



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

IGOR DE ASSIS RODRIGUES

SAÚDE MENTAL PARA REFUGIADOS: estudo exploratório das
dimensões teórico-conceitual e técnico-assistencial

Rio de Janeiro

2019

IGOR DE ASSIS RODRIGUES

SAÚDE MENTAL PARA REFUGIADOS: estudo exploratório das
dimensões teórico-conceitual e técnico-assistencial

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Miriam Ventura da Silva

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

IGOR DE ASSIS RODRIGUES

SAÚDE MENTAL PARA REFUGIADOS: estudo exploratório das
dimensões teórico-conceitual e técnico-assistencial

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 24 de junho de 2019.

Prof^a. Dra. Miriam Ventura da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Jacqueline Fernandes de Cintra Santos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Esp. Patrícia de Albuquerque Ferreira
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Ma. Camila Rodrigues Estrela
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Às minhas avós,
mulheres que saíram de sua terra
com suas famílias em busca de novos tempos

AGRADECIMENTOS

Ciente de que incorrerei em negligências com o coletivo que me deu suporte nessa jornada de dois anos de residência, expresso meus agradecimentos a algumas pessoas fundamentais.

Agradeço à minha família, da qual estive por mais dois anos distante devido aos estudos. Aos meus pais, Ana e David, por todo o apoio, carinho e preocupação. Sei que acompanharam atentos os meus passos e me enxergaram para além do que minhas palavras pareciam dizer.

À Agatha, minha companheira, pelo senso de justiça e pela poesia com as quais sempre se posiciona na vida. Obrigado por embarcar comigo na aventura de compartilhar o cotidiano e de afirmar através de nosso amor o compromisso de lutar por utopias.

Às minhas amigas e amigos que trouxeram leveza e compreensão. Mesmo eu estando ausente tantas vezes devido aos trabalhos e o cansaço, não deixaram de me lembrar que a força da amizade é de ordem transcendente aos encontros formais. Labanca, Joana, Mário, Paula, as Thais Amorim, Mello e Baptista, Stéphanie, Ulises, Adão, Jacque e Thiago. Gabrielle e Giselle, amizades fruto da residência, obrigado pela paciência ao me ensinarem tanto e por termos mutuamente tornado possível atravessar esse turbulento mar. Não foram poucas as vezes que dividimos angústias, sonhos, incertezas e alegrias.

Ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e seus professores por acolher em seus espaços trocas de saberes e aprendizados promotores de uma formação tão ampla e rica. À Bia pelo esforço de sustentar esse programa de residência em meio às demandas e expectativas muitas vezes antagônicas.

À Miriam Ventura, orientadora deste trabalho de conclusão, agradeço imensamente a escuta capaz de traduzir minhas ideias, por vezes difusas, por propor caminhos e pela disponibilidade de compor esta empreitada.

Às trabalhadoras e trabalhadores do SUS que tanto me ensinaram nesses dois anos. Agradeço com admiração o engajamento em tornar o SUS espaço de formação de profissionais. Em especial à Aline Pereira que me ensinou, dentre outras coisas, a vitalizar e enfrentar com afeto os percalços do cotidiano de

trabalho. E também à Érika Marsico, Henrique Rodrigues, Simone Pires, Carla Isaura, Patrícia Albuquerque, Clarice Furtado, Tatiane Tavares e Carlos Brito.

O que é a pátria?
corpo estirado
nos divãs da língua.

O que é a língua?
trem
que ao mesmo tempo
é caminho, viagem e chegada.

Adonis
Guia para viajar pelas florestas do sentido

O rio do Esquecimento

A primeira vez que fui à Galícia, meus amigos me levaram ao rio do Esquecimento. Meus amigos me disseram que os legionários romanos, nos antigos tempos imperiais, tinham querido invadir aquelas terras, mas dali não haviam passado: paralisados de pânico, tinham parado nas margens daquele rio. E não o haviam atravessado nunca, porque quem cruza o rio do Esquecimento chega à outra margem sem saber quem é ou de onde vem.

Eu estava começando meu exílio na Espanha, e pensei: se bastam as águas de um rio para apagar a memória, o que acontecerá comigo, que atravessei um mar inteiro?

Mas eu tinha andado, percorrendo os pequenos povoados de Pontevedra e Orense, e tinha descoberto tavernas e cafés que se chamavam Uruguay ou Venezuela ou Mi Buenos Aires Querido e cantinas que ofereciam parrilladas ou arepas, e por tudo que era canto havia flâmulas do Peñarol e do Nacional e do Boca Juniors, e tudo aquilo era dos galegos que tinham regressado da América e sentiam, ali, saudades pelo avesso. Eles tinham ido embora de suas aldeias, exilados como eu, embora afugentados pela economia e não pela polícia, e depois de muitos anos estavam de volta à sua terra de origem, e nunca tinham esquecido nada. Nem ao ir embora, nem ao estar lá, nem ao voltar: nunca tinham esquecido nada. E agora tinham duas memórias e duas pátrias.

Eduardo Galeano
O Livro dos Abraços

RESUMO

RODRIGUES, Igor de Assis. **Saúde mental para refugiados**: estudo exploratório das dimensões teórico-conceitual e técnico-assistencial. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Nos últimos anos, o fenômeno da migração forçada vem ganhando destaque na agenda global e, com ele, as repercussões em saúde mental da população refugiada destacam-se como importante tema em saúde global. A problemática envolve o Brasil, país inserido nos fluxos de destino e trânsito desta população. Este trabalho de conclusão de residência insere-se nessa conjuntura dedicando-se a pensar as ações e experiências em saúde mental para população refugiada. Para tanto, realizou-se revisão de literatura com buscas em dezembro de 2018 na Biblioteca Virtual em Saúde e na base SciELO, utilizando os descritores e termos “refugiados”, “Saúde” e “Saúde Mental”. Foram selecionados artigos completos em português publicados de 2013 a 2018 que possuíam no resumo o termo “refúgio” ou variação. Permaneceram na seleção apenas as publicações empíricas que narravam suas ações e experiências em saúde com grupos/indivíduos refugiados. Resultaram das buscas nove artigos publicados em revistas de sede no Brasil, que foram explorados a partir de duas dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira: técnico-assistencial e teórico-conceitual. Na dimensão técnico-assistencial, verificou-se nas experiências ocorridas no Brasil e no exterior a recorrente presença de serviços ambulatoriais especializados em saúde mental de imigrantes e refugiados. Nas experiências brasileiras, em específico, foram observados arranjos entre organizações civis (religiosas, psicanalíticas e outras), organismos internacionais e Estado em sua forma jurídico administrativa. Constatou-se baixa presença de equipes multiprofissionais, de serviços públicos brasileiros e de equipamentos de lógica comunitária e territorial. Na dimensão teórico-conceitual, expressaram-se representações dos refugiados em torno de questões raciais, relação entre indivíduo e Estado, sob o prisma da insegurança, do risco, do sujeito traumatizado e do indivíduo em crise de identidade. Foram debatidas as interrelações entre trauma, exílio e cultura presentes nas publicações. As reflexões sobre cultura no âmbito clínico manifestaram-se principalmente na figura dos refugiados e pouco na dos profissionais da saúde e suas técnicas ou diagnósticos. Ainda na dimensão teórico-conceitual, foi discutida a relação entre memória e trauma em suas plurais apresentações: impossibilidade radical de transcrever memórias, o uso da história para vínculos com o laço social, usos políticos das recordações e usos produtivos para uma nova vida através de esquecimentos. Conclui-se que os resultados apontam para o trauma e a cultura como transversais às temáticas, contudo, com dissonâncias e pluralidades no campo da saúde mental para refugiados entre os saberes psi e perspectivas sociologizantes. Tais relações de saberes encontram-se em disputa e fusão, não sendo possível polarizá-las ou tentar resumi-las à temática do trauma. Extrapola-se o trauma e encontram uma série de outras preocupações associadas aos direitos humanos, culturalidades, religião, racismo, memória e política.

Palavras-chave: Refugiados. Saúde mental. Migração Humana. Saúde Global.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Síntese da Busca Bibliográfica..... | 26 |
|--|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Documentos legais do direito dos refugiados..... | 20 |
| Quadro 2 - Artigos selecionados pela busca bibliográfica..... | 27 |
| Quadro 3 - Países de ocorrência, nacionalidades dos grupos/indivíduos refugiados e tipo de estudo..... | 28 |
| Quadro 4 - Elementos técnico-assistenciais..... | 32 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACDH | Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos |
| ACNUR | Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados |
| ASAV | Associação Antônio Vieira |
| CONARE | Comitê Nacional para os Refugiados |
| INI- | Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação |
| FIOCRUZ | Oswaldo Cruz |
| OIM | Organização Internacional para as Migrações |
| ONG | Organização não governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| RP | Reforma Psiquiátrica brasileira |
| SAP | Superintendência de Atenção Primária |
| SAPSIR | Serviço de Atendimento. Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TEPT | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 12 |
| 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA | 15 |
| 2 OBJETIVOS | 19 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 19 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 19 |
| 3 MARCO CONCEITUAL-METODOLÓGICO | 20 |
| 3.1 MARCOS LEGAIS..... | 20 |
| 3.2 DEFINIÇÕES | 21 |
| 3.3 MARCOS CONCEITUAIS | 21 |
| 3.4 ETAPAS METODOLÓGICAS..... | 23 |
| 4 RESULTADOS..... | 27 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS | 27 |
| 4.2 DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL | 29 |
| 4.3 DIMENSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL..... | 32 |
| 4.3.1 Representações, identidades de exílio e estigma | 33 |
| 4.3.2 Sofrimento psíquico..... | 37 |
| 4.3.2.1 <i>Trauma, exílio e cultura</i> | <i>37</i> |
| 4.3.2.2 <i>Memória e trauma</i> | <i>42</i> |
| 5 DISCUSSÃO | 45 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 50 |
| REFERÊNCIAS..... | 51 |

APRESENTAÇÃO

Antes de iniciar este trabalho, acredito ser importante descrever em primeira pessoa como cheguei à temática de saúde mental para refugiados e um pouco de sua relevância nos dias atuais.

O trabalho em tela desenvolve-se durante minha atuação (março 2017-fevereiro 2019) enquanto residente no Programa de Residência em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dos campos de prática vivenciados na residência, a Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SAP/SMS) foi de valor fundamental para a emergência do interesse pela temática do refúgio. Na SAP pude trabalhar com a Coordenação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família do município e ter contato com a interface entre a SMS com o Programa de Atendimento a Refugiados e Solicitantes de Refúgio da Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro e com a Aldeias Infantis, duas organizações civis com atividades no campo do refúgio. Participei da organização de uma Feira da Saúde (evento da SMS na Cáritas), discussões sobre os fluxos assistenciais em saúde para esta população, discussões sobre o acolhimento no Rio de venezuelanos integrantes do programa de interiorização do governo federal, Copa dos Refugiados etc. Essas experiências colocavam recorrentemente problemáticas das especificidades da assistência possível de ser oferecida.

O Estado do Rio de Janeiro possuía uma política para refugiados com menção à saúde e atenção psicossocial (RIO DE JANEIRO, 2014), organizava o Comitê Estadual Intersetorial de Políticas de Atenção aos Refugiados e Migrantes (CEIPARM), material de qualificação para os Agentes Comunitário de Saúde sobre a Saúde da População Refugiada, uma cartilha informativa sobre o SUS em português, inglês, espanhol e francês. Já o município do Rio de Janeiro, até o momento de fechamento deste trabalho, não possuía política pública com tal enfoque. Porém, havia uma publicação bastante interessante do livro Recomeço: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados (RIO DE JANEIRO, 2017), que compilava ações e diretrizes para o trabalho em saúde com pessoas em refúgio, além de cadernetas dos usuários do SUS com versão em inglês e francês (RIO DE JANEIRO, 2015). Também tive notícias de capacitações para gestores e rodas de conversa das quais não tive

oportunidade de participar. O Estado do Rio de Janeiro e o município faziam intercâmbio desses materiais e articulavam-se através de seus representantes em espaços colegiados ou ações de saúde. Seria cabível um estudo específico de levantamento documental dos materiais já disponíveis não registrados aqui e os que estão em processo de construção.

