

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**  
**SOCIAL**

**VIAJANTES DO TEMPO: IMIGRANTES-REFUGIADAS, SAÚDE  
MENTAL, CULTURA E RACISMO NA CIDADE DE SÃO PAULO**

**Alexandre Branco Pereira**

**Orientador:** Prof. Dr. Igor José de Renó Machado

**São Carlos**  
**2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**  
**SOCIAL**

**VIAJANTES DO TEMPO: IMIGRANTES-REFUGIADAS, SAÚDE  
MENTAL, CULTURA E RACISMO NA CIDADE DE SÃO PAULO**

**Alexandre Branco Pereira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Antropologia Social como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

**Orientador:** Prof. Dr. Igor José de Renó Machado

**São Carlos**  
**2019**

Branco Pereira, Alexandre

Viajantes do tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo / Alexandre Branco Pereira. -- 2019.  
175 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Igor José de Renó Machado

Banca examinadora: Prof. Dr. Igor José de Renó Machado, Profa. Dra. Marina Denise Cardoso, Profa. Dra. Denise Fagundes Jardim

Bibliografia

1. Antropologia. 2. Imigrantes e refugiados. 3. Saúde Mental. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



# UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

---

## Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Alexandre Branco Pereira, realizada em 27/08/2019:

---

Prof. Dr. Igor José de Renó Machado  
UFSCar

---

Profa. Dra. Marina Denise Cardoso  
UFSCar

---

Profa. Dra. Denise Fagundes Jardim  
UFRGS

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Marina Denise Cardoso, Denise Fagundes Jardim e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

---

Prof. Dr. Igor José de Renó Machado

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, Sidney de Jesus Branco, que começou essa caminhada comigo, mas não pode terminá-la. Trago tudo o que fomos (e, a despeito da morte, ainda somos) junto a mim. Perdê-la durante o primeiro ano do mestrado foi o que de mais difícil eu já tive que enfrentar na vida - e ainda enfrento, pois sendo o mestrado um projeto *nosso* (e só nós sabemos o que foi necessário para que desse certo), gostaria muito que ela estivesse aqui para testemunhar. Você é um exemplo para mim.

Agradeço também à minha companheira, Juliana Maciel Machado, pelas batalhas que lutamos juntos - e que não foram poucas, nem fáceis -, pelos saltos no escuro típicos de quem realmente se ama e se acredita. Nada seria possível sem sua entrega, parceria, confiança e resiliência. Eu te amo.

À minha irmã, Mariana Branco Pereira, agradeço por estarmos juntos, a despeito das diferenças. Sofremos um baque fortíssimo, mas soubemos nos reerguer, especialmente porque pudemos contar um com o outro. Tenho orgulho de você, e de sua coragem e força para ser quem você quer ser.

Ao meu pai, João Lister Pereira, agradeço pela oportunidade de sermos diferentes do que sempre fomos. Agradeço a chance de podermos conviver observando qualidades um no outro, e podermos, ambos, aprender a aprender. Aos meus irmãos mais novos, Paco e Theo: espero que o que eu faço hoje possa contribuir para a vida de vocês no futuro. À Gilda, obrigado por ser uma pessoa fantástica, além de uma mãe maravilhosa aos meus irmãos. Eles têm sorte.

À Gabi, minha enteada, obrigado pelas músicas e desenhos indicados, pelas artes maravilhosas feitas para os mil diferentes projetos (incluindo a Semana de Antropologia da UFSCar), e por ser tão legal.

À Olinda e ao Edimário, que nos ajudaram tanto. À minha sogra e sogro, Maria dos Anjos (Dona Du) e Airton Machado, que me acolheram tão bem em sua família.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro através da concessão de bolsa que viabilizou esta pesquisa de mestrado - espero, inclusive, que consigamos manter essa possibilidade de financiamento a futuros mestrados e doutorandos, dado o contexto de terra arrasada que enfrentamos hoje.

Ao meu orientador, Igor José de Renó Machado, pelas leituras dos textos, por

suportar minha inaptidão para ser sintético, pelos caminhos apontados e pela compreensão em meus momentos difíceis. Também agradeço a liberdade concedida para desenvolver meu trabalho da forma como eu achava mais produtiva. Em um mundo frequentemente massacrante, como é o acadêmico, reconforta saber que é possível encontrar gente.

À Marina Cardoso, agradeço imensamente a interlocução próxima, as leituras cuidadosas, os comentários em meu exame de qualificação e as mediações feitas para que eu conseguisse me inserir em campo.

À Denise Fagundes Jardim, por ter aceitado o convite para integrar a banca, e pelos comentários indubitavelmente engrandecedores.

À Soraya Fleischer, pela disponibilidade e por se fazer acessível, pelas palavras sempre incentivadoras e pelos caminhos apontados. Esse trabalho guarda grande influência de seus comentários e reflexões.

Às imigrantes-refugiadas que me permitiram adentrar suas vidas nesses quase dois anos de trabalho de campo: espero ter conseguido honrar suas histórias, seus percursos e percalços. Tem sido uma honra conhecê-las, e agradeço a oportunidade de poder pensar a partir de suas experiências. Espero que esse trabalho faça jus a vocês.

Agradeço às minhas colegas do Laboratório de Estudos Migratórios da UFSCar, coordenado pelo Prof. Dr. Igor José de Renó Machado, pelas leituras e comentários, e pelos momentos de descontração: Gabriel Jimenez, Alexandra Almeida, Bruna Potech, Iana Vasconcelos, Paula Sayuri, Victor Hugo Kebbe, Érica Hatugai, Gil Vicente, Fabrício Barretti, Juliana Carneiro, Lize Marchini e Gabrielle da Cunha.

Agradeço ao secretário do PPGAS/UFSCar, Fábio Urban, pela proatividade e eficiência na resolução de tantas questões surgidas durante o mestrado.

Às minhas amigas, agradeço por serem sempre tão fantásticas. Sinto muita falta de vocês, e amo a vida que tivemos (e ainda estamos tendo) juntas, mesmo com todas as dificuldades e distâncias: Raquel Kojoroski, Izabela Amaral Caixeta, Ana Júlia Tomasini.

Às amigas feitas em São Paulo, agradeço pelo tempo, a convivência e a paciência. Minha chegada à cidade não foi fácil, vocês tornaram as coisas suportáveis: Érika Butikofer, Alexandra Almeida, Johnny Absolu, Mamadou Barry, Leonardo Sampaio, Daniel Siqueira, Ana Elisa Bersani, Luciana Carvalho.

Ao meu amigo Samuel, pelas fundamentais contribuições ao projeto original de pesquisa, que foram indispensáveis para minha aprovação na seleção.

Ao meu amigo Everson Fernandes, pelas leituras e contribuições.

Por fim, agradeço a todas e todos não listados aqui, mas que definitivamente contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

## Resumo

Esta é uma etnografia sobre imigrantes-refugiadas que habitam ou habitaram a cidade de São Paulo, e que intenciona descrever as vivências da imigração-refúgio na cidade. Abordando os processos de consideração da imigração-refúgio enquanto um bloco monolítico, de periferização e acesso ou não à cidade, de experiência do racismo e as diversas e dinâmicas hierarquias das alteridades formuladas pelos mecanismos de recepção e integração/assimilação arquitetados pelo Estado e por organismos supraestatais, argumento que imigrantes-refugiadas inassimiláveis no Brasil passam por processos destinados a realizar uma “atualização temporal” de culturas e mentes consideradas pré-modernas. As inassimiláveis, incluídas pela exclusão, são, portanto, viajantes do tempo, originárias do passado, não coabitando o tempo presente com as modernas. A perspectiva dos serviços de saúde mental especializados em imigrantes-refugiados torna-se um lócus privilegiado para apreender e examinar tais lógicas. Também argumento que a lógica imposta pelo humanitarismo-dádiva, uma relação de reciprocidade não necessariamente altruísta entre serviços assistenciais e imigrantes-refugiadas, torna-se um lugar de trocas e interlocuções apenas imaginadas, projetando sobre essas últimas uma avocalidade que, conjugada às equivalências realizadas entre elas e as surdas, apontam que a surdez, nesse contexto, é mais uma incapacidade de ser ouvida do que de ouvir. Ademais, demonstro que a maldição da tolerância (Stengers, 2011) divide o mundo, para os serviços de recepção e integração/assimilação, entre aquelas que crêem e aquelas que sabem, lógica que atravessa transversalmente os mecanismos de “atualização temporal” de culturas e mentes imigrantes-refugiadas, e quaisquer outras consideradas pré-modernas. Por fim, descrevo como o povoamento deste cenário por antropólogas e pela antropologia pode se dar, advogando em favor de soerguer a antropologia enquanto uma ferramenta de produção de dado e cuidado e, sobretudo, de mediação diplomática entre mundos.

