde, hospitais, centros de referência, associações comunitárias etc.

O contato com estes profissionais pode, em algumas situações, contribuir para o agravamento do quadro clínico apresentado, além de concorrer para o aumento das dificuldades encontradas ao longo do processo de adaptação. Como explicar o sofrimento, seja ele físico, seja psicológico, quando paciente e profissional não compartilham da mesma língua? Partindo do princípio de que a língua materna é portadora de representações e organizações simbólicas formadoras da identidade, como tornar possível a expressão em uma língua diferente daquela em que o sujeito se constituiu? Como oferecer, dentro do *setting* terapêutico ocidental, o lugar que certas culturas reservam ao mundo invisível, às práticas e às etiologias culturais? Vários outros desafios poderiam ser apontados,



acrescidos a estes, os próprios desafios experienciados pelos profissionais, confrontados à contratransferência cultural.<sup>2</sup>

Foi com base nesses apontamentos que serviços especializados, entre eles o Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés (SAPSIR®),<sup>3</sup> no Canadá, em 2000, e a Clínica Intercultural, no Brasil, em 2012, foram constituídos. A Clínica Intercultural é uma adaptação do modelo clínico desenvolvido pelo SAPSIR®. A necessidade de um serviço especializado, na Província de Quebec, Canadá, surgiu da constatação, por profissionais da saúde (que se sentiam impotentes frente à complexidade do quadro clínico apresentado) e pelos pacientes (por meio de associações de imigrantes, que relatavam não se sentirem compreendidos), de que o princípio da acessibilidade e da universalidade, proposto pelas políticas públicas, assegurava, de forma evidente, o acesso aos serviços de saúde e à assistência social;<sup>4</sup> porém, os resultados obtidos – isto é, a adesão ao tratamento e a melhora do quadro clínico apresentado – eram significativamente diferentes do que se observava na população em geral. A proposta foi, então, a de pensar um dispositivo clínico que viesse proporcionar resultados semelhantes àqueles obtidos com pacientes originários da sociedade de acolhimento.<sup>5</sup>

Durante todos estes anos, foi uma escuta disponibilizada – quase que exclusivamente – ao atendimento de pessoas refugiadas, vindas de mais de 40 países. As pessoas tinham três pontos em comum: elas haviam sido expostas a guerras, genocídios, perseguições étnicas ou raciais; não haviam planejado deixar seu país nos anos anteriores aos conflitos; e estavam tomadas por um sofrimento psíquico importante.

O que é compartilhado é a experiência clínica adquirida ao longo desses dois projetos universitários, que se caracterizam como projetos de intervenção em Psicologia, com uma proposta de atendimento psicológico especializado a imigrantes e refugiados. No Canadá, o SAPSIR® da Université Laval, reconhecido hoje como uma unidade de atendimento inserida nos três níveis de atenção da rede pública de saúde e da assistência social da Província de Quebec,<sup>6</sup> e, no Brasil, a Clínica Intercultural, articulada como prática de formação e de extensão do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).<sup>7</sup>

2 Martins-Borges e Pocreau (2012), Moro (1998).

3 Martins-Borges e Pocreau (2012).

4 Tremblay (2006).

5 Martins-Borges e Pocreau (2012).

6 Mais informações em <[www.csss qc.ca/services/sm\\_sapsir.php](http://www.csss qc.ca/services/sm_sapsir.php)>.

7 Mais informações em <<http://nempsic.paginas.ufsc.br>>.



## Desenvolvimento

### Imigração involuntária

Ao escutar tais sujeitos, entende-se, muito rapidamente, que o propósito que os conduziu ao deslocamento forçado não foi a busca de uma vida melhor, mas, muito simplesmente, a fuga da morte iminente, real ou subjetiva. É por meio desse postulado que o texto se organiza, o postulado da involuntariedade, mesmo que ela entre em conflito com o postulado do desejo, noção tão preciosa à Psicanálise. Não acreditamos – no que o fato de acreditar poderia ter de científico! – que os refugiados aos quais nos referimos sonharam em viver em um dado país ou outro, por mais planejado que possa parecer o deslocamento. E é com esse sujeito que o trabalho se dá, com o sujeito que não esperava por esse deslocamento geográfico, mas que foi movido pelo desejo de vida.

Utiliza-se aqui, sem hesitação, a noção de migração forçada por considerar que o deslocamento dos refugiados é uma migração de natureza involuntária. Involuntária também, pois se a possibilidade lhes houvesse sido dada, muito provavelmente teriam optado por viver plenamente sua etnia, sua nacionalidade, sua religião, sua raça, sua sexualidade, em sua terra natal; na mesma terra, cultura, país em que se constituíram como sujeitos. O que os impulsionou ao movimento não é o projeto de vida em outro país, o ideal de um país em particular: foram impulsionados, simplesmente, por um projeto de viver, pela fuga da morte. O movimento interno que coloca o refugiado em movimento está diretamente relacionado ao que o repulsa, e não ao que ele deseja. Compreender esta implicação da repulsa da identidade – individual ou coletiva – como causa do deslocamento complexifica o trabalho a ser realizado por todos aqueles que atuam no campo das migrações, das migrações involuntárias, principalmente as pessoas que atuam no acolhimento, os profissionais da saúde, da assistência social, da justiça etc.