Meu envolvimento gerou interesse e dúvidas quanto à assistência que estava sendo organizada e ofertada. Quais outras experiências efetivas estavam ocorrendo em saúde para os refugiados no país? Estávamos pensando a saúde destes sujeitos da melhor forma? Quais as implicações de ter entidades de diferentes ordens buscando assistir os refugiados? Ao ouvir os profissionais envolvidos cotidianamente com refugiados, reparei que os mesmos narravam tensões entre eles relativas à cultura, confusões entre o tipo de funcionamento do sistema de saúde brasileiro e dos países de origem dos refugiados, concepções difusas da dinâmica saúde-doença, compreensões distintas de indivíduo/pessoa e das coletividades. Minhas inquietações encaminharam-se para o campo da saúde mental, terreno no qual já atuei em serviços de saúde e já realizei uma pós-graduação. Frente à problemática epistemológica suscitadas pelas falas dos profissionais e as inquietações de como organizar o sistema de saúde pensando os refugiados, decidi levar à consequência da escrita as problemáticas, desembocando no recorte da saúde mental *para*¹ refugiados.

Conforme se davam as realidades locais do refúgio e da saúde no Rio de Janeiro, no plano nacional era promulgada uma nova lei de migração (BRASIL, 2017a) recortada por diversos vetos presidenciais. Em 2016 a presidência do país passou por controverso processo de impeachment que tensionou a orientação da política migratória. Os vetos do então presidente Michel Temer na lei de 2017 e sua a contraditória regulamentação através do Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017 (RAMOS *et al.*, 2017; BRASIL, 2017b), trouxeram receios no quesito migratório. Com a nova gestão federal iniciada em 2019, é noticiado que o Brasil deixaria o recém-criado Pacto Global para Migração da ONU, assinado em dezembro de 2018 (FAERSTEIN; TRAJMAN, 2019). O Brasil que teve importante papel na articulação e construção do Pacto, o abandonou ainda nos primeiros dias

¹ Cabe nota a escolha da palavra *para* refugiados, e não *dos* refugiados como usualmente se utiliza na literatura. A intenção é observar o que vem sendo constituído em saúde mental na perspectiva da saúde coletiva *para* esta população, ao invés de conduzir a leitura em termos da mente do refugiado.

do governo Bolsonaro, menos de um mês após ter sido assinado formalmente em conferência internacional. Ao mesmo tempo, na fronteira com a Venezuela a pressão migratória permanece grande e as ações federais chegam a se intensificar em busca de lidar, com maior ou menor eficiência, com o fluxo.

É nesse cenário de tensão local, nacional e global que este trabalho emerge, localizando no campo das ações em saúde suas implicações e esforços.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, o deslocamento forçado ganhou destaque na agenda global devido à massiva movimentação de populações do oriente médio e, sobretudo, pela conseqüente pressão migratória exercida sobre os chamados países desenvolvidos. Apesar dos olhares do mundo repousarem estreitamente sobre as fronteiras europeias, é no Sul global onde encontram-se 85% das pessoas deslocadas. Logo, o deslocamento forçado configura-se como fenômeno de escala global, alcançando em 2017 o número de 68,5 milhões de indivíduos, o equivalente a 1 em cada 110 pessoas do planeta (ACNUR, 2018).

Os grupos em migração involuntária podem tanto limitar-se internamente às fronteiras de seu país, quanto ultrapassá-las (PACHECO-CORAL, 2018). Esta última caracteriza o caso dos refugiados, pessoas submetidas a cruzar fronteiras internacionais por determinados receios ou por graves violações de direitos humanos (ACNUR, 1951, 1967; BRASIL, 1997). De acordo com a Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, este grupo populacional chegou a 25,4 milhões em 2017 (ACNUR, 2018).

Parcela do fluxo migratório global tem o Brasil como destino ou país de trânsito, como é o caso recente do fluxo migratório na fronteira com a Venezuela que suscitou a Estratégia de Interiorização de Venezuelanos conduzida pelo Governo Federal, integrando 5.482 beneficiários assentados por todo o país até março de 2019 (OIM, 2019). Já segundo os dados do CONARE — Comitê Nacional para Refugiados — (2018), o Brasil reconheceu até o fim de 2017 o total de 10.145 refugiados, destes, 5.134 continuam vivendo em território nacional. Contudo, ao fim do mesmo ano, permaneciam em trâmite 86.007 solicitações de refúgio de estrangeiros no país. Existem ainda muitos imigrantes não documentados no país, entre eles “os que não são aceitos como refugados e os que chegam ao Brasil por via terrestre, a partir de outros países latino-americanos, e que não solicitam ou não se configuram como potenciais refugiados” (WEINTRAUB, 2012, p. 197-198). Ou seja, há grande número de imigrantes em busca de asilo no Brasil, dos quais não se tem veredicto de seu *status*, ocultando, desta forma, possíveis refugiados das estatísticas oficiais.

Se considerarmos os deslocados internos, categoria daqueles que tiveram de migrar, mas que não ultrapassaram fronteiras transnacionais teríamos outra

dimensão de pesquisa de grandes proporções no Brasil. São históricos os fluxos de migrantes econômicos, pessoas deslocadas pela seca ou por desastres/crimes ambientais (incluindo eventos como o de Brumadinho e Mariana em Minas Gerais). Contudo, nos concentraremos neste trabalho na condição de refúgio.

Em meio às dinâmicas migratórias, as leis e políticas dos países são um dos fatores condicionantes da saúde dos refugiados (CASTIGLIONE, 2018; FACUNDO, 2014), podendo, por um lado, tornar penosa sua vivência ou, por outro, viabilizar a perspectiva da saúde global como direito humano assegurado “por um esforço coletivo internacional, cooperativo e sem fronteiras” (VENTURA, 2018, p. 2). A saúde pública brasileira sobressai a esta discussão garantindo constitucionalmente o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, sem impedimentos de natureza legal, econômica, física ou cultural (BRASIL, 1988; PAIM; SILVA, 2010). Além da Constituição Federal brasileira positivar o direito à saúde, a recente Lei Federal nº 13.445 (BRASIL, 2017a) assegura aos migrantes acesso aos serviços públicos de saúde em condição de igualdade com os cidadãos nacionais.

Apesar de garantias legais de acesso à saúde em nível federal, não há política nacional de saúde, tampouco de saúde mental, que busque responder às especificidades dos imigrantes e refugiados. Mesmo não negando formalmente acesso aos refugiados, planejar e operacionalizar localmente política de saúde é fundamental para contemplar a complexidade da condição de refúgio.

Dentre as singularidades desta condição, sublinha-se o aspecto da saúde mental em razão das consequências das experiências vividas pelos refugiados em diferentes momentos do processo migratório involuntário e muitas vezes repentino. As condições e efeitos no âmbito da saúde mental vêm sendo investigadas em grupos de refugiados pelo mundo em diversas circunstâncias. Ainda em seu país de origem os sujeitos podem ter sido expostos a várias violações dos direitos humanos e eventos potencialmente traumáticos. No país de asilo estes sujeitos enfrentam estressores emocionais e psicológicos associados à separação e preocupação com familiares que permaneceram no país de origem. Apresentam ainda sintomas de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e estresse psicológico severo (REES *et al.*, 2013; ROUSSEAU; MEKKI-BERRADA; MOREAU, 2001).

Outros estudos apontam não só para o estresse psicológico e o TEPT, como também para associações entre traumas do processo migratório e condições de vulnerabilidade, depressão e abuso de álcool (PEDERSEN; KIENZLER, 2013).

Também são desafios e fatores determinantes para a saúde mental desta população os problemas de acesso ao sistema de saúde do país de refúgio, discriminação, idioma desconhecido, interações sociais, adaptação cultural e a mobilidade geográfica (GALINA *et al.*, 2017).

As problemáticas em saúde mental para refugiados por mais desafiante que nos pareçam, vem sendo abordadas e enfrentadas por diferentes vias na assistência em saúde. Porém, as estratégias adotadas na atenção à saúde mental apresentam questões sensíveis demandantes de maior reflexão. Ao avaliar a relação entre violência política e saúde mental, Pedersen (2006) questiona se o trauma e principalmente o TEPT são categorias possíveis de serem utilizadas de forma universal. Sugere que a experiência decorrente de uma violência extrema é de tal forma ampla que pode não se adequar à nosologia psiquiátrica convencional. Os efeitos dessas violências presentes na história de grupos refugiados, trazem a necessidade de abordagens relacionadas à cultura, cuja a compreensão ainda é precária. No mesmo sentido de Pedersen, Figueira (2005) alerta para o grande número de pessoas que não desenvolvem sintomas de TEPT após eventos traumáticos e para a centralidade ou uso profilático de benzodiazepínicos (BDZ) nestes casos gerando efeitos iatrogênicos e ineficazes em torno dos BDZ. Uma experiência brasileira (SANTANA; LOTUFO NETO, 2003 *apud* WEINTRAUB, 2012) em saúde mental para refugiados também problematiza as abordagens ofertadas a estes sujeitos e estabelece questões importantes para tal assistência, como a dificuldade de aplicar questionários e metodologias ocidentais em determinados grupos de refugiados, a importância da cultura do sujeito em seu tratamento, e o cuidado de não patologização de traumas sociais.

Conforme exposto nos parágrafos anteriores, o campo da saúde mental dedicado aos refugiados apresenta amplo debate que se debruça desde temas etiológicos e nosológicos até tópicos interessados no desenvolvimento de serviços ou abordagens para aqueles que foram deslocados forçosamente por fronteiras transnacionais. Apesar da temática da migração não ser novidade em estudos acadêmicos, suas conformações são extremamente sensíveis à conjuntura de cada momento histórico e cada país envolvido, demandando, portanto, esforço contínuo de compreensão (VASCONCELLOS, 2013). A produção acadêmica brasileira e latino-americana como um todo, no que tange o campo de saúde mental para refugiados, carece de publicações, dissonante do contexto desta que é a mais grave

crise humanitária do século XXI (GALINA *et al.*, 2017). Sobre a problemática não bastaria apenas produzir conhecimentos inovadores, mas também pensar endogenamente sobre os conhecimentos já disponíveis tendo em vista suas implicações e limitações (SANTANA; LOTUFO NETO, 2003 *apud* WEINTRAUB, 2012; FIGUEIRA, 2005).

Soma-se às poucas produções acadêmicas, a magnitude e as consequências da migração forçada na saúde mental dos refugiados, sendo este assunto abordado tanto como campo de saberes, quanto de práticas no contexto da atenção à saúde (GALINA *et al.*, 2017; WEINTRAUB, 2012). Cabe, portanto, observar e organizar como vem se conformando a saúde mental em torno dos refugiados, campo este atravessado por especificidades. Sem deixarmos, de uma maneira mais ampla, de atentarmos para formas de produzir conhecimento e políticas em aliança com as populações de imigrantes e refugiados.

O fenômeno da migração forçada, portanto, é tema incontornável na discussão em saúde mental global, principalmente para os países envolvidos nos fluxos migratórios, como é o caso do Brasil. Ao passo que se avança ou retrocede na discussão da saúde como um direito que transcende as fronteiras internacionais, cabe concomitantemente enfrentar a problemática de sua efetivação nas realidades locais. É de suma importância localizar e resgatar as ações e experiências em saúde mental para sujeitos em situação de refúgio, reconhecendo nestes fazeres seu *modus operandi* e suas diferentes orientações, ideologias, métodos, instituições e serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como vem se conformando a saúde mental enquanto campo de saberes e práticas no contexto da atenção à saúde dos refugiados

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os principais referenciais teórico-conceituais na conformação da saúde mental na atenção à saúde de refugiados;
- Descrever as principais ações e experiências técnico-assistenciais que têm sido desenvolvidas na atenção à saúde de refugiados.

3 MARCO CONCEITUAL-METODOLÓGICO

3.1 MARCOS LEGAIS

Bem como mencionado na introdução, as políticas e demais normativas são capitais para a produção de saúde ou de vulnerabilidades na população refugiada. Alguns documentos são centrais na garantia de direitos e determinação da saúde destes sujeitos. No âmbito internacional temos a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 (ACNUR, 1951) e o Protocolo de 1967 (ACNUR, 1967) relativo ao Estatuto dos Refugiados de 1951.

No âmbito doméstico, destacamos a Constituição Federal Brasileira que positiva a universalidade do direito à saúde (BRASIL, 1988); a Lei nº 9.474 de 22 de julho de 1997 que define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 (BRASIL, 1997) e determina outras providências; a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 (BRASIL, 2017a) que institui a Lei de Migração; e o Decreto nº 44924 de 22 de agosto de 2014 Plano Estadual de Políticas de Atenção aos Refugiados (RIO DE JANEIRO, 2014).