**Palavras-chave:** Imigrantes; Refugiados; Refugiadas; Saúde Mental; Racismo; Temporalidades; São Paulo.



## Abstract

This is an ethnography of immigrant-refugees that live or lived in the city of São Paulo which intends to describe the experiences of immigration-refugee in the city. Addressing the processes of consideration of immigration-refugee as a monolithic block, peripheralization and access or not to the city, the experience of racism and the diverse and dynamic hierarchies of alterities formulated by mechanisms of reception and integration / assimilation architected by the State and by supra-state organisms, I argue that unassimilable immigrants-refugees in Brazil go through processes designed to carry out a "temporal update" of cultures and minds considered pre-modern. Unassimilable, because are included by exclusion, are therefore time travelers, originating from the past, not cohabiting present time with modern ones. The perspective from mental health services specialized in immigrants-refugees becomes a privileged locus for apprehending and examining such logics. I also argue that the logic imposed by humanitarianism-gift, a relationship of reciprocity not necessarily altruistic between welfare services and immigrants-refugees, becomes a place of exchanges and dialogues only imagined, projecting on the latter an avocality that, coupled with the equivalences made between them and deafs, demonstrate that deafness in this context is more an incapacity of being heard than to hear. In addition, it shows that the curse of tolerance (Stengers, 2011) divides the world, under the perspectives of reception and integration / assimilation services, between those who believe and those who know, a logic that goes transversally through the mechanisms of "temporal updating" from immigrants-refugees' (and any others considered pre-modern) cultures and minds. Finally, I describe how the settlement of this scenario by anthropologists and anthropology can take place, advocating in favor of upholding anthropology as a tool for the production of data and care and, above all, for diplomatic mediation between worlds.

**Key words:** Immigrants; Refugees; Mental Health; Racism; Temporalities; São Paulo.

## Lista de figuras

- **Figura 1.** Grafite de uma menina negra com um punho em riste na estação de trem de Guaianases. Registro de campo, 29/09/2018.....53
- **Figura 2.** “Tallest cybercafé: internet browsing and international callcenter”. Empreendimento de um imigrante-refugiado nigeriano em Guaianases. Registro de campo, 02/02/2019.....54
- **Figura 3.** Vista de Guaianases desde o CEU Jambeiro. À esquerda, o rio Itaquera. Registro de campo, 29/09/2018.....56
- **Figura 4.** "Food is ready" - restaurante nigeriano na margem esquerda do córrego Itaquera-Mirim. Registro de campo, 01/12/2018.....61
- **Figura 5.** Fufu, prato bastante comum nos países da África ocidental. É composto por uma massa feita de farinha de mandioca, inhame, milho, banana-da-terra ou arroz, e um caldo bastante espesso à base de peixe, carne e vegetais. Registro de campo, 01/12/2018.....62
- **Figura 6.** Cartaz anunciando a celebração dos dois anos da "The Light of the World International Ministry". Registro de campo, 30/03/2019.....63
- **Figura 7.** The light of the world international ministry": igreja nigeriana em Guaianases, comandada pelo pastor Dom Chijioke. Registro de campo, 02/02/2019.....64
- **Figura 8.** Cholas bolivianas ensaiam passos de dança no pátio frontal da Missão Paz em dia de reunião de Rede. A letra da música dizia "São Paulo, Brasil, gracias te doy: gracias por todo!". Registro de campo, 06/04/2018..101

## **Lista de Abreviações e Siglas**

<b>ACNUR</b>	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
<b>AMA</b>	Assistência Médica Ambulatorial
<b>AME</b>	Ambulatório Médico de Especialidades
<b>CAT</b>	Centro de Atendimento do Trabalhador
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CASP</b>	Cáritas Arquidiocesana de São Paulo
<b>CDHIC</b>	Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante
<b>CPF</b>	Cadastro de Pessoa Física
<b>CRAI</b>	Centro de Referência e Atendimento de Imigrantes
<b>CRR</b>	Centro de Referência para Refugiados
<b>CTA</b>	Centro Temporário de Acolhimento
<b>EMEI</b>	Escola Municipal de Ensino Infantil
<b>GCM</b>	Guarda Civil Metropolitana
<b>GRIST</b>	Grupo de Refugiados e Imigrantes Sem-Teto
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NECRIM</b>	Núcleo Especial Criminal
<b>OIM</b>	Organização Internacional para as Migrações
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan Americana de Saúde
<b>OSCIP</b>	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
<b>PSM</b>	Programa de Saúde Mental
<b>PTS</b>	Planejamento Terapêutico Singular
<b>RLF</b>	Reestabelecimento de Laços Familiares
<b>SBP-SP</b>	Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UE</b>	União Européia
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1 - Imigração e refúgio: a pressuposição de blocos monolíticos</b>	<b>24</b>
Estatutos fluidos e transitórios	30
Refúgio branco e refúgio negro: entre assimiláveis e inassimiláveis.	36
Hierarquia das alteridades: a dimensão cultural e temporal da imigração-refúgio, e a pressuposição de “pré-modernas”	43
Humanitarianismo-dádiva	49
Nação Guaianases	52
A periferização de determinados grupos de imigrantes-refugiadas	54
Mobilidades e fronteiras geográficas e simbólicas: o acesso à cidade e à cidadania, e a socialidade das imigrantes-refugiadas	58
<b>Capítulo 2 – Etnopsiquiatria/etnopsicologia, psiquiatria social e cultural e psiquiatria transcultural</b>	<b>67</b>
A etnopsiquiatria francesa: George Devereux, Marie-Rose Moro e Tobie Nathan.	68
Arthur Kleinman, e a psiquiatria transcultural: entre explicações e modelos explicativos.	73
Laurence Kirmayer, e a psiquiatria (trans)cultural canadense.	78
Interpretativismo e estruturalismo: uma descrição não produzida por nativas	83
<b>Capítulo 3 - Serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo</b>	<b>90</b>
OSCIP – Instituto de Reintegração do Refugiado.	92
Rede.	99
Ambulatório.	109
A equivalência entre surdas e imigrantes-refugiadas.	116
<b>Capítulo 4 – Um antropólogo em um serviço de saúde – o Ambulatório.</b>	<b>123</b>
Entrada e dificuldades iniciais: a invenção de um não-lugar.	123
A gerência de casos.	132
Atividades didáticas com internas e residentes, e a formulação cultural: a invenção da cultura por meio da estrangeira hipercultural e da médica acultural.	142
Breve comentário sobre o “levar a sério”, e a virtual intransponibilidade da estereotipia sociocultural	148
Modernas e pré-modernas: um passado anacrônico e insistente	151
<b>Conclusão</b>	<b>156</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>161</b>
<b>Anexos</b>	<b>169</b>



## Introdução

*“A explosão não vai acontecer hoje. Ainda é muito cedo... ou tarde demais.  
Não venho armado de verdades decisivas.  
Minha consciência não é dotada de fulgurâncias essenciais.  
Entretanto, com toda a serenidade, penso que é bom que certas coisas sejam ditas.  
Essas coisas, vou dizê-las, não gritá-las. Pois há muito tempo que o grito não faz mais parte de minha vida.”*  
(Fanon, 2008, p. 25)

“Mas para brasileira também é assim”. Era com essa frase que muitas das reclamações que ouvi de imigrantes-refugiadas eram respondidas por trabalhadoras e voluntárias dos serviços de assistência migratória, fossem eles públicos ou privados. Também com essa frase, trabalhadoras e voluntárias reconheciam os limites de sua atuação no auxílio a essas pessoas. A demora para ter suas consultas médicas ou exames agendados no Sistema Único de Saúde (SUS) – ou os problemas acarretados pela falta de compreensão do funcionamento do Sistema e de seus diferentes níveis de atendimento –, a dificuldade em encontrar os medicamentos receitados nas farmácias públicas, as dificuldades com o transporte público, a falta de vagas de emprego – ou a existência de vagas, sempre preenchidas por outras –, as explorações nas relações de trabalho, o alto custo de vida, o racismo e outros tantos problemas cotidianos das vidas dessas pessoas também eram problemas que muitas brasileiras enfrentavam cotidianamente. Não eram, portanto, problemas específicos das imigrantes-refugiadas, e a reclamação sobre eles talvez denotasse a pouca familiaridade com o contexto do acesso a direitos no Brasil – não saber que essas coisas acontecem, ou ficar com raiva por elas acontecerem seria a comprovação definitiva de que a pessoa não poderia ser brasileira. Por isso, e cada vez mais, era preciso explicar que “para brasileira também é assim”, e ensinar às imigrantes-refugiadas que é dessa forma que se tem direitos no Brasil: é direito, mas não a ponto de ser de fácil acesso a todas.