O deslocamento dessas populações, e mais particularmente o movimento de grupos de refugiados, pode ser considerado, então, como uma das várias consequências dos conflitos políticos, sociais e étnicos da atualidade mundial, assim como de catástrofes naturais. De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, no final de 2013, 51,2 milhões de indivíduos no mundo foram forçados ao deslocamento, pois estavam em situação de perseguição, conflito, violência generalizada ou violação dos direitos humanos. Destes, perto de 16,7 milhões de pessoas encontravam-se fora das fronteiras de seu país de pertencimento e 33,3 milhões viviam deslocadas, mas dentro de seu próprio país. Somente de janeiro a junho de 2014 a entidade registrou a estimativa de que



5,5 milhões de pessoas se encontravam em deslocamentos forçados, dentro ou fora do país de origem.<sup>8</sup>

Os sírios compõem hoje a maior população de refugiados no mundo, alcançando 23% de todos os refugiados do atual mandato do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (dados até meados de 2014). Essas pessoas representam 14% do número de residentes que havia no país antes dos conflitos, em 2012. Depois da Síria, as maiores populações de grupos de refugiados são originárias do Afeganistão e da Somália. Em relação aos países de destinos dos refugiados, os que lideram o acolhimento são o Paquistão, o Líbano e o Irã,<sup>9</sup> todos países em desenvolvimento. Nessa mesma tendência, Faria<sup>10</sup> aponta que 80% dos refugiados e deslocados internos são acolhidos atualmente em países em desenvolvimento. Ampliando esse cenário, a maioria dos imigrantes – voluntários ou involuntários – no mundo hoje migra entre países desenvolvidos ou entre países em desenvolvimento e somente pouco mais de um terço imigra de um país em desenvolvimento para um país desenvolvido. No que se refere às Américas, os Estados Unidos, a Venezuela e o Canadá são os três países com o maior número de pessoas acolhidas com o estatuto de refugiado: 265.000, 202.000 e 165.000 respectivamente.

Já no Brasil, em 2009 havia 4.500 refugiados, reconhecidos como tal. Desse total de refugiados, 33% são mulheres.<sup>11</sup> O Ministério da Justiça, por meio do Comitê Nacional para os Refugiados,<sup>12</sup> divulgou que, em 2014, o Brasil recebeu 2.320 refugiados, número maior que em 2012, quando o país deferiu 199 processos de pedido de refúgio. Até agosto de 2015, já existiam 8.400 refugiados reconhecidos no Brasil – o que inclui 655 reassentados – e 12.688 solicitações de refúgio que aguardam julgamento. Cerca de 70% desses refugiados reconhecidos no Brasil são homens, entre 18 e 39 anos, que solicitaram refúgio por: grave e generalizada violação de direitos humanos (51,13%); perseguição política (22,5%); perseguição religiosa (3,18%); perseguição por grupo social (0,85%); ou reunião familiar (22,29%). Seguindo uma tendência mundial, também no Brasil a maior população de refugiados é representada por sírios: cerca de 2.000 deles são hoje acolhidos no país. Em números absolutos, após os sírios, encontram-se os refugiados originários de Angola, da Colômbia e da República Democrática do Congo.

8 Mais informações em <[http://nacoesunidas.org/numero-de-pedidos-de-refugio-no-mundo-em-2014-e-o-maior-desde-1992-diz-novo-relatorio-da-onu/?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Feed%3A+ONU+Br+%28ONU+Brasil%29](http://nacoesunidas.org/numero-de-pedidos-de-refugio-no-mundo-em-2014-e-o-maior-desde-1992-diz-novo-relatorio-da-onu/?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed%3A+ONU+Br+%28ONU+Brasil%29)>.

9 United Nations High Commissioner for Refugees (2011).

10 Faria (2015).

11 United Nations High Commissioner for Refugees (2011).

12 Mais informações em <[www.justica.gov.br/noticias/mj-anuncia-medidas-de-fortalecimento-do-comite-nacional-para-os-refugiados-1](http://www.justica.gov.br/noticias/mj-anuncia-medidas-de-fortalecimento-do-comite-nacional-para-os-refugiados-1)>.



No Brasil, além desses refugiados anteriormente nomeados, que correspondem aos critérios de refúgio apresentados pela definição da ONU, acrescentam-se as solicitações de haitianos, que, após o terremoto de 2010, são acolhidos no Brasil graças à concessão de vistos humanitários. Cumpre lembrar aqui que os desastres naturais não são considerados pela ONU como motivação ao refúgio. Os haitianos eram 5 mil em 2012 e, em 2015, já representavam 45 mil. As previsões, segundo o Comitê Nacional para os Refugiados, são de aumentar cada vez mais os deferimentos de pedidos de refúgio no Brasil. São todas essas pessoas em deslocamento que são consideradas pertencentes, assim, ao grupo de imigrantes involuntários.