Quadro 1 - Documentos legais do direito dos refugiados

| Documento | Descrição | Ano |
|---|--|------|
| Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados | Definição internacional de refugiado, além de direitos e deveres entre refugiados e os países de acolhida. | 1951 |
| Protocolo de 1967 Relativo ao Estatuto dos Refugiados | Protocolo de ampliação do Estatuto dos Refugiados de 1951. Retira as restrições temporais e geográficas do Estatuto. | 1967 |
| Lei Federal nº 9.474 | Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. | 1997 |
| Lei Federal nº 13.445 | Institui a Lei de Migração | 2017 |
| Decreto do Estado do Rio de Janeiro nº 44924 | Plano Estadual de Políticas de Atenção aos Refugiados | 2014 |

Fonte: Autoria própria.

3.2 DEFINIÇÕES

Refugiado (ACNUR, 1951, 1967; BRASIL, 1997) - Pessoa que cruza fronteiras internacionais por um medo fundamentado de sofrer perseguição com base na sua raça, religião, nacionalidade, opinião política ou participação em determinado grupo social. Ou devido a grave e generalizada violação de direitos humanos.

Solicitante de refúgio (JUBILUT, 2015) - Todo imigrante que, tendo formalizado o seu pedido de refúgio ao governo brasileiro, aguarda a decisão da sua solicitação.

3.3 MARCOS CONCEITUAIS

Saúde: Apesar das compreensões sobre saúde serem as mais diversas entre usuários e grupos humanos, consideraremos aqui diferentes paradigmas da saúde dentro das ciências. A primeira se “fundamenta na medicina e na biologia e encontra seus limites na função orgânica ou fisiológica, e em parâmetros estatísticos” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 12). Canguilhem (2009) a definiria como uma concepção negativa da saúde, ou seja, aquela baseada numa ausência da doença. A segunda concepção de saúde seria a “positiva”. Não devendo ser compreendida como o inverso ou excludente à primeira, esta concepção baseia-se no entendimento da saúde como potência e criatividade para lidar com a existência, já a doença como limitação ou impotência frente a um mundo onde o sujeito não se sente mais confortável. Desta forma, serão considerados o chamado modelo biomédico e suas alternativas críticas (CAMARGO, 2007).

Embora o objeto deste trabalho sejam as ações e experiências em saúde mental com refugiados, o uso do termo “saúde” em nossas buscas (item “etapas da busca bibliográfica”) visa tornar o processo de escolha dos artigos mais sensível e amplo, considerando a saúde mental como um subconjunto indissociável dos debates paradigmáticos sobre saúde e suas operacionalizações, ainda que seu campo seja atravessado por agências específicas.

Saúde Mental – Partimos da definição de Amarante (2007, p. 15) de que a “saúde mental é um campo (ou área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde.”. Neste sentido, nos interessa os

conhecimentos, as técnicas e os agentes que participam e influenciam as políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial, bem como aqueles que atuam de forma paralela ou alternativa a estas políticas.

No que tange as perspectivas adotadas no campo da saúde mental, colocamos essa seara em consonância com o marco conceitual da saúde supracitado no item anterior, no sentido de reconhecer as cisões paradigmáticas atuantes nos dois marcos. Vamos considerar tanto as ações e experiências em saúde mental interessadas numa reflexão integral dos “sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental”, bem como as perspectivas fundamentadas em discussões estritamente psicopatológicas e semiológicas das doenças, transtornos e desordens (AMARANTE, 2007, p.68). Se a Reforma Psiquiátrica (RP) coloca na agenda do setor saúde e da sociedade um novo paradigma assentado nos direitos e na cidadania, no bojo de um emergente sistema universal de saúde (DELGADO, 2019), consideraremos também as posições prévias (mas não superadas) fundadas em outras epistemologias e infraestruturas que antagonizam e se hibridizam à RP no SUS.

Dentre as forças presentes no campo, podemos citar as vertentes consolidadas pela RP brasileira como a psicanálise e a psiquiatria — tradicional e suas perspectivas críticas, como a antipsiquiatria ou as influências basaglianas — (CARVALHO, 2004), os saberes e categorias profissionais do mundo psi (RUSSO, 2002), disciplinas das ciências sociais como a antropologia e as diferentes profissões que atuam neste campo, como a enfermagem e serviço social. Concebemos, então, a saúde mental como um campo polissêmico e abrangente, transpassado por diferentes conhecimentos, técnicas e agentes, presentes nos diferentes paradigmas assistenciais e epistemológicos.

Como forma de tornar mais sensível nossa busca, nosso interesse não se restringirá apenas às disciplinas e técnicas já consolidadas deste campo como as citadas acima. O interesse residirá também em quaisquer discussões — inclusive de campos paralelos não evidentemente relacionados com a saúde mental — acerca das categorias que envolvam o sentido de mente, psíquico, emocional, subjetividade, neurológico, trauma, loucura etc., independente da disciplina ou abordagem (psi ou não) dedicada.

Como norte de nossas reflexões sobre os resultados obtidos neste trabalho, serão utilizados constructos da proposta de análise de Amarante sobre o processo e

movimento da RP a partir de quatro dimensões. A conceitualização em dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira são bem-vindas em nossa análise pela razão da RP ser um “processo histórico de formulação crítica e prática” de grande impacto na estrutura dos saberes e práticas em saúde mental no Brasil (AMARANTE, 2015, p. 87). Provocado por um debate em torno da RP, Amarante em sua publicação “A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica” (2003) buscou enfrentar duas questões. A primeira de que a RP seria meramente um processo de reestruturação assistencial e a segunda de que tal movimento não teria se preocupado com a clínica. Frente a estas duas incitações, Amarante buscou discutir os termos da RP em quatro dimensões que pudessem abarcar e conceitualizar sua real complexidade. As quatro dimensões seriam: a epistemológica ou teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-político; sociocultural.

Serão utilizadas duas delas: a teórico-conceitual e a técnico-assistencial, que serão a seguir desenvolvidas. As outras duas dimensões não foram utilizadas por estarem mais distantes do objeto de estudo que se concentrará na compreensão de como o campo de saúde mental está se conformando na atenção à saúde dos refugiados. Nesse sentido, os aspectos relevantes da proposta de Amarante para o alcance do objetivo estão concentrados nessas duas dimensões.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica é a norteadora das ações e experiências. De acordo com Amarante:

[...] ao conjunto de questões que se situam no campo da produção dos saberes, que dizem respeito à produção de conhecimentos, que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo da ciência. (AMARANTE, 2003, p. 4).

Já a dimensão técnico-assistencial busca observar o modelo assistencial ofertado pela teoria que o sustenta. Seriam os serviços, o planejamento, a gestão, as equipes e as áreas técnicas dedicadas.

3.4 ETAPAS METODOLÓGICAS

Para iniciar a descrição das etapas metodológicas, é relevante explanar sobre fases da construção deste trabalho que fazem parte de uma reflexividade do autor com este produto. A intenção inicial de pesquisa era produzir uma análise

documental de materiais do executivo da saúde e revisão de literatura nacional no formato da que seguirá nos parágrafos abaixo. Porém, devido aos limites de tempo colocados, a análise documental foi deixada de lado. Já a revisão de literatura tinha como objetivo central artigos brasileiros sobre experiências ocorridas no Brasil. A preocupação central era a produção nacional de ações e experiências em território brasileiro com pessoas refugiadas. Como poderá ser notado, o retorno de trabalhos localizados no Brasil foi pequeno, demandando os filtros e critérios ampliados escolhidos nas etapas metodológicas. Por aproximação, buscou-se essa literatura de interesse inicial.

Entrando nas demais etapas metodológicas, foi realizado estudo qualitativo de revisão de literatura, baseado em busca sistemática na bibliografia científica. As buscas foram realizadas no mês de dezembro de 2018 nos mecanismos das seguintes bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS é tanto um portal que reúne diferentes bases de dados bibliográficas como LILACS, Medline, SciELO, Index Psicologia etc, quanto uma rede de cooperação técnica latino-americana. Ainda que a SciELO esteja contida na BVS, utilizamos o mecanismo de busca desta biblioteca virtual para obter resultados mais aprofundados desta base. Para tanto, foi utilizada a mesma estratégia de busca nas duas fontes, BVS e SciELO.

Na tentativa de localizar o maior número possível de resultados na BVS, exploramos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Refugiados”, “Direito à Saúde”, “Saúde Global”, “Saúde Mental” e os termos “saúde”, “psicossocial”. Após cruzamento entre estes descritores e termos (título, resumo e assunto), a correlação com mais resultados foi a seguinte estratégia de busca, com operadores booleanos: **refugiados AND saúde OR “saúde mental”**.

O primeiro critério de inclusão se deu sobre o ano de publicação. Foram incluídos os resultados publicados entre 2013 e 2018. Este período de cinco anos foi determinado devido ao interesse em captar estudos preocupados ou que considerassem a acentuação dos fluxos nos últimos anos. Outro motivo é relacionado às limitações de tempo disponível para a execução do estudo dentro do programa de residência.

Como segundo critério, selecionou-se artigos em língua portuguesa para obtermos experiências em publicações nacionais ou, ao menos, em língua com

maior possibilidade de circulação nacional. De acordo com nossas comparações o uso de filtros que selecionariam apenas “bases nacionais” reduzia grandemente o número de materiais encontrados, por este motivo optamos por utilizar o critério da língua portuguesa que nos retornava mais resultados. Todos os artigos observados nesta etapa possuíam texto completo disponível gratuitamente na internet.

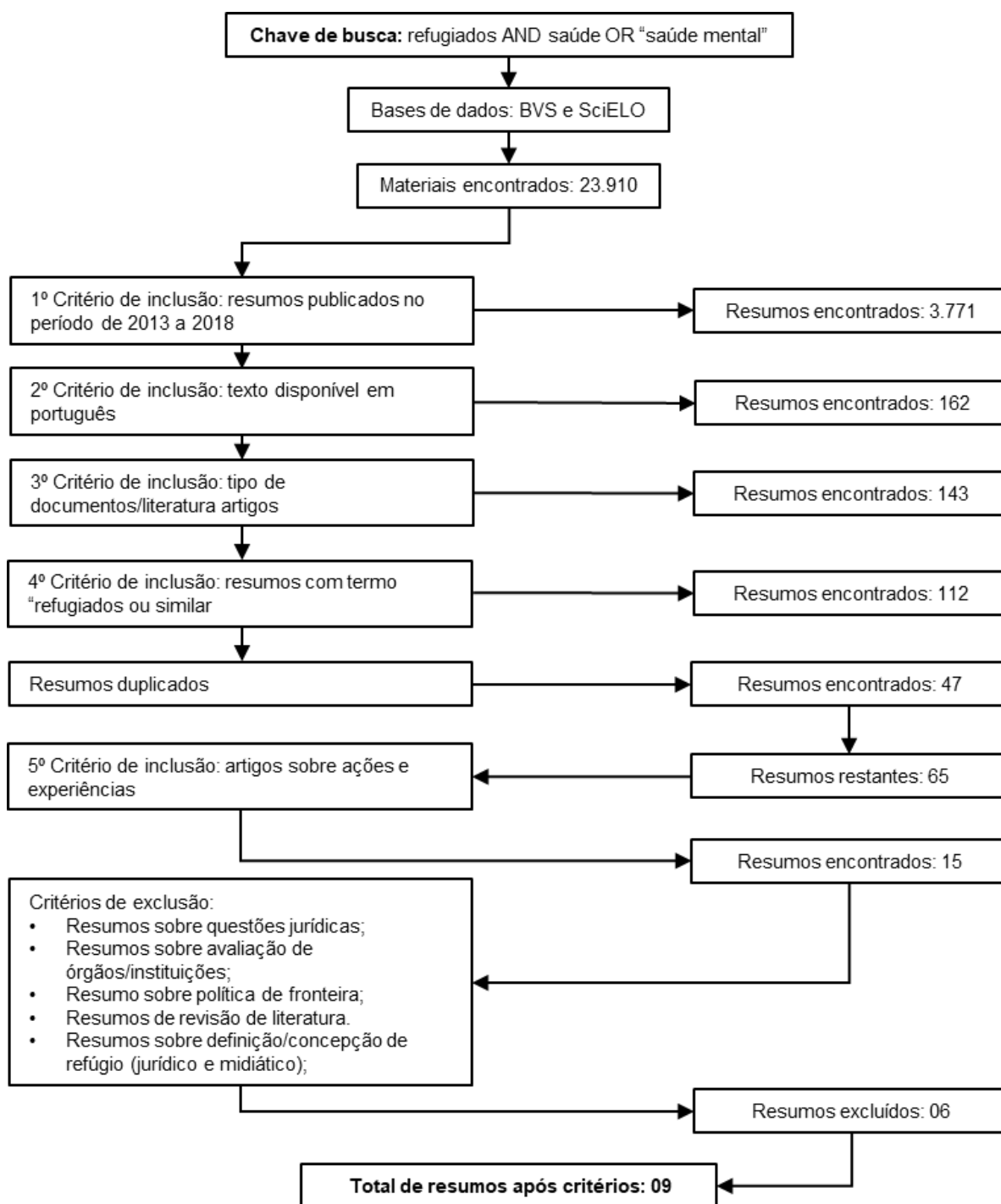
No terceiro critério de inclusão foram adicionados apenas artigos (filtro tipo de documentos/literatura). No quarto critério, abarcaram-se aqueles que continham a palavra “refugiados” ou termo similar em seu resumo. Em seguida excluiu-se os artigos repetidos.