Ensinava-se também qual era o quinhão de país destinado a elas: vocês serão, sim, iguais às brasileiras, pois “para brasileira também é assim”. No entanto, não haveria de ser uma equivalência que as igualaria àquelas que não esperam por consultas médicas, não recorrem à saúde pública, não têm problemas em obter medicamentos assim que prescritos, não sofrem com a falta de emprego ou com relações trabalhistas abusivas (quando têm no trabalho uma fonte de renda), não necessitam utilizar o

transporte público, não se abalam financeiramente pelo custo de vida exorbitante – tendo, ao contrário, prazer em se diferenciar das outras por serem capaz de pagar caro –, não são alvo de discriminação racial ou de outros tipos, **não crêem**: não seria uma equivalência às “modernas”. A equivalência feita seria com aquelas incluídas pela exclusão, as que ainda que tenham algum tipo de cidadania garantida pelo consumo – cujas rendas permitam facilitar o acesso a actantes como documentos, permissões, certificados e traduções juramentadas –, habitarão as margens territoriais e simbólicas do sistema-Estado brasileiro e daqueles fóruns multilaterais formado por variados Estados-nação na forma de agências supraestatais comprometidas com o oferecimento de uma determinada cidadania humanitária.

A intenção inicial desta pesquisa, cuja ideia começou a ser gestada ainda em 2016, era realizar uma etnografia dos serviços de saúde mental cujo escopo de atuação fosse reduzido ao atendimento de refugiadas. Os serviços transculturais, etnopsiquiátricos ou culturalmente sensíveis ganharam, nas últimas décadas, uma dimensão cada vez maior, e reservam uma particularidade: seus postulados teórico-epistemológicos e seus mecanismos de intervenção têm sido sistematicamente desenhados para lidarem com fluxos migratórios nos países europeus e em alguns países da América, como Estados Unidos e Canadá. No Brasil, eu tomava conhecimento (à distância, pois à época eu ainda residia em Brasília) de um número cada vez maior de serviços desse tipo sendo oferecidos em São Paulo: convênios com agências ligadas à Organização das Nações Unidas (ONU), como o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) financiavam iniciativas da sociedade civil (entre entidades religiosas, que são maioria entre esses serviços, e seculares) de oferecimento de suporte psicológico, psicanalítico e/ou psiquiátrico em serviços que, muitas vezes, já ofereciam outros tipos de assistência a essas pessoas, como assessoria de regularização migratória, assistência em empregabilidade e aulas de português.

A abordagem, que colocava em relevo a suposta auto-evidência da necessidade da oferta desse tipo de serviço preocupado em não só oferecer o suporte psicológico/psiquiátrico por especular uma maior incidência de transtornos mentais e/ou emocionais nesses sujeitos graças à experiência migratória, mas de oferecê-lo procurando realizar uma espécie de equalização cultural que tornasse possível o atendimento em saúde mental, chamava-me a atenção pois a obviedade dessas asserções me escapava: tomando-se como verdadeira a afirmação de que transtornos mentais

existem, há uma incidência maior de transtornos mentais entre imigrantes e/ou refugiadas? O que acarreta responder essa pergunta, seja de forma afirmativa ou negativa? O que significaria duvidar dessa afirmação, e conceber a inexistência de marcadores unívocos de aferição do transtorno mental – biológicos, sociais, culturais, temporais, religiosos, políticos, históricos, etc –, considerando todos os significados envolvidos nessa coreografia ontológica (Thompson, 2005) enquanto simétricos? Quais as implicações de se afirmar que o deslocamento migratório, forçado ou não, é potencialmente produtor de transtornos mentais no lide cotidiano com imigrantes-refugiadas? O que isso diz sobre o que chamamos de mente, ou sobre o que chamamos de corpo, ou sobre o que chamamos de sujeito (e cultura, sociedade, biologia, tempo, história, religião, ...)? Como as relações entre diferentes regimes ontológicos (ou matrizes epistemológicas), narrativas do sofrimento e concepções de mundo se dariam nesse palco? Como as imigrantes-refugiadas se relacionavam com os serviços? O que elas pensavam sobre eles?

Entretanto, purificar a experiência migratória abarcada pela categoria do refúgio mostrou-se, de chofre, contraproducente. Primeiro, a categoria era definitivamente vazada e porosa, e não conseguiria abarcar a experiência dessas pessoas em toda sua extensão. Este primeiro fato obrigou-me a abandonar a categoria de “refugiada” ou “solicitante de refúgio”: minhas interlocutoras raramente acionavam-nas da maneira como a categoria jurídica preconiza seu uso, e as divisões feitas, transitivas a depender dos contextos acionados, raramente separavam os sujeitos somente entre imigrantes, refugiadas e brasileiras, ou entre estrangeiras e nacionais. Segundo, ao acessar os serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas no início de 2017, deparei-me com um fato que me obrigaria a repensar todo meu itinerário de pesquisa: a ausência crônica de imigrantes-refugiadas nos serviços de saúde mental destinados a atendê-las. Essa ausência não era completa, o que quer dizer que existiam, sim, atendimentos e acompanhamentos realizados por esses serviços. Entretanto, minha percepção referendou o que as interlocutoras me alertaram quando do início da pesquisa: entre todos os serviços oferecidos para essa população, esse era o menos procurado de todos, o que surpreendia mesmo as profissionais envolvidas em seu oferecimento justamente por acreditarem que a demanda deveria ser maior do que era – afinal, era uma população de uma vulnerabilidade óbvia para este tipo de “adoecimento”.

O termo “adoecimento” vem entre aspas pois decidi tomar enquanto simétricas (Latour, 2016) todas as elucubrações acerca dos processos considerados pela



biomedicina enquanto univocamente patológicos, e pela psicologia enquanto univocamente psicopatológicos. Sofrimentos mentais e/ou emocionais, neste trabalho, não são sinônimos de patologia. Se em nenhum momento procurei relativizar o sofrimento das pessoas que encontrei e os evidentes e inúmeros processos de violência aos quais são submetidas, também procurei nunca tomá-lo enquanto totalmente (ou mesmo parcialmente) abarcado pela ideia de patologia mental no sentido comumente atribuído pelos saberes psi. “Sofrer” e “adoecer mentalmente” são frequentemente tomados enquanto conceitos sobrepostos, quase simbióticos, e isso pode por vezes nos impelir a tomar o processo de adoecimento mental - da forma como articulada em manuais diagnósticos ou em descrições psicopatológicas - como um dado, o que é também uma estratégia para não correr o risco de se desconsiderar o sofrimento alheio, bem como uma estratégia política dos sujeitos para legitimar suas demandas através da aferição/legitimação pela medicina de seu sofrimento na forma de uma doença (Fassin, Rechtman, 2009). Se entendemos que esses processos são multifacetados, e que essas múltiplas facetas são, em si, algo igualmente real sobre a construção da ideia de sofrimento – substância comum a imigrantes-refugiadas e a algumas das consideradas doentes mentais –, essa equivalência automática entre sofrimento e doença mental torna mais opaco o entendimento dos contextos observados.

Dessa forma, precisei dedicar-me à exploração dos mundos das imigrantes-refugiadas para além dos serviços de saúde mental, descobrindo seus locais de moradia acompanhando-as ao longo da cidade, visitando suas casas e vivenciando São Paulo junto a elas. Eu também era um migrante interno recém-chegado e, apesar de ter visitado a cidade mais de uma vez, era morador a menos tempo do que muitas das minhas interlocutoras. Desde os primeiros meses de 2017, minha trajetória por São Paulo, ainda como “estrangeiro” que morava fora, e durante todo o ano de 2018, já enquanto morador da Paulicéia, foi guiada pelo tema da imigração: quem me apresentou a cidade foram as imigrantes-refugiadas, e frequentei os lugares onde a imigração-refúgio me levou. A primeira rede de relações que estabeleci na cidade, os primeiros contatos e as primeiras amizades foram feitas com pessoas que orbitavam o tema, fossem elas imigrantes-refugiadas, fossem elas trabalhadoras dos serviços de assistência migratória e/ou simpatizantes da causa. Com o tempo, conheci aquelas que continuavam chegando ao país, e o papel se invertia: dessa vez, era eu quem morava há mais tempo e recepcionava as recém-chegadas. O fato de eu falar português, ser considerado fenotipicamente (e de outras formas que transcendem os fenótipos) branco e pertencer a

um contexto privilegiado sob diversos aspectos, entretanto, apartava uma vez mais minha experiência de migrante interno daquela das imigrantes-refugiadas, e esse movimento articulado de aproximação e distanciamento das identificações e diferenças, similar ao de uma escultura cinética, era algo que eu procurava privilegiar em minhas observações.