## Imigração e cultura

Ao se pensar no sujeito imigrante, faz-se necessária a realização de uma breve reflexão acerca da função exercida pela cultura na constituição do sujeito. Freud não objetivou definir a cultura, no entanto podem-se notar as proposições de compressão de cultura e sua relação com o psiquismo ao longo de toda a sua obra.<sup>13</sup> A definição de “cultura” varia de acordo com as disciplinas, abordagens, e, como é próprio do âmbito intelectual, não há um consenso quanto à sua definição. Seria, então, difícil – e de pouca pertinência – propor aqui uma compreensão universal do termo e de suas implicações. O objetivo não é esse, mas sim o de nomear, brevemente, a relação entre cultura, identidade, elaborações psíquicas e saúde mental na perspectiva do atual trabalho. Para tal, serão expostas algumas funções da cultura, como compreendidas na Etnopsiquiatria, mais precisamente por Georges Devereux, Tobie Nathan e Marie-Roso Moro.<sup>14</sup>

Parte-se do princípio de universalidade em que todo sujeito nasce, cresce e se constitui inserido em uma dada cultura, interagindo também com sujeitos de cultura. Mas, de que cultura fala-se aqui? Ela, a cultura, é constituída de normas, valores, práticas, rituais, símbolos, códigos, linguagem, enfim, são as leis implícitas do funcionamento de todo o grupo social e dos membros que o constitui. Ela não é uma dimensão externa – um adereço – do sujeito, mas é constituinte deste sujeito; ela é constantemente internalizada num processo dinâmico e que supõe a interação com o outro e com o grupo. O que caracteriza a cultura é o que é compartilhado – num espectro amplo – pelos membros de um mesmo grupo social, de uma mesma etnia, de um mesmo país.

13 Betts (2013).

14 Devereux (1967, 1972), Nathan (1986, 1994), Moro (1998).



Assim, não existe sujeito que se constitua sem cultura. Para Nathan,<sup>15</sup> a cultura corresponderia a um *mapa mental* que permite a cada membro de uma determinada sociedade movimentar-se, pensar e trabalhar; enfim, viver evitando medo e perplexidade. É ela que permitiria dar sentido às experiências internas, ao serem validadas pelo mundo externo, representado pelos semelhantes. Para Nathan, a cultura agiria como um envelope cultural ao assumir funções centrais, como conter – emoções, angústia – e possibilitar continuidade, coerência e proteção. A partir desta lógica, a ruptura com a cultura de origem poderia constituir, em algumas circunstâncias, um evento de natureza traumática para o psiquismo.<sup>16</sup>

Para a Etnopsiquiatria, o psíquico é para o sujeito o equivalente da cultura para o social. Desse modo, o mundo interno (mundo psíquico) e o mundo externo (cultura) podem se comunicar, encontrar mutuamente um sentido, uma vez que possuem os elementos semelhantes de uma mesma linguagem. Assim, a Etnopsiquiatria, em sua concepção complementarista apoiada na Antropologia e na Psicanálise, possui como um de seus conceitos centrais a indissociabilidade entre cultura e psiquismo,<sup>17</sup> sem que haja a predominância de um sobre o outro, ou seja, ambos são coemergentes, pois toda cultura é experienciada por um psiquismo.

Compreende-se, então, a cultura como lugar de construção da linguagem simbólica do sujeito – o que inclui também a língua primeira – e como parte integrante de seu desenvolvimento psíquico.<sup>18</sup> Portanto, ela não é o que decora – ou não é apenas isso –, ela é o que traz à tona as particularidades do sujeito como pertencente a um grupo específico, e não a outro.

O imigrante é o sujeito que se encontra fora da zona geográfica – física, social, afetiva, enfim, cultural – na qual ele se constituiu. A comunicação entre o mundo externo e o mundo interno encontra-se, pelo menos temporariamente, abalada. Ele não encontra correlatos externos que validem suas experiências, trazendo sentido a elas. Essa ausência de comunicação entre o mundo interno e o mundo externo é um dos elementos explicativos principais da vulnerabilidade psíquica dos imigrantes – e principalmente dos refugiados –, que se deparam com a experiência do *non-sens*, da falta de compreensão, da ausência de defesa/proteção que poderia lhe proporcionar sua cultura de origem, por mais destruidora que ela possa ter sido.<sup>19</sup>

15 Nathan (1986).

16 Betts (2013), Pirlot (2011).

17 Laplantine (1998).

18 Moro (1998).

19 Martins-Borges (2013).



O propósito dessa observação não é o de isolar, de reduzir o sujeito exclusivamente ao mundo cultural que o constituiu, mas sim o de assinalar a importância da cultura e de sua lógica na constituição psíquica de todo sujeito; por conseguinte, de todos os mecanismos de defesa disponibilizados pela cultura para o enfrentamento das adversidades. É por meio dessa relação com a organização psíquica que a cultura também estabelece a relação íntima com a saúde mental – etiologia, sintomatologia, tratamento – dos sujeitos imigrantes.