No quinto critério de inclusão foram selecionados apenas os resumos que abordavam ou relatavam ações e experiências em saúde. Entende-se por ações e experiências as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde com indivíduo(s)/população de sujeitos refugiados delimitada.

Foram excluídos artigos com enfoque exclusivo em questões jurídicas, avaliação de órgãos/instituições que não consideram ofertas em saúde, sobre definição/concepção de refúgio no âmbito jurídico e midiático, artigo restrito a política de fronteira e artigo de revisão por conter dados já decompostos. O artigo de Ventura e Holzacker (2016) que aborda o tema da saúde, sem menção direta ao campo da saúde mental, foi mantido em razão de entrar em temas da subjetividade de refugiados nas experiências descritas.

Após as etapas de inclusão e exclusão, foi realizada leitura integral dos artigos e sua categorização no formato do plano de análise das dimensões pensadas por Amarante (2003). Abaixo encontra-se organizada de maneira gráfica as etapas do processo de seleção dos resumos:

Figura 1 - Síntese da Busca Bibliográfica



Fonte: Autoria própria.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Para esta revisão de literatura foram selecionados 09 (nove) artigos, conforme tabela 2. Todas as revistas de publicação possuíam sede no Brasil, apesar de não termos utilizado este critério.

Quadro 2 - Artigos selecionados pela busca bibliográfica

| Artigo | Revista | Autoras(es) | Ano de publicação |
|--|---|--|-------------------|
| Migração involuntária como fator de risco à saúde mental | REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana | Martins-Borges, Lucienne. | 2013 |
| Do exílio ao asilo: escutas clínicas | Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre | Indursky, Alexei Conte; Conte, Barbara de Souza; Feijó, Daniela; Didonet, Liege. | 2014 |
| "Não quero lembrar... muito sofrimento": percursos da memória entre os refugiados palestinos no Brasil | Horizontes Antropológicos | Prates, Daniele Regina Abilas. | 2014 |
| Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde | Psicologia USP | Saglio-Yatzimirsky, Marie-C. | 2015 |
| Trabalho psíquico do exílio: o corpo à prova da transição | Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica | Indursky, Alexei Conte; Conte, Bárbara de Souza. | 2015 |
| Sobre a melancolização do exílio | Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental | Indursky, Alexei Conte; Oliveira, Luiz Eduardo Prado de | 2016 |
| Saúde Global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de ebola no Brasil | Lua Nova: Revista de Cultura e Política | Ventura, Deisy; Holzacker, Vivian. | 2016 |
| "O silêncio dos inocentes: os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo | Interface - Comunicação, Saúde, Educação | Pussetti, Chiara | 2017 |
| O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados | REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana | PEREIRA, Alexandre. | 2018 |

Fonte: Autoria própria.

Houve uma distribuição equilibrada dos anos de publicação. Em 2013, 2017 e 2018 ocorreu um registro em cada ano. Já em 2014, 2015 e 2016 foram dois registros por ano. Quanto ao país onde ocorreram as ações e experiências dos artigos, estão: Brasil (6), Canadá (1), Portugal (1), França (1). A nacionalidade dos grupos e indivíduos refugiados abordados estão contidos no quadro 3.

Quadro 3 - Países de ocorrência, nacionalidades dos grupos/indivíduos refugiados e tipo de estudo

| Autoras(es) | Local de ocorrência | País de origem das pessoas refugiadas | Tipo de estudo |
|-------------------------------|---|--|------------------------|
| Martins-Borges (2013) | Canadá, Quebec | Principalmente Colômbia, Bósnia, República Democrática do Congo, Afeganistão e Ruanda. | Observações clínicas |
| Indursky <i>et al.</i> (2014) | Brasil, Porto Alegre (RS) | Colômbia | Estudo de caso clínico |
| Prates (2014) | Brasil, Mogi das Cruzes (SP) | Palestina | Pesquisa etnográfica |
| Saglio-Yatzimirsky (2015) | França, Paris | Sri Lanka e casal de Bangladesh | Estudo de caso clínico |
| Indursky; Conte (2015) | Brasil, Porto Alegre (RS) | Colômbia, Panamá, Nicarágua, Equador | Estudo de caso clínico |
| Indursky; Oliveira (2016) | Brasil, Porto Alegre (RS) | Colômbia | Estudo de caso clínico |
| Ventura; Holzacker (2016) | Brasil, Cascavel (PR) e Rio de Janeiro (RJ) | Guiné | Estudo de caso |
| Pussetti (2017) | Portugal, Lisboa | Não mencionou nenhuma nacionalidade específica | Pesquisa etnográfica |
| PEREIRA (2018) | Brasil, São Paulo (SP) | Menciona apenas Senegal, apesar de existirem outras | Pesquisa etnográfica |

Fonte: Autoria própria.

Nosso esforço exploratório de dimensionar o conteúdo dos artigos se iniciará pela dimensão técnico-assistencial. Apesar de Amarante coloca-la como sustentada pela dimensão epistemológica, consideramos interessante dar continuidade a caracterização dos estudos iniciada no item anterior deste trabalho, para

posteriormente trabalharmos a dimensão teórico-conceitual com maior liberdade, tendo já sido explorada suas características pragmáticas.

4.2 DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

*O que é o caminho?
anúncio de partida
escrito em folhas que o pó desenhou.*

*O que é a linha reta?
soma de linhas tortas
invisíveis.*

Adonis

Durante a exploração dos artigos, diversas instituições assistenciais apareceram nas descrições das ações e experiências com sujeitos em refúgio. Por vezes, essas organizações e seus programas eram apoiados por outras instituições, conformando diferentes arranjos de parcerias. Em suas abordagens, lançavam mão tanto de técnicas psicoterapêuticas, — com variações em linha teórica — quanto perspectivas críticas não clínicas, como as leituras antropológicas.

Abordaremos, primeiramente, as ações e experiências ocorridas fora do Brasil. Martins-Borges (2013) descreve o Serviço de Atendimento Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados (Sapsir) vinculado à clínica-escola do departamento de psicologia da Universidade Laval em Québec, Canadá. O serviço de psicologia possui inspiração na etnopsiquiatria, idealizado para o atendimento de pessoas que foram vítimas diretas ou indiretas de tortura e que presta assistência para refugiados de diferentes nacionalidades. Sua equipe é constituída por psicólogos, doutorandos em psicologia e um grupo de terapeutas de diferentes disciplinas, como enfermagem, medicina, serviço social etc, além de mediadores linguísticos e culturais. O serviço conta com o apoio de uma ONG para treinamento dos mediadores culturais que participam dos atendimentos. Além disso, possuem financiamento do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (ACDH) da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Agência da Saúde e dos Serviços Sociais da Capital Nacional.

Na publicação de Saglio-Yatzimirsky (2015), dois casos clínicos são trabalhados a partir de atendimentos realizados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Avicenne, localizado em Paris, instituição do serviço público de saúde francês com

tradição de atendimento a imigrantes. O hospital é de caráter público e universitário. Sua abordagem recebe inspirações da etnopsiquiatria e da etnopsicanálise. Utiliza-se de atendimento individual psicoterápico e ações coletivas denominadas de “Grupo trauma” que funciona como um mediador cultural, no qual:

[...] acolhemos o paciente, é uma forma de atendimento complementar ao acompanhamento individual. É composto por um coletivo de profissionais – psiquiatras, psicólogos, psicanalistas – que se organizam em torno do paciente com o objetivo inicial de dar suporte e acolhida (*holding*) ao sujeito. (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2015, p.182).

Também localizada na Europa e em instituição pública hospitalar, Pussetti (2017) recorre a sua experiência etnográfica vivenciadas nas consultas com psiquiatria transcultural do Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda, em Lisboa. Com base em seu trabalho de campo, Pussetti problematiza as categorias psiquiátricas e recorre a recursos imagéticos e artísticos para realizar deslocamentos no olhar sobre o refúgio.

Passamos agora às ações e experiências ocorridas no Brasil, iniciando pelo conjunto de três produtos semelhantes. Situados dentro do projeto SIG Intervenções Psicanalíticas da Sigmund Freud Associação Psicanalítica de Porto Alegre (RS) três artigos ocorreram em nossa seleção, sendo eles Indursky e outros (2014), Indursky e Conte (2015) e Indursky e Oliveira (2016).

Esse projeto iniciou em 2010, na Sigmund Freud Associação Psicanalítica, quando colocamos a escuta psicanalítica para além do trabalho clínico no consultório e a estendemos para grupos e sujeitos em situações de exclusão social e vulnerabilidades. Assim, trabalhamos com professores e pais de escola da rede municipal de Porto Alegre, de crianças e adolescentes com deficiências físicas e transtornos psíquicos, e com o programa de reassentamento solidário realizado pela Associação Padre Antônio Vieira (ASAV), em parceria com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refúgio (ACNUR) [...]. (INDURSKY *et al.*, 2014, p. 38).

O SIG em seu trabalho com sujeitos exilados, consistia em atendimentos psicanalíticos nos consultórios dos psicanalistas da associação a partir do trabalho realizado pela Associação Antônio Vieira (ASAV), organização filantrópica vinculada à Companhia de Jesus, somando-se à ACNUR, agência da ONU. Nos três artigos esta tripla parceria dá o pano de fundo para os casos clínicos descritos.

Pereira (2018) utiliza-se da pesquisa etnográfica para acessar a experiência subjetiva dos sujeitos em refúgio e explorar as nuances de um serviço de assistência em saúde mental para refugiados, promovido por uma ONG na cidade de São Paulo. O “Projeto de Saúde Mental” da ONG era apoiado financeiramente pela ACNUR. No local são realizados os “atendimentos psicoterapêuticos individuais, os grupos terapêuticos – chamados de grupos de troca –, e as oficinas temáticas voltadas para a capacitação profissional, no caso dos adultos, e para a musicalização, no caso das crianças.” (PEREIRA, 2018, p.82). As atividades eram promovidas por psicólogos e voluntários. Apesar de serem mencionados psiquiatras na fundamentação do artigo, não ficou claro se estes profissionais participavam das intervenções.

Ventura e Holzacker (2016) narram uma experiência diferente das apresentadas anteriormente. Percorrem as narrativas e notícias da mídia sobre o primeiro caso suspeito de ebola no Brasil. Entrevistam o sujeito refugiado que ficou sob suspeita e funcionária pública federal que o acompanhou. No caso abordado, são mencionados uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Cascavel (PR) e o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (INI-Fiocruz) no Rio de Janeiro (RJ), tendo também intervenções à nível de gestão do Ministério da Saúde. O sujeito foi assistido por médicos e enfermeiras destes dispositivos de saúde. Todas unidades públicas de média e alta complexidade, respectivamente.

Em Prates (2014), acompanhamos suas considerações sobre seu trabalho etnográfico com grupo de palestinos reassentados em Mogi das Cruzes/SP. A autora aborda narrativas em torno de memórias, esquecimentos, traumas e demais vivências do tempo em que estes sujeitos estiveram no campo de refugiados no oriente médio, bem como as exigências por diferentes agentes de sempre terem de retomar tais histórias. Além do campo de refugiados, é citado sem detalhes um hospital brasileiro (não se faz alusão ao tipo de gestão) onde a pesquisadora conheceu uma de suas interlocutoras. Em relatos dos entrevistados da época dos campos de refugiados, são mencionados agentes da ACNUR interessados saber como eles estão e dar notícias. Não são descritos profissionais de saúde ou outros serviços de atenção à saúde além do hospital no Brasil.

O quadro 4 abaixo sintetiza os elementos técnico-assistenciais de cada artigo desdobrado nos parágrafos anteriores.