Dessa forma, o exercício etnográfico empreendido aqui foi eminentemente multissituado (Marcus, 1995). A mim, era impossível delimitar territorialmente a pesquisa, uma vez que se a pesquisa se propunha a analisar imigrantes-refugiadas em São Paulo, existiam aquelas que moravam em Itaquaquecetuba, Guarulhos, Suzano, Diadema, São Caetano do Sul, São Bernardo do Campo e outras cidades da região metropolitana. Existiam aquelas que se mudavam para o interior de São Paulo ou de outros estados, como Rio Grande do Sul e Santa Catarina, e que retornavam eventualmente. Existiam aquelas que retornavam regularmente a seus países de origem, e as que retornavam em definitivo. Também havia aquelas vindas de Roraima no programa de interiorização da Operação Acolhida, esforço conjunto do governo brasileiro, do ACNUR e da Organização Internacional para as Migrações (OIM) para transferir as venezuelanas daquele estado para outros locais do país a fim de diminuir a pressão sobre os serviços públicos roraimenses. Ainda que eu não pudesse acompanhar *in loco* todas essas localidades, minhas interlocutoras eram perpassadas por todos esses contextos e acontecimentos, e isso se refletia na pesquisa – afinal, não são pessoas que fazem relações, mas relações que fazem pessoas. As redes sociais, amplamente usadas pelas imigrantes-refugiadas, eram veículos de propagação de notícias, questionamentos, encaminhamentos, fofocas e debates: se um órgão estivesse fornecendo benefícios às venezuelanas, por exemplo, todas rapidamente ficavam sabendo e iam requisitá-lo também para si. Logo, as colombianas também tomavam conhecimento do fato, seguidas por camaronesas, haitianas, congolezas, paquistanesas e outras tantas. Não pude, portanto, ignorá-las, e conversas por WhatsApp e por Facebook tornaram-se encurtadores de distâncias nesses casos – o que, em nenhum momento, substituiu os intercâmbios face a face, mas os complementou.

Da mesma forma, também não pude delimitar nacionalidades a serem pesquisadas. Determinar as nacionalidades de antemão pode servir para levar a cabo o empreendimento antropológico de inventariar práticas culturais e padrões de comportamento concernentes a essa ou aquela origem nacional, e/ou étnica, e/ou racial – o que tem seu valor, mas não é o objetivo deste trabalho. No caso desta pesquisa, não

me seria possível fazê-lo por que meu recorte inicial era composto por aquelas que eram atendidas por serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas, e não existem dados sobre quais nacionalidades são as mais presentes nesses serviços (embora os dados trazidos aqui possam auxiliar a apontar para hipóteses a esse respeito). Ademais, mesmo após a extrapolação forçada do meu campo ter sido consumada, os itinerários de pesquisa levaram-me a ter contato com as nacionalidades do *refúgio negro*, experiência migratória essa que não é determinada pela acepção corrente de afiliação a Estados-Nação – e, em determinado nível, também não é determinada pela realidade unívoca da categoria “raça”, como procurarei demonstrar.

Assim, estabelecer um ponto fixo – teórico-metodológico, territorial, nacional, racial, jurídico-legal, ou qualquer outro – é uma tarefa tão hercúlea quanto impossível de ser realizada, e pode, por vezes, ter um efeito deletério e anuviar a visão da pesquisadora. A transitividade é a marca de um campo de estudos extremamente dinâmico, e de vidas em constante devir, o que torna esse devir um algo em si mesmo. Essa é, portanto, uma etnografia do devir migratório, e de suas possíveis interseções com as formulações feitas desde o campo das disciplinas do campo psi imbuídas na produção de uma espécie de teoria do cuidado ciosa do conceito de cultura. Também é uma etnografia do encontro, das relações e relacionalidades, da diferencialidade e do choque semiótico: pretende se situar no intervalo entre ser e deixar de ser ou tornar-se qualquer coisa, na pausa semifusa<sup>1</sup> que estabelece uma troca temporal entre o que foi e o que será, e que é algo em si mesma. Poucas são as actantes autorreferenciais, e todas as partes se articulam entre si, o que torna a relação articulada entre as partes o principal interesse deste trabalho: se uma se move, a outra desloca-se também, em um movimento coreográfico – e é o movimento que importa.

O trabalho voluntário foi, para mim, uma importante ferramenta metodológica. Através de minha atuação como voluntário em uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)<sup>2</sup> de auxílio migratório, em um Coletivo de aulas de português para imigrantes-refugiadas de Guaianases, extremo leste de São Paulo, e no Programa de Psiquiatria Social e Cultural de um Ambulatório destinado ao atendimento de pessoas com “vulnerabilidades linguístico-culturais” (imigrantes-refugiadas e surdas,

1 Pausa musical que corresponde a 1/64 do valor da semibreve, unidade musical de referência de tempo. A pausa semifusa é a de menor valor entre todas, o que representa uma pausa extremamente breve – em uma estrutura musical que permite uma quantidade de notas maior em um menor espaço de tempo.

2 Optei por não revelar o nome de todos os grupos e serviços que pesquisei para dificultar a possível identificação de profissionais e usuárias cujas histórias são descritas aqui, da mesma forma que não revelarei o nome de nenhuma delas com o mesmo propósito.

inicialmente), e ligado ao instituto de psiquiatria de um Hospital gerenciado por uma universidade pública da cidade, pude acessar tanto as imigrantes-refugiadas que pretendia pesquisar, quanto vislumbrar as lógicas envolvidas no oferecimento de assistência de cada um. A despeito das formulações críticas que elaboro ao longo do trabalho, é importante ressaltar que atuar enquanto voluntário nos serviços permitiu-me realizar uma aproximação das trabalhadoras desses serviços “a partir de um lugar de relacionamento comum que reconhecia as incertezas, ansiedades e outros desafios que caracterizam seu trabalho”<sup>3</sup> (Cabot, 2013, p. 455, tradução livre). Que os serviços têm falhas, não há dúvidas, e um cacoete dos bons trabalhos etnográficos é conseguir demonstrar como os objetivos expressos e as tentativas de normatização são geralmente insuficientes para abarcar a realidade, que excede às nossas elaborações teóricas e normativas em complexidade – e isso não é um dado que pode ser desconsiderado. Simultaneamente, e a despeito das falhas, é preciso não desconsiderar que, sem eles, a vida de imigrantes-refugiadas seria consideravelmente pior – e no contexto atual, de real ameaça às poucas políticas construídas nesse sentido e de um horizonte de recrudescimento do racismo e da xenofobia, torna-se ainda mais premente fazer essa afirmação. .

A atuação como voluntário, que indica a operação desses serviços em uma perspectiva maussiana de dádiva-pesquisa e contra-dádiva-voluntariado, foi fundamental para acessar também as dificuldades envolvidas nas intervenções humanitárias, que não são poucas. Permitiu-me também viver as assimetrias próprias desses serviços pelo desconforto de ter que atuar no limite das possibilidades institucionais de um voluntário com recursos limitados de resolução de problemas, algumas vezes extremamente complicados, de pessoas muitíssimo reais. Por fim, essa atuação também produziu um trabalho de pesquisa altamente envolvida com a atuação prática: em nenhum momento procurei neutralizar minhas ações e meu posicionamento em campo para não “poluir o dado”. Pelo contrário, tomei a não-intervenção enquanto uma intervenção em si mesma: não se envolver é, de alguma forma, já estar implicado com os resultados derivados da suposta ausência de engajamento, pois não engajar-se é estar engajado de alguma forma. Assim, em nenhum momento meu objetivo foi não interferir nas lógicas observadas em campo, pois considerei isso impossível de antemão, e este não pretende ser um trabalho politicamente neutro (Kirsch, 2010; 2018).