## As elaborações psíquicas inerentes ao processo migratório

Dois momentos essenciais do processo migratório diferenciam a imigração voluntária da imigração involuntária: a fase do planejamento e a perspectiva do retorno. Na primeira, o deslocamento é articulado em torno de um planejamento, de um projeto para o futuro e de um possível retorno. Os sujeitos migram em busca de trabalho, para estudar, por razões afetivas etc. Já na segunda, o planejamento é geralmente inexistente e o retorno para seu país de origem, praticamente impossível. É o caso dos refugiados. O imigrante voluntário é, frequentemente, dominado pelo futuro, pela perspectiva do que está por vir; o involuntário, pelo passado, pela nostalgia, pelo que não é mais. Quando se faz referência aqui ao caráter involuntário dessa categoria de migração, salienta-se que o refugiado, além de não ter planejado sua partida, também não planejou sua transição entre o país de origem e o de acolhimento, além de não ter se projetado nesse novo lugar, um lugar que, muitas vezes, nem faz parte de seu imaginário. Essa distinção não deve ser considerada apenas como mero detalhe técnico que distingue os dois tipos de migração, mas como determinante a ser considerado na busca nas etapas futuras de sua integração.

Outras diferenças implícitas nesta distinção são os fatores psíquicos inerentes ao processo migratório. Entre estes fatores incluem-se as especificidades do trabalho psíquico demandado pelo processo de migração involuntária, assim como o impacto desse trabalho sobre a saúde mental dos sujeitos em deslocamento. Desta forma, o trabalho psíquico, a energia psíquica desprendida – sua economia e sua dinâmica – para o enfrentamento das respectivas situações não será a mesma. Serão aprofundados, para o propósito do trabalho aqui apresentado, somente os aspectos relacionados à imigração involuntária.

Entre o início do traumático no país de origem – traumático este que pode ser de caráter individual ou coletivo, provocado pelo homem ou pela natureza – e a adaptação no país de acolhimento, uma série de acontecimentos pode vir a dificultar o bem-estar psicológico de pessoas que vivem o refúgio. É necessário recomençar – e muitas vezes em um país do qual, até então, ignoravam a existência – sem



o domínio da língua, sem documentos que comprovem seus saberes e habilidades, sem todos os membros da família, sem os referentes culturais que até então o caracterizavam como pertencendo a um determinado grupo, com hábitos definidos e repletos de sentidos e representações simbólicas.<sup>20</sup>

Pode-se considerar o deslocamento de refugiados com base em três momentos distintos: a partida, a procura/a espera, a chegada. No que se refere à partida, os refugiados, os requerentes de refúgio, pelo caráter súbito e involuntário de seu deslocamento, transportam consigo muito pouco do que até então caracterizava sua identidade: hábitos, práticas, relações, *status* profissional e social. Pode-se supor que deixar parte de si no passado é próprio de todo sujeito, mas as renúncias na imigração involuntária – sejam elas materiais ou existenciais – são impostas sem o tempo e as condições necessárias para tal. Essas partidas, pouco ou não planejadas, e geralmente não desejadas, são frequentemente acompanhadas por um sofrimento psicológico diretamente ligado ao traumatismo ao qual foram submetidos no período pré-migratório.<sup>21</sup> Assim, o deslocamento forçado implica, inicialmente, apenas em perdas e rupturas. Os sintomas inerentes à elaboração destes lutos tendem a acompanhar o sujeito, em graus diferentes de cronicidade, nas etapas seguintes do processo migratório até à chegada ao país de acolhimento.

O momento seguinte, o período da procura ou da espera, é caracterizado por um longo período – dias ou anos – de incertezas. Nesse período, eles estão em movimento, à procura de outro país ou um espaço de mediação entre o país que “deixa de existir” e o “país que não existe ainda”, isto é, um campo de refugiados. Utilizam-se de meios próprios: deslocamentos por vias marítimas, como os refugiados sírios e líbios no Mediterrâneo; deslocamentos a pé, como as populações dos países dos Grandes Lagos africanos, congolezes, burundeses, ruandeses; ou combinam os meios, fazendo uso ou não de traficantes de pessoas. Em todas essas situações, as condições de negociação de passagem se fazem na precariedade humana: precariedade do corpo – fome, sede, privações – e precariedade psíquica – agressões sexuais, físicas, humilhações. Em algumas situações, como no caso de sírios e haitianos recentemente chegados ao Brasil por meio do visto humanitário, é possível se dirigir diretamente ao consulado do país, situado em seu país de origem ou em regiões próximas. O refúgio, porém, tende a ser concedido apenas após a entrada efetiva no país que o acolherá.