Quadro 4 - Elementos técnico-assistenciais

| Autoras(es) | Local de ocorrência | Elemento técnico-assistencial | | |
|-------------------------------|---|---|--|---|
| | | Serviços de saúde, Instituições e órgãos | Equipe/ Profissionais | Tipo de estabelecimento ² |
| Martins-Borges (2013) | Canadá, Quebec | Serviço de Atendimento Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados (Sapsir); Universidade Laval; ACDH/ONU | Psicólogos, doutorandos em psicologia, grupo de terapeutas de diferentes disciplinas e mediadores linguísticos e culturais | Ambulatório especializado |
| Indursky <i>et al.</i> (2014) | Brasil, Porto Alegre (RS) | Sigmund Freud Associação Psicanalítica; Associação Padre Antônio Vieira (ASAV); ACNUR | Psicanalista | Consultório isolado |
| Prates (2014) | Brasil, Mogi das Cruzes (SP) | Hospital desconhecido | São mencionados agentes da ACNUR. Não são descritos profissionais de saúde | Hospital Geral |
| Saglio-Yatzimirsky (2015) | França, Paris | Serviço de Psiquiatria do Hospital Avicenne | Psiquiatra | Ambulatório especializado; Hospital Especializado |
| Indursky; Conte (2015) | Brasil, Porto Alegre (RS) | Sigmund Freud Associação Psicanalítica; Associação Padre Antônio Vieira (ASAV); ACNUR | Psicanalista | Consultório isolado |
| Indursky; Oliveira (2016) | Brasil, Porto Alegre (RS) | Sigmund Freud Associação Psicanalítica; Associação Padre Antônio Vieira (ASAV); ACNUR | Psicanalista | Consultório isolado |
| Ventura; Holzacker (2016) | Brasil, Cascavel (PR) e Rio de Janeiro (RJ) | Unidade de Pronto Atendimento (UPA); INI-Fiocruz; Ministério da Saúde | Médicas(os) e enfermeiras(os) | Pronto Socorro Geral; Hospital Especializado; |
| Pussetti (2017) | Portugal, Lisboa | Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda | Psiquiatra | Ambulatório especializado; Hospital Especializado |
| PEREIRA (2018) | Brasil, São Paulo (SP) | Serviço de saúde mental para refugiados de ONG; ACNUR | Psicólogas(os), psiquiatras | Ambulatório especializado |

Fonte: Autoria própria.

² Tipos de estabelecimentos de acordo com tabela DATASUS/CNES: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm; Consultório Isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.

4.3 DIMENSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

4.3.1 Representações, identidades de exílio e estigma

*O que é o rosto?
Porto mais próximo para migração da lágrima.*

*O que é o centro?
Margem para todas as margens.*

Adonis

Nos artigos explorados, diferentes e divergentes representações sobre os sujeitos que passaram por migração forçada eram expostas através de alguma forma de sofrimento psíquico. Foram observadas tanto representações adotadas pelos autores, quanto perspectivas criticadas por eles. Para Indursky e outros (2014) o processo de exílio pode levar o refugiado a se situar ou encarnar uma posição do estrangeiro que deve demandar ao Estado um certificado de existência na cultura do anfitrião para que “sua própria história, sua imagem e sua verdade não lhe escapem por completo” (p. 40). Neste sentido Saglio-Yatzimirsky (2015) sublinha essa produção de uma representação político-social do requerente de refúgio frente a aparatos administrativos. Enquanto seu processo burocrático é validado, estes sujeitos permanecem sob a representação de “suspeitos” tendo de provar a veracidade de suas histórias visando o reconhecimento de “refugiado”. Junto a construção de um “suspeito” e de um “refugiado”, há a “vítima traumatizada”, imagem social relacionada com o processo de validação do pedido de refúgio. O sujeito pode identificar-se com estas representações que o aprisionam e trazem limitações para a consulta psicoterápica:

[...] as representações político-sociais acerca do “migrante”, “refugiado”, “vítima”, “suspeito” deixam suas marcas concretas e simbólicas nos sujeitos e influenciam os modos de condução do trabalho clínico. [...] Paradoxalmente, logo que o sujeito adquire seus documentos para permanência no território, seu alívio é tão grande que, ao invés de possibilitar a abertura para o início de um verdadeiro trabalho psicoterápico, provoca a interrupção imediata do tratamento. (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2015, p. 176 e 181).

A autora sublinha, ainda, o processo de “exterritorialização”, o qual pode ser vivida como uma “renúncia à identidade” com fins de “entrar na pele do refugiado” (p. 180). Nesta trilha da identidade, Martins-Borges (2013, p. 152) ao discorrer sobre o

sofrimento psíquico de pessoas refugiadas, traz a categoria como ponto determinante. Estes indivíduos no processo migratório, “pelo caráter involuntário e repentino de seu deslocamento, transportam consigo muito pouco do que até então caracterizava sua identidade: hábitos, relações, status profissional e social, residência”. O mundo constituinte do sujeito, representado pela sua identidade, seria colocado em xeque no processo de deslocamento.

As alterações na identidade social e afetiva (separação, divórcio, filiação, trabalho, etc.) ocorridas durante o processo migratório fazem com que a migração seja então vivenciada como uma situação de vulnerabilidade psicológica, na qual os mecanismos de defesa se tornam menos eficazes. (MARTINS-BORGES, 2013, p.159).

Seguindo percurso semelhante, Indursky e Conte (2015, p. 273-274) em busca de pensar as apresentações somáticas em sujeitos refugiados, relacionam “condição do exílio” ao “processo psíquico específico de desenraizamento da identidade” ou “desenraizamento identitário do exílio”. A identidade, então, estaria influenciada não somente pelo afastamento geográfico ou à impossibilidade de retorno ao país de origem (condição do exílio), mas também às violências experienciadas pelos sujeitos. Já Pussetti (2017), por outro lado, procurou problematizar a noção de des-identidade frequentemente encontrada em programas assistenciais para imigrantes e requerentes de asilo:

[...]os imigrantes são concebidos como pessoas em dificuldade: sujeitos deslocados, órfãos da sua cultura, numa condição de des-identidade ou de manque à *être*, psicologicamente vulneráveis, como se a perda do lugar coincidissem com a perda da identidade e do equilíbrio mental. (PUSSETTI, 2017, p. 266).

A mesma aponta para essa recorrente representação dos refugiados como psicologicamente frágeis devido ao “choque migratório”. Consonante com esta perspectiva, a etnografia promovida por Pereira (2018, p. 87) traz a discussão sobre a oferta de assistência voltada para o trauma. Na ONG onde pôde fazer suas observações, havia presente uma hipótese universal de que o refugiado que buscava essa assistência possuía algum nível de trauma decorrente do processo migratório forçado. Porém, os refugiados faziam uso do serviço sem muito interesse em expressar os supostos inerentes traumas. Esse descompasso, de acordo com o autor, levanta a discussão da construção de novos sentidos para a condição de

refúgio, muito marcada pela imagem de vítima “de seu passado e de sua experiência de deslocamento forçado”.

Ao lado dos refugiados concebidos como “almas marcadas pelas cicatrizes da migração”, Pussetti (2017, p. 268,) coloca em cena a associação do refugiado à insegurança: “é o ‘clandestino’, o ‘ilegal’, o ‘parasita’, bode expiatório de qualquer problema social.” (PUSSETTI, 2017, p. 266). A questão da insegurança, em Ventura e Holzhacker (2016) é também abordada através do risco de disseminação de doenças. As autoras discutem o duplo estigma atribuído ao sujeito refugiado vindo da Guiné. No caso relatado se fazia presente na mídia e na condução dos profissionais de saúde o estereótipo de estrangeiro portador de doença. Por um lado, uma desqualificação prévia do estrangeiro e por outro sua associação com a ideia generalizada da África como lugar de risco pelo surto do Ebola. Todo imigrante africano impossibilitado de argumentar sobre sua condição de saúde, torna-se também um agente disseminador da doença. No mesmo artigo as autoras citam o caso dos haitianos que mesmo não sendo originários do continente africano, foram hostilizados por serem considerados potenciais transmissores do ebola. A situação aponta para questões específicas de representação do refugiado negro no Brasil associado com o risco sanitário.

Em concordância com Ventura e Holzhacker (2016), Pereira (2018) explora a questão racial pelo binômio “refugiado – negro”. A percepção de quem era ou não refugiado passava por uma associação pela raça. Em diferentes momentos de sua pesquisa, os estrangeiros negros presentes na ONG eram apontados equivocadamente como refugiados, sendo eles voluntários, imigrantes legais fazendo curso de línguas. Com estrangeiros brancos não refugiados não ocorria confusão semelhante. Tanto na fala dos agentes da ONG, quanto na dos refugiados, o racismo aparecia como um evidenciador das diferenças raciais ou, até mesmo, apontavam para a descoberta por parte dos refugiados negros da existência do racismo a partir de sua chegada ao Brasil. Nos relatos dos refugiados negros, os mesmos colocavam claramente a questão:

Com problemas em aprender a língua, sem dinheiro e sem ter onde morar, ele disse ter descoberto o racismo no Brasil: enquanto no Congo, ele era frequentemente procurado por brancos estrangeiros que desejavam ter acesso à família presidencial, no Brasil, as pessoas se levantavam de seus bancos nos ônibus para não sentar ao lado dele. Além disso, ele contou sentir uma profunda diferença na forma como refugiados “brancos” e

“negros” são tratados. Tomando como exemplo a situação dos refugiados sírios, ele afirmou existir uma predileção por esses em detrimento dos refugiados negros, o que seria injustificado em sua visão: enquanto a Síria está em guerra há seis anos, o Congo está há vinte. Os refugiados negros – africanos e haitianos, na categorização construída por ele – vão morar nas ocupações ou na rua, e “não se encontra nenhum sírio nas ocupações, nem morando na rua”. Para ele, refugiado é uma “categoria da ONU” que é incompleta, pois no Brasil temos “refugiados brancos e refugiados negros”. Ele também discorreu sobre seu projeto de recepção e acolhimento de recém-chegados, e em como as pessoas poderiam ajudar aceitando receber esses sujeitos em suas próprias casas. Ao fim de sua fala, uma representante do grupo que organizou o evento, e que tinha como incumbência comentar as falas dos palestrantes, fez observações sobre todos os temas abordados, menos sobre o racismo. (PEREIRA, 2018, p. 90).

E na pontuação do autor:

Se, por um lado, só o refugiado negro é visível – uma vez que todas essas afirmações parecem ressaltar o fato de que o refugiado branco é algo diferente do refugiado negro, e a característica fenotípica parece ser determinante para a leitura de alguém enquanto refugiado –, por outro, só o refugiado branco aparece aos olhos dos serviços, que, ao ignorar a diferença apontada por e entre esses sujeitos e ao reificar o binômio “refugiado – negro”, reforça a desigualdade de tratamento. (PEREIRA, 2018, p. 90-91).

Desta forma, a questão racial se coloca como uma determinação da representação do refugiado, ao mesmo tempo em que provoca desigualdades invisibilizadas na assistência e nos documentos oficiais no Brasil e internacionalmente.

Nos parágrafos anteriores observamos diferentes formas de representação das pessoas refugiadas, seja através das questões raciais, relação entre indivíduo e Estado, do prisma da insegurança, do risco, do sujeito traumatizado, do indivíduo em crise de identidade etc. Contudo, a imagem do refugiado como sujeito traumatizado foi pouco expressa de forma evidente na maioria dos artigos, apesar do trauma ser central na discussão psicopatológica em muitos dos artigos encontrados. Isto nos leva para o item abaixo, onde uma representação da vítima traumatizada é retomada dentro da discussão clínica.

4.3.2 Sofrimento psíquico

*O que é a desordem?
outra ordem da noite do corpo.*

*O que é o horizonte?
espaço que se move sem parar.*

*O que é a história?
cego a tocar tambor.*

*O que é a memória?
casa habitada só
por coisas ausentes.*

Adonis

4.3.2.1 Trauma, exílio e cultura

A definição das causas do sofrimento psíquico, a sua caracterização e até mesmo a concepção de que é pela dimensão psíquica que se manifestam ou repousam consequências engendradas pela migração forçada são pontos debatidos nos artigos. Em três artigos produzidos pelo Projeto SIG Intervenções Psicanalíticas de Porto Alegre (RS), o trauma é questão presente. Ao notarem fenômenos somáticos em sua experiência clínica com população refugiada, Indursky e Conte (2015) voltam seus esforços para pensar o trauma do exílio manifestos no corpo. Descrevem as sintomáticas:

[...] ambivalência no juízo de realidade (paraíso perdido/terra prometida), perda das referências temporais (pré e pós-exílio), empobrecimento do pensamento, impossibilidade de associação livre e da capacidade de fantasiar, ataques de angústia, paranoia e, finalmente, as somatizações. [...] De nossa parte, começamos por nos perguntar simplesmente a que respondem as somatizações apresentadas por certos refugiados, quando, por exemplo quadros de dores repentinas nunca antes experimentadas por tais sujeitos passam a ocorrer com certa frequência após um novo reassentamento. (INDURSKY; CONTE, 2015, p.275).