Uma das escolhas, eminentemente política, foi por adotar a escrita do plural e o

3 (...) from a ground of common rapport that recognized the uncertainties, anxieties and other challenges that characterize their work.”.

sujeito indeterminado femininos, exceto nos casos em que estou referindo-me a homens. Apesar de a literatura sobre estudos migratórios afirmar a preponderância de migrantes homens a migrantes mulheres – ainda que esse perfil não seja observado em alguns casos, como no da migração venezuelana, em que o número de mulheres imigrantes aproxima-se do número de homens<sup>4</sup> -, as mulheres haitianas e camaronesas eram a maior parte das alunas do curso de português em Guaianases, muitas vezes frequentando as aulas com suas filhas ainda de colo. Entre as voluntárias do Coletivo, havia apenas três homens. Entre as pacientes do Ambulatório, a presença feminina era importante tanto entre pacientes, quanto entre a equipe: havia duas psiquiatras assistentes nos cargos de coordenação quando de minha entrada, e, apesar de ter acompanhado uma turma de residentes composta somente por homens, as outras eram mais diversificadas e a presença feminina era equivalente à masculina. Várias mulheres imigrantes-refugiadas tinham posição de destaque nos fóruns de ativismo político, como Prudence, Verônica, Berenice, Claudine, Nour, Marifer, Carla e outras tantas. Nas reuniões da Rede, um coletivo de trabalhadoras de serviços, de saúde ou não, que atendiam imigrantes-refugiadas destinado a debater e facilitar encaminhamentos de saúde, a predominância feminina era constante, e contei apenas uma reunião (entre as várias que participei) onde o número de homens sobrepunha o de mulheres. Uma divisão sexual do trabalho, frequentemente apontada como responsável por imputar as habilidades de cuidado como exclusivas às mulheres, era visível: o trabalho desenvolvido por psicólogas, assistentes sociais e enfermeiras constituía o binômio **cuidado-feminino** (Araújo, 2017; Hirata, 2016), e trabalhar junto a imigrantes-refugiadas era, primordialmente, um trabalho de cuidado. A escolha textual, portanto, reverbera as formulações de Fleischer:

“Esta opção representará as pessoas do sexo feminino que, numericamente, se sobrepuseram às do sexo masculino; renderá uma homenagem a tantas senhoras que me ajudaram a entender os caminhos da Guariroba e da ‘pressão’; ajudará a borrar identidades, já que por vezes um setor do centro de saúde contava, por exemplo, com um único funcionário do sexo masculino; e, por fim, questionará uma regra da escrita acadêmica que, muito mais do que meramente gramatical, tem profundidade histórica e masculinista” (Fleischer, 2018, p. 53)

A escolha da escrita de concordância nominal feminina, portanto, tem fins teóricos – servem para fazer justiça estatística à massiva presença feminina no cenário

4 De acordo com pesquisa da OIM, os homens representavam 56,3%, enquanto mulheres correspondiam a 43,7% das imigrantes-refugiadas venezuelanas entrevistadas em Boa Vista e Pacaraima, no estado de Roraima, em meados de 2018 (OIM, 2018).

pesquisado, e para borrar identidades de ambientes frequentados por uma multidão de mulheres – e políticos: a intenção é deslocar o entendimento que concede gênero a tudo que não é masculino, reservando ao feminino o lugar de variação particular de um tipo de humanidade universal representada pelo homem. O desconforto na leitura intenciona estimular uma equalização cognitiva contínua por parte da leitora, sempre retornando ao estranhamento de não ver reificado o lugar do masculino enquanto estrutura basal da humanidade a partir da qual o feminino apenas varia – e essa argumentação pode ser transposta para outras searas onde essa falsa dicotomia entre universais e particulares são mobilizados.

A dissertação é composta de quatro capítulos. No primeiro, apresento as fissuras fractais do bloco monolítico da imigração-refúgio que se pressupõe ao se olhar para imigrantes-refugiadas desde fora e desde acima. Trazendo à baila exemplos etnográficos de diversas etapas de meu trabalho de campo, aponto para como as diferenças são produzidas e articuladas (ou não) para a construção de uma hierarquia das alteridades (Machado, 2004; 2009) que aciona, entre outras, as categorias de **raça**, **cultura** e **tempo**, e promove uma espécie de atualização temporal por considerar que algumas imigrantes-refugiadas, atrasadas, habitavam o passado antes de deslocarem-se. O debate também aborda as expectativas de reciprocidade nutrida pelas brasileiras que trabalham – voluntariamente ou não – nos serviços de assistência migratória, indicando uma relação de dádiva bem ou mal sucedida sob a perspectiva da ajuda humanitária – relação essa que chamo de “humanitarianismo-dádiva”. Enfim, apresento exemplos da periferização de determinados grupos de imigrantes-refugiadas que figuram na base da hierarquia das alteridades, povoando o bairro negro de Guaianases, no extremo leste de São Paulo.

No segundo capítulo, inicio o debate sobre o embasamento teórico articulado pelas minhas interlocutoras para estruturar o oferecimento de serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas. Apresento a discussão sobre os pressupostos epistemológicos de determinada etnopsiquiatria/etnopsicologia, da psiquiatria transcultural e/ou social e cultural, abordando também as interfaces realizadas com a teoria antropológica – que adquire protagonismo na constituição de serviços destinados a imigrantes-refugiadas, tidas aqui enquanto uma espécie de “alteridade radical”, ou seja, sujeitos que são radicalmente outrem (mas o quão outrem pode ser alguém?).

No terceiro capítulo, apresento alguns de meus itinerários pela OSCIP – Instituto de Reintegração do Refugiado, pela Rede e pelo Ambulatório, falando sobre a

pressuposição do trauma e as diferentes temporalidades do sofrimento articuladas para delinear as agruras do processo migratório. Também endereçarei a tentativa de construção de uma equivalência entre imigrantes-refugiadas e surdas, em diálogo com a noção de cultura enquanto capacidade de simbolização – e as descontinuidades de sistemas simbólicos enquanto clivagens culturais –, e as tensões surgidas a partir da obviação (Wagner, 2012; 2011; 2017) da equivalência em questão. Wagner define obviação como a introdução de um novo elemento à tríade “tese-antítese-síntese/tese” da dialética hegeliana. Se a síntese define o fim do dualismo original dando início a um novo, a obviação seria o quarto elemento dessa equação que subverteria o primeiro – um tropo, um símbolo que representa a si mesmo (2017). Como nos diz o próprio autor,

“a obviação é o estado natural de um símbolo. Ela é o que o símbolo é. (...) Isso significa, literalmente, que as palavras podem pensar. Trata-se de um deslocamento sujeito-objeto. (...) Assim, isso torna mais simples dizer que a metáfora realiza nosso pensamento por nós.” (p. 975).

No quarto e último capítulo, debatarei o trabalho realizado no Ambulatório, analisando os dados de consultas compartilhadas realizadas, as atividades didáticas para alunas do quinto ano de medicina da graduação e residentes em psiquiatria (médicos formados cursando a especialização) da faculdade de medicina responsável pelo Hospital, e a minha própria atuação: como inventar e ser inventado enquanto antropólogo em um serviço hospitalar para imigrantes-refugiadas, em especial enquanto parte da equipe de saúde. Da mesma forma, analisarei minhas intervenções, meus percursos pela cidade na extrapolação dos limites territoriais do hospital, e como podemos articular, talvez, a antropologia enquanto uma técnica de cuidado válida – e não só para imigrantes-refugiadas. Também argumento que a ideia de cultura instrumentalizada em alguns momentos aponta na direção de uma associação entre “ter cultura” e ser considerada uma pré-moderna.

Todo esse percurso, claro, não é um vôo em céu de brigadeiro: as tensões e obstáculos são inúmeros, e tento apontar para a construção de uma antropologia anti-narcísica (Viveiros de Castro, 2018) que se proponha, nesses contextos, enquanto um exercício de diplomacia, fortalecendo a ideia de uma antropologia do interlúdio que atue enquanto mediadora (Wagner, 2012, p. 96-97) de um intercâmbio assimétrico de perspectivas através da ferramenta de intervenção do *levar a sério*, algo virtualmente impossível a psiquiatras e psicólogas, Articulando conceitos de Roy Wagner e Isabelle Stengers, procurarei argumentar que o encontro entre a equipe de saúde e as imigrantes-refugiadas inventa a ideia de cultura enquanto ilusão – uma espécie de falseamento da

realidade – a ser tolerada, e que funciona enquanto camada acessória de uma realidade unívoca do mundo. Dessa forma, médicas e psicólogas inventam-se aculturais, e nutrem a expectativa de imigrantes-refugiadas hiperculturais – o que demonstra também uma divisão temporal entre modernas e pré-modernas, as que **sabem** e as que **crêem**.



## Capítulo 1 - Imigração e refúgio: a pressuposição de blocos monolíticos

Era uma das muitas manhãs geladas de julho em São Paulo, e eu havia acabado de chegar à OSCIP para uma das últimas sessões do *grupo de troca* com imigrantes-refugiadas, um dos eixos do Programa de Saúde Mental (PSM) mantido pela entidade. Em meu enalço chegou também B., a psicóloga responsável pelo PSM. Surpresa com o fato de eu já estar lá, ela começou a preparar o café com movimentos rápidos e vacilantes, como se sempre tivesse que se concentrar para lembrar do passo seguinte de todo o processo. O rosto um pouco enrubescido e a respiração acelerada entregavam a pressa com a qual ela chegara ali. Entre colocar o filtro de café no suporte e acender a chama para esquentar a água, ela me explicava que aquele era um dia importante: C., uma representante do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), realizaria uma visita à OSCIP para acompanhar o *grupo de troca* – afinal, o ACNUR era o responsável pelo custeio do PSM desde que a OSCIP havia concorrido e vencido um processo seletivo para este fim: implementar mais um programa de saúde mental para refugiadas na cidade de São Paulo. O dia era, portanto, decisivo para a possível renovação do convênio que garantia a existência do Programa, o que garantiria também a manutenção do emprego de B..