Já nos campos de refugiados, o tempo de espera é variado: de dias a décadas. Alguns campos se constituem de forma temporária, como os campos no Vale do Bekaa, no Líbano, para o acolhimento de sírios. Outros se transformam

20 Id. *ibid.*

21 Id. *ibid.*



em verdadeiros territórios quase permanentes, como os campos de refugiados no Quênia, no Sudão ou aqueles que acolheram os butaneses, no Nepal, por mais de 15 anos, ou os congolezes, na Tanzânia, há quase 20 anos. Cabe lembrar que o espaço geográfico ocupado por um campo de refugiados já pertence a outro país que, temporariamente, acata a organização, com a ajuda ou não dos órgãos internacionais, de um espaço de transição e de acolhimento. Este novo espaço de vida não lhe pertence, e a posição identitária do refugiado – pelo menos durante esta transição – é a de um apátrida. Ele não tem mais sua terra e não pertence àquela na qual se encontra. Durante esta espera, o sujeito é, com frequência, exposto a novas situações potencialmente traumáticas: violência institucional, tortura, agressões sexuais, são testemunhas de massacres, de morte de parentes, amigos, discriminação etc., o que faz com que deixar a zona de conflito não constitua, ainda, uma situação de proteção. Neste período, não há elaboração de lutos e a energia psíquica é investida na sobrevivência, no desejo ainda atual de fugir da morte, real ou simbólica.

Muitos refugiados não chegarão à terceira etapa, representada pela chegada efetiva a outro país. A espera prolongada em alguns campos, as condições de saúde e de deslocamento levam à perda de muitas vidas. Outros passarão o tempo de vida que lhe resta em campos de refugiados, por não terem sido reassentados<sup>22</sup> em outro país, de forma definitiva, como proposto pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Outros retornarão ao país de origem, após o fim do conflito, mas para um país que não é mais o mesmo daquele anteriormente deixado, como o aconteceu com o retorno dos bósnios.

Os refugiados que, finalmente, chegam ao país que os acolherá carregam consigo um sentimento de fracasso – sentimento este que, resumidamente, pode ser explicado pela brutalidade que os fez renunciar à sua continuidade existencial –, mas também por certa nostalgia de um tempo em que ele era “feliz”, em sua terra natal. O sentimento de fracasso e a nostalgia dificultam a projeção no país de acolhimento, geralmente não desejado. Nos casos de reassentamentos, organizados pela comunidade internacional, o país de acolhimento é, muitas vezes, descoberto nos dias que antecedem sua partida, quando informados das possibilidades de refúgio. Faltam, nesses casos, elementos concretos – imagens, fotos, representações visuais, narrativas – referentes ao país em que será reassentado. Com a falta de representações simbólicas, é difícil para o refugiado, em um futuro próximo ou distante, representar-se nesse novo contexto. Ele se mantém

22 O reassentamento é um programa proposto pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, pelo qual um terceiro país é indicado para o refugiado, após o país de origem e o país em que situava o campo de refugiados. Os Estados Unidos, o Canadá e alguns países europeus estão entre os principais acolhedores, mas novos países têm aderido ao programa, entre eles o Brasil. Mais informações em <[www.acnur.org/t3/portugues/quem-ajudamos/solucoes-duradouras/reassentamento/](http://www.acnur.org/t3/portugues/quem-ajudamos/solucoes-duradouras/reassentamento/)>.



vinculado ao objeto perdido, sem possibilidade de investir-se em um novo objeto, ainda inexistente. O refugiado é, então, um sujeito que, apesar da tentativa de se projetar em outro lugar, é psiquicamente tomado pelo passado e pelas representações de seu país de origem, idealizado. Percebe-se aqui a dupla dificuldade: ele deve se reatualizar como sujeito em um país jamais investido – o que demanda um exercício psíquico importante – enquanto se vê fragilizado pelas marcas do trauma e pela idealização do passado.

Cabe ressaltar que, pela natureza dos conflitos que levam aos deslocamentos – guerras, genocídios, tortura etc. –, o sujeito carrega consigo o fracasso individual e também o coletivo. Não foi ele – ou sua família – que foi atingido pelo conflito, mas é toda uma comunidade, um grupo étnico, um país. As marcas do trauma são deixadas pela violência no corpo e, sobretudo, no registro psíquico. Elas traduzem o sofrimento individual, do sujeito, mas também da identidade que o acompanha. Ele foi intencionalmente atingido em sua subjetividade pelo que ele representa, pelo seu pertencimento étnico, pelo pertencimento a um grupo específico. Ele foi atacado pelo que culturalmente representava: sua religião, sua crença, sua herança social, suas práticas, enfim, por sua identidade. O que acima foi descrito como fator de proteção e de constituição do sujeito – a cultura – é também apontado nas agressões. O refugiado se desloca com este registro: o que o constitui, o protege, o define é doravante compreendido como o que o deixa vulnerável, o ameaça. Como tornar possível, nessas condições, uma continuação de si mesmo?

Nuanças podem ser feitas no que se refere às imigrações involuntárias decorrentes de desastres naturais. Porém, não é difícil perceber que as imigrações decorrentes desses fenômenos também respondem aos critérios do ataque subjetivo: não são todos os países tomados por desastres naturais que produzem refugiados; são aqueles historicamente acompanhados da destruição importante de sua população por conflitos, descasos políticos, abandono social, que são igualmente assolados pela natureza. A natureza apenas completa a desorganização anteriormente instalada pelo homem. O desamparo é da mesma natureza, e, na clínica, o trabalho se assemelha.