Sublinham que o exílio por si mesmo não é patogênico, contudo, quando não há vias de realização de trabalho psíquico de elaboração ocorre o adoecimento. A ausência de condições para elaboração do trauma ou substitutos simbólicos, fazem o sujeito desestabilizado psiquicamente encontrar apenas a via do corpo para expressão do sofrimento. A condição do exílio impõe ainda a fala de mediadores culturais que contribuam para a manifestação social dessa experiência.

Já em outro artigo, mas ainda dentro do Projeto SIG, Indursky e outros (2014) inicia localizando o objetivo do Projeto SIG, que seria oportunizar pela palavra e a escuta facilitação de formas de recomposição psíquica frente a situações traumáticas decorrentes da exclusão e violência. No caso clínico trabalhado e para a clínica proposta, o que está em jogo para um recomeço não seria somente o aceite jurídico, mas principalmente deslocamentos subjetivos com relação aos traumas:

A contribuição mais distintiva da psicanálise à clínica do exílio aparece aqui nessa dimensão do “encontro perdido” da repetição traumática: o trauma não reside exatamente no episódio de violência em si, mas na atualização de uma relação perdida com o outro, que todavia está sempre ativa [...] A clínica do exílio nos demonstra que um trabalho de elaboração psíquica é condição *sine qua non* para que o sujeito possa realizar tal travessia. (INDURSKY *et al.*, 2014, p. 48).

O mesmo caso clínico foi tratado em Indursky e Oliveira (2016, p. 244) em outra publicação. No artigo explicitam sua observação através da clínica psicanalítica do exílio sobre a impossibilidade de ritualizações de despedida devido à partida forçada. Esta impossibilidade, no caso abordado, trouxe fenômenos denominados pelos autores como agir melancólico e agir maníaco. Quanto ao trauma, tal característica da migração forçada, deveria ser considerada na questão traumática, na tentativa de não reduzir o trauma ao “*shock* de um acontecimento excessivo e imprevisível, reputado traumático por si só”, mas sim pensar as dinâmicas inconscientes junto aos fatores etiológicos exógenos. Sua contribuição estaria em torno do “encontro perdido” da repetição traumática, em desacordo com a noção do estresse pós-traumático em isolar o trauma ao evento limite. A cultura também seria fator importante para o protagonismo do sujeito na restituição do “sujeito enquanto protagonista da cena desmentida, em sua tarefa de reconstrução dos sentidos da realidade” (INDURSKY; OLIVEIRA, 2016, p. 254).

A impossibilidade de projetar-se no local de exílio, bem como o trauma e a cultura também foram trabalhados por Martins-Borges (2013), a partir do serviço de psicologia Sapsir no Canadá. Para ela, as partidas não planejadas e não desejadas exigirão um tipo trabalho psíquico com repercussões na saúde mental das pessoas que passaram por migração involuntária:

Essas partidas não-planejadas, e muitas vezes não-desejadas, são frequentemente tomadas por um sofrimento psicológico diretamente ligado ao traumatismo ao qual foram submetidos no período pré-migratório e

migratório (violências diversas, tortura, testemunhas e vítimas de massacres, morte de parentes, amigos, etc). [...] Conforme mencionado, o refugiado é aquele que traz consigo marcas de uma história de traumatismos, que o fragilizam e o tornam vulnerável psicologicamente. Devido às dificuldades encontradas, o processo migratório em si pode ser vivenciado como um novo traumatismo, um traumatismo do exílio, com consequências psicológicas importantes, particularmente a perda da coesão e da *continuidade de si*. (MARTINS-BORGES, 2013, p. 152 e 159).

Há, nesta perspectiva uma ruptura da “continuidade existencial” gerando um sentimento de fracasso ao chegar no país de acolhimento. No país de exílio, local não desejado, o refugiado além de lidar com os traumas, deve utilizar-se de importante energia psíquica para se reatualizar como sujeito em meio às diferenças culturais, lentidão administrativa etc. Pontua, ainda, que pela sua importância na constituição subjetiva dos sujeitos, a cultura não pode ser colocada de lado ao pensarmos sintomatologia, etiologia e tratamento. A alteração no sistema de valores pode relacionar-se com sintomas psíquicos designados como transtornos depressivos e ansiosos emergem, porém “[...] observam-se tais sintomas sendo expressos de forma intensa e que tendem a se tornar crônicos pelos elementos culturais por eles representados. Alguns desses sintomas são a tristeza profunda, o desânimo, o isolamento social, conflitos com a cultura do novo país, etc.” (MARTINS-BORGES, 2013, p. 159).

Saglio-Yatzimirsky (2015, p. 177), no Hospital Avicenne em Paris, dão um tratamento mais imbricado à relação trauma-cultura, deixando-os no cerne da psicoterapia sob o que denominam como psicotraumatologia transcultural, inspirados pela etnopsiquiatria e etnopsicanálise. Para os casos dos imigrantes recebidos pelo serviço, utilizam também os termos “Clínica do trauma, clínica da cultura” e definem para tais casos o trauma como advindo “da ruptura dos códigos de transmissão geracional e sexual da sociedade de origem”. Relata que estes sujeitos já chegam à consulta de psicotraumatologia com diagnóstico de Síndrome de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e quadros sintomáticos de insônia, pesadelos, reminiscências, dissociações traumáticas e isolamento. Expõe um olhar específico para a questão cultural em sua abordagem:

[...] uma das ideias diretrizes da prática clínica com migrantes é que a desordem psíquica e a doença têm um sentido específico na cultura do paciente. Trata-se do aspecto etiológico da investigação terapêutica. [...] As consultas têm o objetivo de colocar em movimento esse espaço cultural do paciente, a partir da elaboração de uma palavra engajada na língua do

paciente: língua materna que carrega os elementos culturais do paciente e que possibilita o trabalho das associações significantes e da metaforização. (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2015, p.181-182).

Apesar de usar “clínica do trauma”, a abordagem não se proporia a estar ancorada no conceito de trauma, mas sim ser orientada pela singularidade da história do sujeito marcado pela violência. Por um lado, considerando as violências motivadoras da migração e o discurso jurídico que contesta a palavra dos sujeitos, por outro, a alienação da própria abordagem terapêutica que pode tentar explicar a natureza do sofrimento por origens étnicas e religiosas. Clínica do trauma sem centralidade do trauma e clínica da cultura sem centralidade nas origens étnicas e religiosas. No artigo, ainda que adotem a psicotraumatologia transcultural, o foco é considerar como o “contexto sociopolítico e a situação jurídica desses pacientes ‘migrantes requerentes de refúgio’ irão possibilitar a emergência da palavra do sujeito e uma melhor apreensão de sua subjetividade” (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2015, p. 176).

Dentre os artigos selecionados, nem todos fazem referência ao sofrimento psíquico, mais especificamente ao trauma, a partir da abordagem clínica. Alguns adotam uma perspectiva crítica à hegemonia da categoria do trauma. Pussetti (2017) ao acompanhar consultas de psiquiatria transcultural no Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda em Lisboa, entre outras experiências, propõe uma reflexão sobre o trauma e a patologização da migração forçada. A autora resgata debates sobre a Síndrome de Ulisses (identificada como o mal do imigrante no século XXI), do estresse pós-traumático, entre outros diagnósticos e fenômenos, como a farmacologização e despolitização decorrentes da patologização. Aponta para essa leitura hegemônica do sujeito traumatizado e em “crise” identitária. No que tange o conceito de trauma, trata dos seus usos históricos, políticos e da criação da indústria do trauma e da indústria da ajuda humanitária, porém tentando não negar a realidade do sofrimento.

Nos relatórios da OMS, os imigrantes e os refugiados são usualmente definidos como “pessoas traumatizadas, psicologicamente feridas ou indelevelmente mutiladas, almas marcadas pelas cicatrizes da migração, devastadas pela dor”. As intervenções humanitárias nas fronteiras compreendem sempre programas psicossociais e farmacológicos de prevenção das perturbações mentais derivadas do choque migratório. (PUSSETTI, 2017, p. 268).

No entanto, a experiência de campo a mostrou que os testemunhos da experiência migratória em termos psicopatológicos da dor, cicatriz ou ferida, poderia ter sentidos outros. Como as patologias psiquiátricas não poderiam ser detectadas por exames de laboratório, esta era uma possibilidade de obter autorização de residência quando atestada doença mental. Observou que grupos de refugiados apoiavam os outros na transmissão de formas de “teatralizarem o sofrimento a exibirem comportamentos patológicos e provas do trauma, e a construírem narrativas, testemunhos e evidências capazes de contornarem as suspeitas” (PUSSETTI, 2017, p. 268). Esse funcionamento permitia “desnaturalizar os conceitos que medicalizam o sofrimento, mas, especialmente, repolitizar as suas vítimas, enquanto sujeitos ativos, capazes de utilizar de forma estratégica a linguagem do trauma e da patologia.” (PUSSETTI, 2017, p. 268).

Pereira (2018) em sua etnografia em uma ONG que oferecia assistência em saúde mental para refugiados, explorou a centralidade do trauma na justificativa e organização deste serviço. Ainda que houvesse a pressuposição do trauma intrínseca à migração forçada, as pessoas em refúgio usuárias do serviço não corroboravam essa premissa, por vezes até declarando não terem traumas, bem como os agentes de saúde mental atuantes na instituição que acabavam por modificar a discussão dos grupos terapêuticos para temas como aprendizado da língua e emprego. A abstenção da temática do trauma por parte dos refugiados era lida pelo serviço como “resistência”, o trauma estava lá, mesmo que o sujeito não soubesse. A dificuldade de deslocamento dos usuários até a ONG também era colocada pelo pessoal do serviço como barreira para realização dos grupos terapêuticos, porém os grupos destinados a falar de trabalho e língua portuguesa eram frequentados com assiduidade. Colocavam-se, portanto, diferentes narrativas em paralelo: resistência/dificuldade de deslocamento e a rejeição da temática do trauma pelos refugiados.

Outra narrativa contrastante com o trauma foi trabalhada por Ventura e Holzacker (2016), na qual observaram nos relatos do refugiado da Guiné sofrimento subjetivo relacionado a arbitrariedades das equipes de saúde. Ao ver sua imagem circulando pela TV como suspeito de ser o primeiro caso de ebola no Brasil, sentiu-se “atormentado”. Mesmo meses depois do evento que o deu destaque nacional, o indivíduo mostrava-se em sofrimento, prostrado e angustiado, desejando emprego (possivelmente dificultado pela exposição midiática) e um quarto individual

para si. Neste artigo, o esforço das autoras é de dar ênfase ao desrespeito aos direitos humanos, à legislação brasileira e suas repercussões no bem-estar do sujeito.

4.3.2.2 *Memória e trauma*

A temática do trauma enquanto evento limite ocorrido no passado com consequências no presente, evoca em maior ou menor grau a questão mnemônica. Em Saglio-Yatzimirsky (2015), a ideia é rapidamente abordada:

Trata-se, então, de descolar o sujeito de um discurso político que identifica o migrante requerente de asilo para lhe permitir recontar sua própria história, reconstituir seus laços sociais através de um trabalho de memória. A ideia é de permitir ao sujeito que foi confrontado à violência extrema do mal, do aterrorizante encontro com essa face oculta do humano, de se posicionar como sujeito do laço social e de sua história. (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2015, p. 183).

No caso clínico de Indursky e outros (2014), as situações de vida da paciente abordada no caso clínico de certa forma remontavam experiência de violência ocorrida em seu passado. Com a aproximação do “aniversário” de seu sequestro (quando ocorreram as violências) a paciente entra em uma repetição danosa. Em decorrência de mecanismos psíquicos, teria ocorrido o efeito de:

colonização subjetiva do trauma da tortura, cuja falta de espaço psíquico para pensar e sentir os afetos suscitados outrora não permite uma rememoração segura, mas se impõe como uma espécie de comemoração mortífera do acontecimento. [...] A bem dizer, aqui não existe rememoração, pois os conteúdos psíquicos não encontram uma espacialidade segura para sua transcrição. (INDURSKY *et al.*, 2014, p. 47).