Até ali, o *grupo de troca* havia sido desmarcado algumas vezes por falta de público ou por indisponibilidade de suas organizadoras – B., uma das únicas funcionárias remuneradas da OSCIP, e H., um voluntário, de nacionalidade francesa, também formado em psicologia, com especialização em antropologia. Uma das estratégias das organizadoras era marcar o *grupo* na sequência das aulas de português, que eram muito mais assiduamente frequentadas – e eu, como também fui voluntário durante esse período, passava nas salas para convocar, em inglês e francês, as alunas a comparecerem, além de mandar mensagens no WhatsApp para aquelas que haviam demonstrado interesse em comparecer durante a semana. Ainda assim, o *grupo* não era bem frequentado, algo que a própria B. já havia me adiantado desde a primeira vez que a encontrei: previsto para ocorrer com periodicidade semanal por cerca de dois meses, o que totalizaria oito encontros, essa era apenas a segunda vez que o grupo ocorreria – em uma delas, como havia apenas um refugiado sírio, ele sugeriu nos oferecer uma aula de árabe<sup>5</sup> que substituiu as atividades do grupo. Nas seis outras oportunidades, o *grupo* não

<sup>5</sup> Aqui, é importante apontar a subversão do espaço e do propósito do *grupo de troca*, e sua vinculação ao oferecimento de algo a ser ensinado pelo refugiado sírio em detrimento de um intercâmbio de traumas. A *troca* proposta, portanto, não acionava as agruras e dificuldades supostamente inerentes ao deslocamento migratório forçado, mas algo positivado enquanto uma contribuição a ser oferecida pelo refugiado sírio:

teve atividades por falta de interessados ou por cancelamento de B. e H..

Esse não seria o caso naquele dia: o grupo não só não podia ser cancelado pelas organizadoras, como também era preciso que B., e todas as voluntárias disponíveis, garantissem que haveria participantes que cumprissem os requisitos que o financiador do Programa estipulava. Ainda que muitas das frequentadoras do espaço da OSCIP fossem imigrantes, nem todas eram refugiadas ou solicitantes de refúgio. Além de garantir que o *grupo* contasse com um público grande, o que atestaria o sucesso da empreitada às patrocinadoras, era necessário que houvesse um número de imigrantes-refugiadas e solicitantes de refúgio maior do que o de imigrantes sem a condição jurídica de refugiada e/ou que não planejassem solicitar ou já tivessem solicitado refúgio ao governo brasileiro. Entretanto, na lista de interessadas para o *grupo* daquele dia havia uma enormidade de haitianas, o que lhe causaria problemas: “o dinheiro do ACNUR não é para ser destinado ao atendimento de haitianos, eles não são refugiados oficialmente”, ela explicava quando fechou a garrafa térmica e seguiu para sua sala para deixar seus pertences.

Essa preocupação permeou todo o dia, e B. contou com a ajuda de E., voluntária que já havia ocupado uma importante função na OSCIP, para garantir que haveria muitas “não-haitianas” no grupo daquele dia. Quando o horário para o qual o *grupo* estava marcado se aproximou, E. me puxou pelo braço, e disse, comemorando: “consegui um togolês, um sírio, um congolês e um nigeriano!”. Ainda assim, dos seis homens e das três mulheres presentes no início das atividades, cinco pessoas eram haitianas, além das convidadas por E.. Três pessoas chegaram atrasadas, todas também haitianas. A representante do ACNUR, C., sentou-se oposta à B., atrás do cidadão da Nigéria, e ia traduzindo para o inglês aquilo que era falado. As perguntas, feitas por B. e H. em português e em francês, não foram de pronto entendidas por três mulheres haitianas, que só falavam *krèyol*. Um dos homens haitianos foi quem notou a dificuldade delas de compreender e, como falava francês e português, além de *krèyol*, ele se encarregou de traduzir o que era falado. O rubor do rosto de B. ganhou um tom mais escuro e intenso, e sua voz oscilava enquanto pronunciava as frases, tendo sua fala sobrepujada facilmente pelas conversas paralelas.

A passagem descrita ocorreu alguns meses antes da substituição de B. por outra psicóloga e da posterior descontinuação do PSM da OSCIP. Não poderia dizer se um evento está ligado ao outro, pois não acompanhei o fim do Programa, mas esse episódio marcou minha primeira percepção de que as categorias do refúgio e da imigração, que ele nos estava ensinando algo sobre ele.

guardam as impressões digitais de tantas manipulações sofridas em seu itinerário semântico, não eram um bloco monolítico unívoco. B. não achava necessário, durante suas atividades cotidianas, que a categoria de refugiada fosse levada ao pé da letra fria da lei, conformado pelos ritos burocráticos do Estado Democrático de Direito: haitianas usufruíam dos serviços da OSCIP amplamente, inclusive dos serviços oferecidos pelo PSM. E, como sabemos, apenas duas haitianas tiveram suas solicitações de refúgio deferidas pelo governo brasileiro desde 1998. Ainda assim, essa nacionalidade figura entre as três maiores solicitantes de refúgio no Brasil<sup>6</sup> – número devido a uma estratégia de acelerar a regularização migratória, e a rápida obtenção de documentos como a Carteira de Trabalho e o CPF.

Acontece que para o ACNUR, responsável pelo cotejamento dos serviços interessados em suas verbas e pela definição de qual sujeito seria assistido por elas, a categoria de refúgio não circunscrevia as haitianas. De acordo com os critérios estabelecidos pelo órgão - e acolhidos pelo Estado brasileiro -, qualquer sujeito que não tiver sido forçado ao deslocamento migratório por ocasião de conflitos bélicos ou por fundado temor de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, opinião política ou participação em grupos sociais não poderá ter garantido o direito à proteção internacional de outro Estado-Nação diferente do de onde nasceu, ou receber verbas assistenciais vindas desse órgão, pois eram destinadas a um grupo específico de sujeitos conformados pelos critérios supracitados. O Estado brasileiro tem, inclusive, uma definição mais extensiva: qualquer sujeito que seja vítima de uma violação generalizada de direitos humanos pode ter o estatuto de refugiada concedido – e, assim, acessar esse sistema de proteção e assistência. Dessa forma, haitianas não cumpriam os requisitos necessários para serem consideradas refugiadas, ainda que fossem e sejam amplamente identificadas como tal por uma diversidade de actantes desse cenário. Por um lado, portanto, encontrava-se o agudo orgulho nacional haitiano e a identificação por meio da categoria da diáspora (cf. Bersani, 2016), que recusava a afiliação à categoria de refugiada; por outro, a produção de uma experiência migratória marcada pelo racismo, pela periferização e pela projeção de uma cultura “pré-moderna”, que aproxima as vivências das haitianas às das que **realmente** eram refugiadas ou **tinham direito a sê-la**. Mas não aproxima de todas as vivências refugiadas, senão daquelas experiências do *refúgio negro* de congoleesas, nigerianas, camaronesas, guineenses e angolanas<sup>7</sup>, entre

6 Relatório “*Refúgio em números*”, 3ª edição. Disponível em , acesso em 10/01/2019.

7 Embora não haja nenhuma orientação oficial específica para o indeferimento das solicitações de refúgio das angolanas, muitas me relataram que as oriundas daquele país estão tendo seus pedidos automaticamente indeferidos e seu acesso a serviços de assistência descontinuados por serem de

outras.

Na ausência do ACNUR, haitianas eram refugiadas. Frequentavam os *grupos de troca*, as aulas de português, faziam currículos, matriculavam-se em cursos profissionalizantes e participavam dos eventos públicos da OSCIP. Nem às haitianas nem ao serviço parecia ser um contrassenso que, embora recusassem a alcunha de refugiadas, usada apenas enquanto uma estratégia para obter documentos, uma nova forma de construir essa categoria à luz da produção de sua experiência migratória no Brasil fosse inventada – na visão dessas actantes, tal experiência assemelhava-se mais à de determinados grupos nacionais que tinham acesso à condição jurídica de refugiada, como congolezas, nigerianas, guineenses e outras de uma complexa hierarquia das alteridades construída desde aqui. Apesar de não serem elegíveis, elas **mereciam** e **necessitavam** da ajuda pelo **sofrimento** experimentado. Entretanto, diante da visita da representante do ACNUR, era necessário atestar que os recursos financeiros estavam sendo destinados àquelas que “realmente eram” ou “tinham o direito de ser” refugiadas.