A imigração por si só não constitui uma situação de vulnerabilidade, mas as condições inerentes aos tipos de migrações acima apresentadas podem gerar estranhamento e levar ao estado de vulnerabilidade psíquica.<sup>23</sup> Por vulnerabilidade psíquica entende-se, aqui, a baixa resistência – psíquica – do sujeito, quando confrontado com as adversidades da vida.<sup>24</sup> O sujeito, apesar de sua experiência existencial, dos recursos psicológicos, das forças pessoais e de rede,

23 Martins-Borges e Pocreau (2009).

24 Anthony et al. (1982).



pode não mais conseguir enfrentar as dificuldades sem que o sofrimento psicológico entrave seu desenvolvimento, e a vulnerabilidade advinda do exílio é, muitas vezes, agravada por fatores que ocorrem após a imigração, já no país de acolhimento, como a lentidão administrativa, a ausência de políticas públicas de acolhimento, os obstáculos à reconstrução da vida profissional e familiar, as dificuldades em relação à língua e às diferenças culturais.<sup>25</sup>

## A complexidade do sofrimento psíquico: que escuta se destina a ela?

Ao conceber a imigração como um processo articulado em torno de momentos distintos, mas não dissociados entre si, é possível constatar muitas das transições nela implicadas: mudanças do lugar e da função social, perdas e reconstrução de redes afetivas, alteração do modelo de organização social e sistema socioeconômico, alternância de um sistema cultural, entre outros. São transformações que, como indicado, podem gerar vulnerabilidade<sup>26</sup> e, em muitas situações, sofrimento psíquico importante.

E o que se observa na expressão sintomática de sujeitos em contexto de imigração involuntária? O clássico do sofrimento psíquico – angústia, ansiedade, desamparo – é também o que mais se faz presente, o que valida sua condição essencial de humano, condição esta alienada pelo refúgio. E não é este sofrimento psíquico, coerente com a condição humana, que chama a atenção, mas, sim, a complexidade que o acompanha. Complexidade entendida por múltiplos fatores expressos no sofrimento psicológico, que entram e dificultam o trabalho psíquico. A complexificação embaralha a tentativa de compreensão diagnóstica – que não constitui uma etapa imprescindível em nossa prática –, mas, principalmente, a reorganização das defesas, de uma lógica existencial coerente. Esta complexidade é compreendida por três fatores centrais: pela natureza do trauma, pela reorganização dos sintomas e pela distância cultural.

No que tange ao primeiro fator, a natureza do trauma, conforme amplamente mencionado ao longo deste texto, o refugiado traz consigo marcas de uma história pautada por sucessivos traumatismos que o fragilizam. A natureza dos eventos traumáticos aos quais foi submetido e a frequência destes ao longo do período migratório contribuem para a organização de um quadro clínico entrelaçado por sintomas de grande cronicidade. Sabe-se que as experiências humanas – que incluem as traumáticas – e o sofrimento psíquico decorrente são

25 Martins-Borges (2013).

26 Kirmayer et al. (2011).



experiências subjetivas, não mensuráveis entre si. Não é esse o propósito aqui, mas, sim, o de lembrar que as violências – e não as nomearemos novamente – que conduzem ao refúgio são, em sua base, de natureza extrema. O refugiado parece tomado, então, por uma marca que o desumanizou, que o situa às margens das relações por carregar consigo apenas restos de sua história individual e coletiva. Não é raro que iniciem as sessões por frases, simples, que traduzam a seguinte ideia: “penso que não devo te contar, você não poderia entender porque são coisas que não existem aqui e não quero te deixar marcas”. O que é comunicado é o *non-sens*, o absurdo dos eventos traumáticos, desumanizados em sua intenção, em seu objetivo.

Quanto ao segundo fator, a reorganização dos sintomas, três quadros clínicos são mais frequentemente observados: os que se aproximam dos quadros depressivos, ou dos quadros traumáticos ou dos quadros somáticos. Mesmo estando próximo das classificações disponíveis na literatura, elas não contemplam o quadro clínico observado. Aos sintomas classicamente encontrados nos quadros depressivos e traumáticos associam-se aqueles, na forma de sintomas dispersos, que traduzem as perdas, mais precisamente a *perda da coesão e da continuidade de si*.<sup>27</sup> Além do quadro depressivo clássico – humor deprimido, perda de interesse e de vitalidade, alteração do sono e apetite etc. – e da síndrome traumática – revivescência, esquiva, distanciamento emocional –, observam-se o isolamento, os sentimentos de impotência e culpa e a perda da honra. Estes últimos são amplamente nomeados pelos refugiados, associando-os ao fato de terem – para proteger sua vida ou a de próximos – se retirado do conflito; ao fato de terem, eles, sobrevivido em detrimento de outros, que morreram. Observa-se, igualmente, a presença significativa de quadros hipocondríacos, o aumento do consumo e abuso de álcool e drogas, acompanhadas ou não de passagens agressivas. Cabe ressaltar que são quadros sintomáticos, que eram geralmente ausentes nos períodos pré-migratórios.