Com Prates (2014) acompanhamos a relação entre memórias e esquecimentos no trabalho etnográfico com palestinos reassentados em Mogi das Cruzes (SP). Relata que estes sujeitos, recorrentemente interpelados por jornalistas e pesquisadores sobre as vivências nos campos de refugiados e outras experiências anteriores ao reassentamento no Brasil, quando questionados por ela, também sobre tais experiências, respondiam de maneira superficial e objetiva. Ao ganhar proximidade e intimidade no cotidiano, Daniele Prates notou esforço consciente de apagamento daquelas memórias, formas criativas e múltiplas de produzirem sentido

e relacionarem-se com elas. Em suas observações, o esquecimento não teria um lugar negativo de perda, ao contrário, seria elemento fundamental para a construção de uma nova vida:

[...] o que se opera é uma adaptação a uma nova sociedade que nada tem a ver com os conflitos vivenciados no Iraque, ou mesmo na Palestina. Nesse caso, o silenciamento é também uma forma de encontrar um *modus vivendi*, uma forma de deixar a posição de vítima e retomar o controle de si. O silêncio seria, partindo dessa análise, não apenas uma forma de esquecer, mas uma forma de resistência contra a própria impotência dos indivíduos frente ao vivido; uma forma de retomar o controle sobre suas vidas, em um esforço consciente de apagamento. (PRATES, 2014, p. 137).

Os sujeitos entrevistados, cada um ao seu modo, tratavam de alguma maneira das memórias traumáticas e das temporalidades de suas passagens pelos campos de forma a “acomodar os mais diversos acontecimentos guardados na memória, e capaz de viabilizar novos comportamentos na nova realidade” (PRATES, 2014, p. 142). No âmbito subjetivo, a pesquisa encontrou conflitos entre questões existenciais e dos sentidos de ordem cosmológica. Frente aos suplícios enfrentados, questionavam-se sobre a existência de Deus ou relegavam a Ele o sentido de todo dos eventos, lançando mão, por fim, do esquecer para solucionar esses dilemas: “Dessa forma, uma das maneiras de conviver com o trauma e com a tentativa de superação da conseqüente angústia representada pelo binarismo da existência ou da natureza de Deus, ou ainda com a racionalização da cosmologia, é o esquecimento” (PRATES, 2014, p. 144). Nos casos mencionados, a memória muitas vezes significava retornar a uma “memória da dor” ou medo da dor ocorrida no passado. Os eventos vividos passam a não ser mais dizíveis no intuito de evitar as reviver dores evocadas pela memória. Por último, não apenas de esquecimento ou silêncios se traduziam as memórias traumáticas. Por vezes elas eram retomadas na busca por preservar a comunidade simbólica. No caso dos palestinos, esse ponto é de suma importância. Apoiando-se em Khalidi (2010 *apud* PRATES, 2014), Prates escreve:

A experiência catastrófica de 1948 e seu impacto em diferentes segmentos continua sendo um tópico recorrente entre os palestinos; independentemente da diversidade de experiências ou de gerações, a memória trágica é uma potente fonte de valores e crenças compartilhadas que corroboram para a reatualização da palestinidade. Haveria, portanto, uma relação fundamental entre a memória traumática e a construção da palestinidade, (PRATES, 2014, p.145).

Ao contrário de quando a pesquisadora ou outros agentes os abordavam recebendo respostas furtivas ou inexistentes, quando famílias de refugiados se encontravam era comum compartilharem histórias do tempo nos campos. “Ainda que se perceba um esforço latente de esquecimento, é necessário lembrar para pertencer.” (idem). Todas essas observações levaram a autora a categorizações complementares presentes nos dados empíricos. Por um lado, a memória traumática ou memória episódica, na qual o ato de lembrar de eventos violentos retorna dores e sofrimento, sendo necessário, muitas vezes, seu apagamento. Esta causa rompimentos e suspensões na temporalidade da vida. Por outro, a memória do trauma ou memória semântica, responsável pelo vínculo às comunidades simbólicas, pelos medos presentes na memória coletiva, dando sentido às experiências. O tempo manteria uma linearidade progressiva.

5 DISCUSSÃO

Em nossos resultados, sublinhamos o pequeno número de artigos com ações e experiências interessadas na saúde dos refugiados. Foram apenas nove artigos em língua portuguesa, publicados nos últimos cinco anos, resultantes dos 23.910 resultados iniciais. Ainda que exista uma gama de artigos abordando a saúde e saúde mental dos refugiados, são poucos relatando suas experiências empíricas. Para encontrar mais os resultados e, por consequência, aumentar a capacidade de gerar discussões, seria necessário um estudo contemplando mais anos, outras línguas e talvez análises dedicadas a regiões específicas do mundo.

As características técnico-assistenciais trazem elementos importantes para pensar o tipo de assistência que vem sendo oferecida. Dentre as equipes e profissionais mencionados, salienta-se a usual os profissionais psi (psicólogos, psicanalistas e psiquiatras) e a baixa presença de equipes multiprofissionais. Repetiram-se serviços especializados para imigrantes e refugiados com atendimento ambulatorial individual, tendo algumas vezes terapias grupais. Estes eram operacionalizadas por organizações civis (associação de psicanálise e ONG), hospitais e universidade (públicos). Importante frisar a recorrência do atendimento individual em serviço especializado de gestão não estatal como a principal tecnologia utilizada e a ausência de serviços de saúde de lógica comunitária e territorial, como os Centro de Atenção Psicossocial e as Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde. Numa visão mais ampla, as experiências brasileiras só ocorriam no âmbito do SUS quando estava em jogo equipamentos de urgência, emergência ou nível terciário. Logo, os equipamentos públicos e as políticas públicas de saúde tiveram baixa ocorrência nas ações em território brasileiro.

Os dois hospitais públicos europeus não tinham aporte de instituições parceiras, sendo autossuficientes na assistência, diferente das organizações civis, apoiadas ora por instituição filantrópica religiosa (também organização civil) e ACNUR, ora apenas pela ACNUR. Nas experiências ambulatoriais brasileiras (INDURSKY *et al.*, 2014; INDURSKY; CONTE, 2015; INDURSKY; OLIVEIRA, 2016; PEREIRA, 2018), não foram observadas menções de presença estatal em termos de suporte financeiro ou atuação assistencial, apenas em forma de processos jurídicos

e legais. Tais características aproxima-se das características “tripartites”³ históricas da assistência a refugiados no Brasil colocadas por Moreira (2012, p. 182) e contemporaneamente por Perin (2013), em seu trabalho etnográfico reafirmando a estrutura tripartite CONARE-CARITAS-ACNUR. Nos artigos, os arranjos tinham como pano de fundo o trabalho jurídico-legal do governo brasileiro, somando-se aos recursos da ACNUR e operacionalização da assistência pela sociedade civil.

Na dimensão teórico-conceitual utilizamos algumas categorizações na tentativa de sintetizar os debates que se repetiam e destacavam nos artigos. Utilizamos como categorias principais: “Representações, identidades de exílio e estigma” e “Sofrimento psíquico”. Esta última dividida em duas subcategorias: “Trauma, exílio e cultura” e “Memória e trauma”.

As representações conferidas aos sujeitos em asilo, presentes nos artigos selecionados, estão nas falas dos autores das publicações, bem como nas de sujeitos atuantes nos relatos empíricos. São agentes/entidades jurídico-administrativas do Estado, profissionais da saúde pública, técnicos de ONGs e voluntários. Quando mencionadas as visões ou consequências da atuação dos aparatos jurídico-administrativos do Estado (brasileiro ou não), o solicitante de refúgio teria de buscar um “certificado de existência” durante seu processo de validação de pedido de refúgio, ao qual estaria correlacionada a marca de “suspeito” e/ou de “vítima traumatizada” até que transitasse para o *status* de “refugiado” (a noção de “vítima traumatizada” não seria exclusiva desse processo legal). Fora da relação jurídica, haveria também o imaginário de “clandestino” e do risco social/epidemiológico que se manifestariam em diversos outros contextos

A identidade aparecia como noção de si abalada pelo percurso migratório e/ou violências pregressas. Neste tópico, os artigos reunidos produziram discordâncias. Por um lado, a identidade em crise do sujeito refugiado presentes nas abordagens clínicas e por outro a exploração em etnografias/entrevista de possibilidades outras de reconhecimento para os grupos asilados (sendo expressas pelos próprios grupos ou através de análise das pesquisadoras). Importante mencionar que mesmo nas perspectivas clínicas, não há uma visão monolítica do sujeito traumatizado, tal como no debate das interações indivíduo/Estado ou das

³ O termo empregado foi utilizado pelos autores citados, porém, em nível de esclarecimento, é significativo diferenciá-lo da organização usualmente denominada de “tripartite” de instâncias estruturantes do SUS e da Comissão Intergestores Tripartite: municípios, estados, DF e União.

dificuldades de desdobrar o trabalho clínico frente às visões sociopolíticas de risco e trauma que enrijecedoras da subjetividade. Logo, não é possível afirmar que as abordagens psi tenham olhar exclusivo para a identidade fragilizada pela migração, porém todos os artigos clínicos aproximaram-se do debate do trauma abrindo-se em algum ou nenhum grau para outros questionamentos de representação, identidade e estigmas.

O trauma, ponto central da categorização “sofrimento psíquico”, esteve presente em todos os trabalhos explorados. Em “trauma, exílio e cultura”, acompanhamos o entrelaçamento dos temas que dão nome ao subitem, compondo o trauma ao lado de questões decorrentes do exílio (integração ou processo/razões de migração forçada), da cultura (do país de acolhida ou de origem) ou a amálgama das três temáticas. Desta forma, o trauma não era tratado sozinho, mas sempre acompanhado pelo deslocamento forçado e/ou cultura. Essa composição pode ser encontrada no artigo de revisão de Bustamante e outros (2017), no qual indica que os estudos selecionados apontam a migração como experiência estressante com potencial de expor os indivíduos a um conjunto de experiências traumáticas e a cultura, incluindo as barreiras linguísticas, como ponto importante no tratamento e definição dos riscos em saúde mental a partir de uma leitura biopsicossocial e espiritual.

Outra questão importante para nossa exploração — também salientada pela revisão de Bustamante (2017) — é sensibilidade cultural na montagem das pesquisas e suas metodologias em estudos com migrantes. Essa problemática pode ser evidenciada no âmbito da assistência em saúde/saúde mental nos artigos aqui observados. Ao discutirem cultura, pouco foi questionada a posição cultural ocupada pelos profissionais de saúde e suas intervenções. Ainda que em um momento ou outro sejam colocados os limites interpretativos e resolutivos de suas abordagens clínicas frente ao fenômeno da migração forçada. O debate da cultura não colocou em jogo nos trabalhos as epistemologias nas quais baseavam suas atividades. É possível que as abordagens transculturais ou étnicas psi tenham deslocamentos neste sentido, mas essa investigação teria de ser dada em outro esforço de pesquisa. Alguns apontamentos de Nunes (2011) sobre o silenciamento da cultura no campo da saúde mental nos ajudam a pensar as limitações das ações e experiências frente à diversidade cultural, seja manifesta nas injúrias raciais, na religião (espiritualidade, inclusive, foi pouco explorada pelos artigos) etc. Ao nos

atermos ao conteúdo manifesto nos trabalhos, a cultura é uma característica recorrente nos imigrantes e refugiados podendo estar relacionada ao sofrimento (ruptura traumática) ou ser matéria relevante na assistência fornecida, contudo a implicação da cultura dos nativos do país de asilo não é igualmente notável.

O racismo, tema presente em dois artigos (VENTURA; HOLZHACKER, 2016; PEREIRA, 2018), é uma das características nacionais brasileiras apontadas pelas autoras no que tange as representações das pessoas negras refugiadas no Brasil. Na produção nacional, racismo contra pessoas negras é tema de pesquisa em saúde mental pouco trabalhado (DAMASCENO; ZANELLO, 2018). No caso de nossa pesquisa, as relações entre refúgio, saúde mental e racismo aparecem com baixa frequência e tematizadas por pesquisadoras que não possuíam formação base em profissões da saúde. Pontua-se, portanto, a necessidade de maiores esforços nesse campo de estudo.

O subitem “Memória e trauma”, apoiado em três artigos (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2015; INDURSKY *et al.*, 2014; PRATES, 2014), colocou em tela novamente argumentações relativas ao trauma, mas desta vez sem muitas intenções etiológicas. A memória atrelada ao trauma dispôs uma discussão pouco óbvia. No lugar de debates já vulgarizados sobre recalques de memórias traumáticas, os artigos trouxeram complexidades dos esquecimentos e usos criativos das lembranças. A impossibilidade radical de transcrever memórias, o uso da história para vínculos com o laço social, usos políticos das recordações, usos produtivos para uma nova vida através de esquecimentos.