Esse exemplo inicial aponta, portanto, para o desancoramento semântico e prático das categorias de imigrante e de refugiada, que é o primeiro dado de pesquisa que salta aos olhos uma vez que se adentra o campo. O reembaralhamento e a (re)invenção dessas categorias é constante e relacional, e envolve uma série de interlocuções, negociações e disputas entre as actantes que povoam essa arena – não se dá, inclusive, sem a participação das “*speechless emissaries*” (Malkki, 1996), cuja pressuposição de avocalidade e vulnerabilidade costuma eclipsar a agência desses sujeitos e a complexidade desse cenário em transformação constante. As fissuras dos blocos monolíticos das categorias apontam para movimentos de derivação semântico-políticas incessantes, e a pressuposição do contrário nubla a capacidade analítica dos dados encontrados em campo.

Como esse cenário se configura como um fractal, ou em uma configuração monádica (Leibniz, 2017; Tarde, 2018), à medida que as escalas se desdobram, os blocos monolíticos e suas fissuras inerentes também tendem a se desdobrar. O que significa dizer que se isso ocorre quando se desdobra as categorias de refugiada e imigrante, também ocorrerá no desdobrar de outras categorias frequentemente acionadas para lidar com essa experiência de campo, como as de raça, nacionalidade e cultura. No dia do *grupo de troca*, as traduções das perguntas em português se deram, inicialmente,

Angola. Há um entendimento por parte do Comitê Nacional para os Refugiados (Conare), segundo algumas angolanas, de que não há mais condições em Angola que fundamentem a concessão de refúgio a elas, embora elas discordem disso.

para o inglês e o francês. Quem realizava a tradução para o francês era H., cuja cidade natal era próxima da fronteira com a Itália. Seu sotaque, no entanto, confundia as outras imigrantes-refugiadas francófonas, que tinham dificuldade de entendê-lo. Além disso, as três mulheres haitianas presentes só falavam *krèyol*, enquanto o homem que se ofereceu para traduzir também falava francês. Ele era engenheiro agrônomo, e elas não haviam recebido nenhuma educação formal – afinal, o francês, no Haiti, é ensinado nas escolas, e um dos indícios que várias interlocutoras haitianas com quem mantive contato apontavam para saber se alguém era ou não alfabetizada era a proficiência na língua francesa (a não ser, claro, que a pessoa pertencesse às classes mais abastadas do Haiti, o que faria com que ela fosse socializada na língua francesa desde a primeira infância, mesmo que não tivesse frequentado a escola)<sup>8</sup>. A própria língua *kréyol*, usada aqui em contraposição à associação automática entre a língua francesa e a cidadã haitiana, reserva diferenças internas importantes a depender da região do Haiti. O importante de se apontar é que a língua francesa é comumente associada às colonizadoras francesas, enquanto o *krèyol* é associado a uma experimentação do orgulho nacional haitiano – um substrato aborígine, originário da terra e vinculado às lutas e agruras das haitianas, visceralmente vinculadas, por sua vez, às consequências da colonização francesa.

Dessa forma, e construindo um campo de interlocução em constante transformação (Zelaya, 2017), onde, muitas vezes, a interlocução é apenas imaginada, ser imigrante-refugiada na cidade de São Paulo não consiste uma experiência unissêmica. O exemplo trazido coloca isso em relevo, mas outros tantos podem ser pontuados para descrever como esses sujeitos diferenciam-se entre si, são diferenciados pelos serviços de assistência e pela malha burocrática estatal e supraestatal e como elas diferenciam-se das nacionais, em um processo constante de construção de diferencialidades infinitesimais que acionam diferentes temporalidades para fazê-lo. Se há a construção de uma ideia de identidade, mesmo que fugidia, esse processo se dá calcado na construção das diferenças internas e externas a essas categorias que equivocadamente tomamos enquanto um bloco homogêneo de experiências migratórias, de refúgio e de afiliação a Estados-nação.

Essa construção de diferenças se dá através do agenciamento de determinados caracteres em detrimento de outros, a depender do contexto: a experiência migratória de haitianas no Brasil pode aproximar-se da de congolenses e angolanas a depender de

8 De acordo com um de meus interlocutores haitianos, há aquelas que aprendem o francês na escola, mas se furtam de utilizá-lo por receio de ser motivo de chacota por parte de membros da elite haitiana que falam francês em casa desde a primeira infância, e fazem troça do sotaque e da pronúncia daquelas que aprendem a língua na escola.

critérios raciais como eles são formulados aqui, aproximando-se então da experiência do que é **ser negra** no país; ao mesmo tempo, a experiência de congoleesas e sírias, apesar das diferenças, raciais, que as congoleesas não se quitam de apontar, é mais próxima entre si se considerarmos a temporalidade passada e os conflitos bélicos (ainda assim, as diferenças raciais que as congoleesas apontam definirão qual conflito bélico **merece** mais atenção e compadecimento). Também a experiência de colombianas e venezuelanas pode ser aproximada por contiguidade linguística e geográfica, pela diferenciação tímida por parte das nacionais brasileiras, que as distinguem pouco, e pela aproximação por critérios raciais formulados desde aqui; no entanto, na hora da solicitação de auxílio financeiro, por exemplo, colombianas tensionam as relações com os serviços pois afirmam serem preteridas em detrimento das venezuelanas – e toda uma economia política de produção e reconhecimento de refugiadas é trazida à tona, uma vez que mesmo em serviços de atendimento exclusivo de refugiadas, o auxílio concedido às venezuelanas tem sido automático, enquanto o requisitado pelas colombianas tem de ser submetido aos trâmites burocráticos de avaliação da requisição. Se trouxermos os critérios do ACNUR e do Estado brasileiro à mesa, é possível que grande parte das venezuelanas não fossem *elegíveis* ao refúgio (embora devêssemos considerar também os interesses macropolíticos envolvidos<sup>9</sup> em categorizar automaticamente venezuelanas enquanto refugiadas, mesmo que, à semelhança das haitianas, elas tenham um visto especial), a não ser que considerássemos *la dieta de Maduro* e a fome infligida à população enquanto uma grave violação dos direitos humanos – e, nesse caso, teríamos que justificar o porquê de isso ser considerado um critério de elegibilidade no caso das venezuelanas e não no caso das senegalesas, por exemplo. Todos esses processos de diferenciação são notados e apontados por essas actantes, que definitivamente não são avocais.

9 Definir algum tipo específico de imigração enquanto refúgio aciona não só os critérios jurídico-legais, como argumentado durante esse capítulo. O exemplo das venezuelanas é emblemático pois elas possuem um visto especial criado pela Resolução Normativa número 126 de concessão de residência por serem de um país fronteiriço. Também como as haitianas, venezuelanas são constantemente definidas enquanto “refugiadas” pela imprensa e em conversas cotidianas, ainda que nenhum refúgio tenha sido deferido para essas nacionais. Acontece que diante de regimes políticos que não nos são neutros e que mobilizam afetos de repulsa, como o de Nicolás Maduro, criar uma venezuelana refugiada mobiliza capital político que embasa a crítica realizada. O ACNUR co-gerencia as ações e os programas de auxílio a essas pessoas, como havia feito com as haitianas, que não são mais assistidas pelo órgão ou por entidades parceiras por não serem oficialmente refugiadas. Se o sofrimento é a substância constitutiva do refúgio, haitianas eram refugiadas por sofrerem pela pobreza e a miséria – neste caso, apolíticas –, e venezuelanas também – neste caso, hiperpolíticas. Já o sofrimento constitutivo das senegalesas ou bolivianas, por exemplo, se dá também pela especulada pobreza e miséria, mas não é passível de articulações da categoria de refúgio, sejam elas oficiais ou extra-oficiais: essas são, portanto, “imigrantes econômicas”.

### *Estatutos fluidos e transitórios*

Afirmar que a identidade de imigrantes-refugiadas “não passa de um caso particular da diferença” (Lévi-Strauss, 2011) onde esta tende a zero é, ao mesmo tempo, advogar a fluidez e a transitoriedade das experiências abarcadas pelas categorias. Com limites porosos, a conformação de duas categorias, que se confundem e se distanciam simultaneamente em uma espécie de coreografia ontológica (Thompson, 2005), certamente guarda a característica de estabelecer comunicação e trocas com o exterior, e poderíamos, como argumentei na sessão anterior, apontar para uma tendência virtualmente infinita ao estabelecimento de um contraste contextual (Wagner, 2012) entre as experiências de imigrantes-refugiadas (o que, convenhamos, resultaria em um atomismo contraproducente). A noção de coreografia ontológica foi formulada por Thompson para lidar com o que ela chama de coordenação dinâmica dos aspectos técnicos, científicos, de parentesco, de gênero, emocionais, legais, políticos e financeiros das clínicas de técnicas de reprodução assistida. Ainda que o objeto da autora não seja as imigrantes-refugiadas, tomo de empréstimo o termo para designar a articulação possível entre aspectos diversos da questão migratória – e suas intersecções analisadas nesta dissertação, além das infinitas outras possibilidades disponíveis –, trazendo a noção de regimes ontológicos que se articulam em relação uns aos outros, como em uma escultura cinética. Isso significa que se uma das partes (um todo-em-si-mesmo) do todo se move, em elas estando todas articuladas entre si, todas movem-se de maneira correspondente, promovendo derivações semânticas – e de outras ordens – incessantes, e fazendo com que cada parte esteja em um ponto diferente em relação às outras a depender da perspectiva analisada e do momento em que se analisa.