Ao quadro somático clássico – dores e queixas que também migram pelo corpo – acrescenta-se a função simbólica que fundamenta a relação intercultural: “se nossa experiência é diferente, se não falamos a mesma língua, se os referenciais culturais são outros, pelo menos algo nós temos em comum: um corpo”. Os refugiados tendem a passar as primeiras sessões discursando sobre as dores do corpo; são dores geralmente relacionadas com três regiões específicas do corpo: a cabeça, os órgãos digestivos e a coluna. O sofrimento psíquico é traduzido nas partes do corpo: na cabeça, o psíquico acometido pela lembrança; nas regiões digestivas, pelo que não pode ser assimilado/digerido; na coluna, pelo ataque à sua identidade. O corpo, pela ausência da língua e da linguagem (modos de comuni-

27 Pocreau e Martins-Borges (2013).



ção), assume o lugar da comunicação com o mundo externo. Cabe acrescentar que, pela origem cultural dos refugiados, oriundos de sociedades nas quais a *função terapêutica da alma* não é assumida por um profissional, e sim por outros atores do grupo social, a visita ao cuidador profissional se justifica pelos males do corpo, e não da alma. É o corpo que o autoriza ao cuidado.

Para concluir, o terceiro fator é representado pela distância cultural. Ela concerne à distância cultural entre o sujeito refugiado e aqueles pertencentes à cultura de acolhimento – o profissional inclusivamente – e a ausência da cultura fundadora. Devido à ausência da cultura fundadora, percebe-se uma ruptura da comunicação entre o mundo externo e o mundo interno, uma perda de fluidez dos mecanismos mentais, sentidos diferentes para uma mesma realidade, normas sociais incompatíveis e uma incongruência entre o objeto idealizado e a realidade.

A etiologia da complexidade aqui exposta aponta igualmente para a complexidade do acolhimento em saúde, na clínica, da escuta, do trabalho realizado com os refugiados. O encontro entre dois *sujeitos de cultura*, o que é próprio de todo trabalho clínico de orientação psicanalítica, torna-se mais complexo pelos apontamentos feitos ao longo deste texto. Acrescentam-se a eles as etiologias culturais do sofrimento psíquico, da natureza dos sintomas, de sua função e de seu tratamento, que também assumem a coerência cultural na qual esta lógica está inserida. Esta distância cultural – entre a cultura do sintoma e a cultura da escuta – pode, pela falta de cuidado, contribuir para a complexificação exposta e atuar como fator contrário à proposta de acolhimento, de integração e de ressignificação.

## Considerações finais

É verdade que a parcela de imigrantes no Brasil, hoje representada por mais ou menos 0,5% da população, é significativamente inferior à encontrada em países desenvolvidos, que pode variar de 4% a 5%.<sup>28</sup> Porém, também é verdade que o Brasil é historicamente constituído por uma imigração muito anterior à imigração recente. Por que será que os estudos, mais precisamente em Psicologia, sobre as migrações e seus impactos psicológicos foram tão pouco investidos por nós até o momento? Talvez este mistério possa ser explicado pela recente chegada de imigrantes involuntários que, como em outros países, desperta na população local e na mídia questionamentos até então distantes.

A história do acolhimento de refugiados na Província de Quebec, no Canadá, também é recente, mas o estado contava com uma ampla prática de acolhimento de imigrantes voluntários. A experiência com os voluntários – que



implica em uma política de acolhimento amparada pelo Ministério da Imigração, da Diversidade e da Inclusão – muito contribuiu na extensão de seu acolhimento aos refugiados. Cabe esclarecer que o Canadá conta com duas instâncias de governo (uma nacional e outra estadual) que, como para outras temáticas, definem políticas específicas, e muitos dos desafios e das dificuldades puderam ser considerados já no início do aumento do número de refugiados.

A partir do momento em que nos dispomos a acolher, a nos tornarmos um país de imigração – como é o caso do Brasil –, precisamos apoiar-nos em modelos existentes e pensar como construir um espaço para os refugiados que serão aqui acolhidos. Esse espaço deve ir além de um espaço de vida, de justiça e de trabalho. É imprescindível repensar as práticas em saúde, as intervenções na assistência social e no meio escolar, a criatividade nas formas de garantir direitos à saúde – mental e física –, pois, com estes direitos contemplados, tornar-se-á possível pensar em verdadeiros modelos de integração.

A negação da diferença – que aparece na invisibilidade dos refugiados ou no incômodo despertado –, acompanhada de modelos universais de compreensão psíquica e de intervenção, muito contribuiu para o nivelamento pelo comum, pelo mesmo, e não pelo particular. A Etnopsiquiatria, pela sua relação com a Psicanálise e com a Antropologia, remete em cena a questão do estrangeiro, de seu sofrimento, da escuta a lhe ser oferecida e de suas perspectivas existenciais. A Etnopsiquiatria convoca e leva a prática da escuta para fora do campo tradicional, ao responder às novas demandas sociais, ao repensar seu modelo de compreensão, de atuação e de relação terapêutica, colocando na mesma cena a cultura e o psiquismo.