Por último, para melhor apreciarmos o recorrente tema do trauma encontrado na produção sobre a qual nos debruçamos, retomamos os grifos realizados na introdução deste trabalho, onde antecipamos uma rápida discussão em torno do trauma, TEPT e nosologias psiquiátricas. A saúde mental dedicada aos refugiados recorre frequentemente ao trauma e esta não é uma exclusividade de nossos resultados baseados em publicações de revistas de sede no Brasil. As abordagens globais centralizadas no trauma vem sendo questionadas, bem como avaliam Saraceno, Saxena e Maulik (2002) do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, os quais sugerem não organizar serviços de saúde e argumentos públicos justificados na saúde mental de populações que passaram por estresse severo, através das desordens traumáticas e do TEPT. Figueira (2005) também questiona o trauma a partir da constatação de que muitos indivíduos sequer

manifestam sintomas de TEPT após eventos radicais. Pedersen (2006) caminha em sentido semelhante ao colocar em dúvida a validade da nosologia psiquiátrica ocidental em populações tão culturalmente diversas.

Por outro lado, Bustamante e outros (2018) reúnem um conjunto de estudos empíricos e metanálises específicas sobre estresse, trauma e TEPT em migrantes, onde corroboram em seus resultados com a ideia de que essas classificações nosológicas possuem alta frequência entre sujeitos que passaram por migração, principalmente pela migração forçada. Entretanto, não se pode deixar de colocar a complexidade apontada pelos autores. Tanto o trauma, quanto o TEPT, não poderiam ser compreendidos sem uma correlação de fatores, como cultura e processo de aculturação, intensidade/frequência dos eventos traumáticos, diferenciação dos momentos da migração (pré, durante e pós-migração), limites dos dados disponíveis, implicações culturais nas metodologias e a demanda de dimensões de análise para além do trauma. Já na revisão de literatura internacional sobre saúde mental dos refugiados de Galina e outros (2017), são observadas distinções entre enfoques em saúde mental: parte voltados para o bem-estar e parte focados em doenças mentais dos refugiados. Ressaltam, ainda, seis pontos relevantes quando discutidos sofrimento mental e necessidades desta população:

1 A diversidade cultural como um desafio a ser transposto no país de exílio: a linguagem, a religião, as estruturas de parentesco, até a discriminação racial; 2 A importância da família e das redes de apoio na saúde mental; 3 Os desafios impostos aos profissionais envolvidos no cuidado de pessoas em situação de refúgio, incluindo a interculturalidade; 4 A presença ou não de classificações de doença mental nestas populações; 5 As possíveis intervenções e seus resultados; 6 O comprometimento dos pesquisadores com a ética e os Direitos Humanos no contexto do refúgio. (GALINA *et al.*, 2017, p. 304).

As correspondências entre os resultados dessa revisão e outras produções apontam para uma ampliação do olhar com o qual se lê o trauma na literatura científica e se produz saúde mental para refugiados. O trauma alavanca diferentes outras questões que levam a reflexões capazes de oscilar sua centralidade na oferta de assistência, principalmente quando considerada a diversidade cultural, tópico também presente nos artigos investigados e no restante da literatura que nos fundamenta.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso deste trabalho, buscou-se explorar e organizar como vem se conformando a saúde mental enquanto campo de saberes e práticas no contexto da atenção à saúde dos refugiados. Para tanto, atravessou-se as dimensões técnico-assistencial e teórico-conceitual (AMARANTE, 2003) de nove artigos selecionados de bases digitais que continham ações e experiências em saúde com grupos de pessoas em refúgio. Nesta revisão de literatura, agregaram-se algumas colorações de serviços de saúde, abordagens psi, categorias profissionais, nosologias psicopatológicas, entre outras. Os conteúdos foram dispostos de forma a contrastá-los, esperando expor de forma mais dinâmica e clara as relações entre agentes e saberes de nosso objeto de investigação. Longe de esgotarmos qualquer discussão ou de produzirmos uma análise total a partir da literatura pesquisada, esboçamos uma topologia relacional da estrutura assistencial e teórica do campo da saúde mental para sujeitos refugiados, dentro dos nossos limites metodológicos.

Os resultados aqui discutidos esboçam algumas dissonâncias e pluralidades na temática do trauma e cultura entre os saberes psi, bem como na relação destes saberes para com as perspectivas sociais interessadas em sociologizar a temática da saúde mental para refugiados. Tais relações de saberes encontram-se em disputa e fusão, não sendo possível polarizá-las ou tentar resumi-las à temática do trauma. Extrapolam e encontram uma série de outras preocupações associadas aos direitos humanos, culturalidades, religião, racismo, memória, política etc. Caracteriza-se, portanto, o campo da atenção à saúde mental para refugiados como um complexo de discussões transpassado por heterogêneas abordagens psi e sociais, delineando de forma ímpar uma conversa distante de encontrar fechamentos.

REFERÊNCIAS

- ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS - ACNUR. **Estatuto dos Refugiados**. ACNUR, Genebra, 1951. Disponível em: http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf. Acesso em: 25 maio 2018.
- ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS - ACNUR. **Global trends: forced displacement in 2017**. Genebra: ACNUR, 2018. Disponível em: <http://www.unhcr.org/5b27be547>. Acesso em: 25 maio 2018.
- ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS - ACNUR. **Protocolo de 1967**. Genebra: ACNUR, 1967. Disponível em: http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967.pdf?file=fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967. Acesso em: 25 maio 2018.
- AMARANTE, P. A. (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
- AMARANTE, P. A. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P. A. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Constituição [(1988)]. Art. 196. Brasília, DF, out., 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em: 25 maio 2018.
- BRASIL. Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2017b. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Lei Federal nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2017a. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso em: 25 maio 2018.
- BRASIL. Lei Federal nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 15822, 25 jul. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9474.htm. Acesso em: 25 maio 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Comitê Nacional para os Refugiados - CONARE. **Refúgio em números**. Brasília: CONARE, 2018. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/de-10-1-mil-refugiados-apenas-5-1-mil-continuam-no-brasil/refugio-em-numeros_1104.pdf. Acesso em: 25 maio 2018.

BUSTAMANTE, L. H.U. *et al.* Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 220-225, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, abril, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100005>.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, E. N. A Reforma psiquiátrica no Brasil: limites e impasses dos processos de cidadanização e singularização no atendimento às classes populares. *In*: ENCONTRO ANUAL ANPOCS, 28., 2004, Caxambu, MG. **Anais eletrônicos** [...]. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-28-encontro/st-5/st07-5/3938-ecarvalho-a-reforma/file>. Acesso em: 15 jan. 2019.

CASTIGLIONE, D. P. Políticas de fronteiras e saúde de populações refugiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00006018, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006018>.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S; OVIEDO, R. A. Malagón. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0020241, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

FACUNDO, Á. **Êxodos e refúgios**: colombianos refugiados no Sul e Sudeste do Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Rio de Janeiro, 2014.

FAERSTEIN, E.; TRAJMAN, A. **Por que o Brasil deve retornar ao Pacto Global para Migração Segura, ordenada e regular**. Rio de Janeiro: Museu do Amanhã, Observatório do Amanhã, 2019. Disponível em: <https://museudoamanha.org.br/pt-br/artigo-por-que-o-brasil-deve-retornar-ao-pacto-global-para-migracao-segura-ordenada-e-regular>. Acesso em: 13 jul. 2019.

FIGUEIRA, I. O estresse pós-traumático em áreas afetadas pelo tsunami. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 94, jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200003>.

GALINA, V. F. *et al.* A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 297-308, junho 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>.

INDURSKY, A. C.; CONTE, B. S. Trabalho psíquico do exílio: o corpo à prova da transição. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 273-288, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982015000200008>.

INDURSKY, A. C.; OLIVEIRA, L. E. P. Sobre a melancolização do exílio. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 242-258, jun 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n2p242.4>.

INDURSKY, A. C. *et al.* Do exílio ao asilo: escutas clínicas. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 45-46, p. 37-48, jul. 2013 - jun. 2014. Disponível em: http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista_45_46.pdf. Acesso em: 18 dez. 2018

JUBILUT, L. L. (coord.). **Migrantes, apátridas e refugiados**: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Assuntos Legislativos (SAL): IPEA, 2015. (Série Pensando o Direito, 57).

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 21, n. 40, p. 151-162, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852013000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2018.

MOREIRA, J. B. **Política em relação aos refugiados no Brasil (1947-2010)**. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280962>. Acesso em: 19 ago. 2018.

NUNES, M. O. O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, n. 1, dez. 2011. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1125>. Acesso em: 02 maio 2019.

OLIVEIRA, A. T. R. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 171-179, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0010>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Global compact for safe, orderly and regular migration**. Marrakech, 10 e 11 dez. 2018. Disponível em: <https://un docs.org/en/A/CONF.231/3>. Acesso em: 21 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE MIGRAÇÃO - OIM. **Estratégia de Interiorização dos venezuelanos**: relatório dos movimentos assistidos pela OIM. Brasil, mar. 2019. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/oim-brasil-informe-de-interiorizacao-marco-2019/view>. Acesso em: 16 maio 2019.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 jun. 2018.

PEDERSEN, D. KIENZLER, H. Mental health and illness in conflict areas. **Global Mental Health**, v. 32, p. 307-15, nov. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261683080_Mental_health_and_illness_outcomes_in_civilian_populations_exposed_to_armed_conflict_and_war. Acesso em: 26 maio 2018.

PEDERSEN, D. Reformulando a violência política e efeitos na saúde mental: esboçando uma agenda de pesquisa e ação para a América Latina e região do Caribe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1189-1198, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500009>.

PEREIRA, A. B. O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 26, n. 53, p. 79-97, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852018000200079&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2018.

PERIN, V. P. Um campo de refugiados sem cercas: etnografia de um aparato de governo de populações refugiadas. 2013. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6752>. Acesso em: 19 ago. 2018.

PRATES, D. R. A. "Não quero lembrar. muito sofrimento": percursos da memória entre os refugiados palestinos no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 20, n. 42, p. 133-152, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832014000200006>.

PUSSETTI, C. "O silêncio dos inocentes". Os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 263-272, jun 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0625>.

RAMOS, A. C. *et al.* Regulamento da nova Lei de Migração é contra *legem* e *praeter legem*. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, 23 nov. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-nov-23/opiniao-regulamento-lei-migracao-praetem-legem>. Acesso em: 18 dez. 2017.

REES, S. *et al.* Human rights trauma and the mental health of West Papuan refugees resettled in Australia. **The Medical Journal of Australia**, v. 199, n. 04, p. 280-283, set. 2013. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2013/199/4/human-rights-trauma-and-mental-health-west-papuan-refugees-resettled-australia>. Acesso em: 26 maio 2018.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 44924, de 22 de agosto de 2014. Aprova o Plano Estadual de Políticas de Atenção aos Refugiados do Rio De Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 25 ago. 2014.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Caderneta do usuário**: registro e acompanhamento de procedimentos e serviços de saúde. Rio de Janeiro: SMS, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.rio/documents/73801/8885c357-1d97-4466-a8e5-7599a26bfd73>. Acesso em: 06 jul. 2019

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Recomeço**: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados. Rio de Janeiro: SMS, 2017.

ROUSSEAU, C.; MEKKI-BERRADA, A.; MOREAU, S. Trauma and extended separation from family among Latin American and african refugees in Montreal. **Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes**, v. 64, n. 1, p. 40-59, 2001. Disponível em: http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/ant/fichiers/al.mekhiberrada_2001re769%3Bfugie769%3Bs_et_de769%3Btresse_e769%3Bmotionnelle_au_canada_psychiatry.pdf. Acesso em: 26 maio 2018.

RUSSO, J. A. **O mundo Psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, M-C. Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 175-185, ago. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140016>.

SARACENO, B.; SAXENA, S.; MAULIK, P. K. Mental health problems in refugees. **Psychiatry in Society**, 29 Apr. 2002. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0470846488.ch8>. Acesso em: 13 maio 2019.

VASCONCELLOS, M. P. Na velocidade do mundo: migrações e mudanças sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 279, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200002>.

VENTURA, D.; HOLZHACKER, V. Saúde global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de ebola no brasil. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 107-140, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-6445107-140/98>.

VENTURA, M. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00054118, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054118>.

WEINTRAUB, A. C. A. M. Estudos sobre refugiados publicados no Brasil na década de 2000. **Avá**, Posadas, n. 21, dic. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942012000200009&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2019.