Muitos nos perguntam sobre o porquê de acolher tantos imigrantes em um país acometido por dificuldades, precariedades, enfim, misérias nunca resolvidas. Eles contribuiriam para o que, exatamente, esses imigrantes? Não temos a intenção, claro, de convencer ninguém da relevância do acolhimento de refugiados – além de considerar que convencer constitui, em si, um exercício estéril. Ser sensíveis ao sofrimento dos refugiados é simplesmente coerente com a sensibilidade ao sofrimento. Poderíamos inverter a questão: já que somos constituídos, como país, por tantas situações difíceis e contamos com políticas em transformação, no sentido de ampliar a aplicação de medidas que garantam os direitos humanos, por que não as estender a mais um grupo que – pelo seu deslocamento forçado – requer cuidados semelhantes? É que a dúvida, por parte da população, da pertinência do acolhimento dos refugiados não surge desta preocupação, mas, sim, do retorno do recalcado, do sentimento de insegurança – e dúvida – mobilizado pela diferença. É preciso entender como seres tão fragilizados podem tanto nos fragilizar. Esse é um mistério que permanece.



O Brasil – ao se colocar como um novo país de acolhimento de refugiados – depara-se com dificuldades e desafios da mesma natureza do que aqueles encontrados no Canadá, onde a compreensão do aspecto involuntário dos deslocamentos de refugiados, da distância cultural e da importância do resgate dos elementos culturais constituintes do sujeito muito auxiliara na melhoria de oferta de serviços.

Foram reflexões impulsionadas pelos recentes fluxos migratórios no sul do Brasil que justificaram a criação da Clínica Intercultural, em Florianópolis, baseada no modelo de intervenção desenvolvido no SAPSIR®. A Clínica Intercultural, se comparada ao SAPSIR®, encontra-se em fase embrionária, no estabelecimento de vínculos institucionais e na organização de uma equipe permanente. Se o SAPSIR® conta com o reconhecimento financeiro e institucional do Ministério da Saúde e da Assistência Social da Província de Quebec, a Clínica Intercultural conta com a disponibilidade, a determinação de seus membros colaboradores e o espaço físico do Departamento de Psicologia da UFSC.

Temos, enquanto área de pesquisa, conhecimento clínico e teórico, muito a agradecer aos recentes fluxos migratórios no Brasil, principalmente aos grupos de haitianos, senegaleses e sírios. Algo é certo: eles nos instigaram, nos obrigaram a deixar um espaço restrito de práticas onde nos encontrávamos extremamente confortáveis. Ou não.

## Referências

- ANTHONY, E.-J.; CHILAND, C.; KOUPEKNIK, C. *L'enfant dans sa famille: l'enfant vulnérable*. Paris: PUF, 1982.
- ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS (ACNUR). *Manual de procedimentos e de critérios para determinar a condição de refugiado. De acordo com a Convenção de Genebra de 1951 e o Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados*. 2004. Disponível em: <[http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2013/Manual\\_de\\_procedimentos\\_e\\_criterios\\_para\\_a\\_determinacao\\_da\\_condicao\\_de\\_refugiado.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2013/Manual_de_procedimentos_e_criterios_para_a_determinacao_da_condicao_de_refugiado.pdf?view=1)>. Acesso em: 08 nov. 2015.
- BETTS, J. Diferença cultural, sofrimentos da identidade e a clínica psicanalítica hoje. *Sig: Revista de Psicanálise*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 85-97, 2013.
- DEVEREUX, G. Le renoncement à l'identité comme défense contre l'anéantissement. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, v. 31, n. 1, p. 101-142, 1967.
- \_\_\_\_\_. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion, 1972.



FARIA, M. R. F. F. *Migrações internacionais no plano multilateral: reflexões para a política externa brasileira*. Brasília: FUNAG, 2015.

KIRMAYER, L. J. et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 183, n. 12, p. 959-967, 2011.

LAPLANTINE, F. *Aprender a etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*, Brasília, v. 40, n. 1, p. 151-162, 2013.

MARTINS-BORGES, L.; POCREAU, J.-B. Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 232-245, 2009.

\_\_\_\_\_. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, n. 4, p. 577-585, 2012.

MORO, M.-R. *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Dunod, 1998.

NATHAN, T. *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod, 1986.

\_\_\_\_\_. *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob, 1994.

PIRLOT, G. Psychopathologie et psychosomatique psychanalytiques et interculturelles. In: GUERRAOU, Z.; PIRLOT, G. (Ed.). *Comprendre et traiter les situations interculturelles: approches psychodynamiques et psychanalytiques*. Bruxelas: De Boeck, 2011. p. 145-192.

POCREAU, J.-B.; MARTINS-BORGES, L. La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Santé Mentale au Québec*, Quebec, v. 38, n. 1, p. 227-242, 2013.

TREMBLAY, M. *L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale: Bilan 2002-2005 et plan d'action régional 2006-2009*. Quebec: Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Capitale-Nationale, 2006.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *60 years and still counting: UNHCR global trends 2010*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2011.