É verdade que, em determinados momentos, a conformação da condição jurídica de refugiada é definidora de uma série de consequências práticas nas vidas desses sujeitos, como acesso à rápida regularização migratória e trabalhista, a serviços de assistência exclusivos e à proteção do Estado brasileiro – o que significa ter o direito de não ser deportada de volta a seu país de origem, ou o princípio do *non-refoulement*. É também verdade que o acesso ao que se chama de **integração**, descrito minuciosamente por Hamid (2012), é definido por uma grande variedade de fatores que não se inscrevem na chave da separação dessas migrantes em imigrantes e refugiadas, mas na construção de outros tipos de diferenciação a partir de outros critérios, como raça e racismo, cultura, gênero, origem nacional (e, por vezes, intra-nacional/regional), classe, idioma



falado e outros tantos. Nesse sentido, integração é tomada como sinônimo de **assimilação**, ou seja, estar integrado é suprimir-se enquanto si mesma para tornar-se outra, compartilhando a língua, tendo relações sociais funcionais, sendo economicamente produtiva e independente e sendo politicamente neutra. O ideal do tornar-se indiferenciada, uma **igual** - mas não era uma igualdade em relação a todas.

Não quero dizer politicamente neutra apenas no sentido tradicional do posicionamento político, que traduz este gradiente em uma divisão bipolar entre direita e esquerda. Aqui, uso uma noção mais abrangente de política que considera que as relações empreendidas pelos sujeitos são multifacetadas e uma das dimensões constitutivas dessas relações é a ideia de poder e assimetria. O questionamento, por parte das imigrantes-refugiadas, das condições de recepção, acolhimento e, mais genericamente, de vida aqui no Brasil é tido como algo indesejável, como outros estudos demonstraram (Vasconcelos, 2018; Seyferth, 2008; Zelaya, 2017, 2018; Hamid, 2012; Navia, 2014). Essa, entretanto, é também uma expectativa do Estado Democrático de Direito e das democracias liberais em direção a seus cidadãos: como pontua Jappe (2013), “toda e qualquer oposição à política das instâncias eleitas que vai além de um abaixo-assinado ou de uma carta ao deputado local é considerada pelo Estado, por definição, ‘antidemocrática’.” (p. 14-15). Nesse sentido, a recusa ou a problematização de determinado tipo de auxílio – recusar-se a aprender português, requisitar uma cesta básica e receber um “kit de higiene” e solicitar respeito a determinadas preferências pessoais às casas de acolhida, como a temperatura da água e o horário do banho – é politicamente significado pelas actantes desse cenário como uma atitude de confronto, sendo preferíveis as imigrantes-refugiadas “modelos”: mansas, dóceis, subservientes e passivas<sup>10</sup> no sentido de não questionar o tipo de integração que se requer delas.

Como comecei a argumentar na sessão anterior, a categoria de “refugiada” agrupa, aos olhos da malha jurídica do Estado e de organismos supra-estatais e seus feixes de relações de poder, pessoas cujas experiências passadas remetam a situações de fundado temor de perseguição, graves e generalizadas violações dos direitos humanos e conflitos bélicos. Entretanto, seus acionamentos por parte dos sujeitos do refúgio e das

10 Zelaya (2018) descreve como uma de suas interlocutoras em campo apontava enquanto qualidade das trabalhadoras haitianas o fato de que reclamavam pouco e aceitavam gritos do patrão no Rio Grande do Sul. Vasconcelos (2018) aponta para como as venezuelanas que consideravam importante “aceitar a condição desigual” - empregos precários, salários baixos e pagamentos diferentes do que era combinado - eram consideradas “mansas” e, portanto, poderiam, entre outras coisas, serem “comensais” - comer com brasileiras e, assim, partilhar perspectivas. Já as que *hablavam mucho*, não aceitavam as condições precárias de trabalho, o não domínio da língua portuguesa e a resistência à imposição de outras formas de se comportar, eram consideradas “bravas”, pois recusavam a assimilação nos termos colocados.



actantes envolvidas com a temática – profissionais e ativistas brasileiras – têm uma conformação bem mais elástica que essa, ainda que a tome como referência em determinados momentos. Essa não é uma novidade, e as nuances internas da categoria já foram apontadas em outros momentos por outras pesquisadoras (cf. Malkki, 1995, 1996; Seyferth, 2008; Zelaya, 2017), ainda que, em determinados momentos, o problema da identidade tenha sido mais central do que o da produção da diferença.

Dizer que o estatuto de refugiada ou a condição de imigrante são categorias e modos de existência fluidos e transitórios significa endereçar o problema da diferencialidade (Machado, 2013), ou seja, das condensações de perspectivas, representadas por linhas, em uma espécie de “fractalismo tecelar” (p. 7) que a experiência da imigração e do refúgio produzem. Os emaranhados fractais, vistos enquanto mônadas – ou seja, como todos-em-si-mesmos formados por partes que são igualmente todos-em-si-mesmas –, não são meras “sub-identidades” ou “sub-culturas”, variações particulares de um todo uno e coeso, mas perspectivas compartilhadas de maneira transitiva que são todos em si mesmas: basta que puxemos um fio do novelo para novamente reembaralhar as linhas que constituem esse emaranhado.

Apontar para as diferencialidades significa também realizar a tentativa de apreender os aspectos não neutralizáveis da condição de imigrante-refugiada, aqueles que resistem às tendências de de-historicização e despolitização dessas alter-existências. Esses aspectos, no entanto, não dizem respeito apenas à temporalidade passada: a tentativa de neutralização obviamente se dirige às condições historicizantes que definem a economia política de produção de refugiadas, como aponta Malkki (1995), mas atinge principalmente aqueles que dizem respeito à temporalidade presente contínua, aquela que inicia-se no agora e estende-se ao futuro. São aspectos como as questões raciais, de gênero, a pressuposição de uma perspectiva “pré-moderna” das imigrantes-refugiadas de países considerados “atrasados”, a mobilidade dentro da cidade, a oferta de empregos, a pressuposição de uma vulnerabilidade tão aguda que torna inimaginável que a oferta de ajuda humanitária seja recusada ou problematizada, as demandas que se faz ou se deixa de fazer para as imigrantes-refugiadas, o meio escolhido para a regularização migratória, as dinâmicas de desconfiança mútua entre imigrantes-refugiadas e as pessoas que habitam os aparatos estatais e supraestatais, a inferência da avocalidade dos sujeitos (o que transfere a responsabilidade do problema: são as ajudadas que não falam, e não as ofertantes de ajuda que não ouvem), a preferência por este ou aquele grupo nacional; enfim, toda uma gama de fatores que qualificam a

experiência da imigração-refúgio de maneira a produzir não identidades, mas perspectivas compartilhadas que fluem e transitam a depender da ocasião e do contexto (podendo fluir, inclusive, para serem compartilhadas com tipos específicos de nacionais brasileiras, por exemplo). Esses aspectos, que são muitas vezes ignorados, dizem respeito à atuação daquelas envolvidas com a causa, e permanecem como subtexto de uma condição que é construída como se fosse apenas remissiva, portanto, à temporalidade passada e aos contextos engendrados em um momento anterior à chegada ao Brasil. A partir do momento em que chega aqui, no entanto, o que se espera é que essa imigrante-refugiada seja politicamente neutra e “integre-se” acriticamente de acordo com os parâmetros determinados, aceitando a ajuda da forma como ela é oferecida sem maiores problematizações.

Vou me ater por um momento à categoria da integração. Hamid (2012) realizou uma descrição detalhada do que ela chamou de “pressupostos da integração”. Acrescento aqui entre os pressupostos descritos a necessidade de falar português e a exigência de demonstração de proatividade por parte das imigrantes-refugiadas: é preciso que elas demonstrem que “estão tentando” se integrar ao candidatarem-se, por exemplo, ao recebimento de um pequeno auxílio financeiro. Essa demonstração de que “estão tentando” costuma vir através da comprovação de frequência em cursos de português, da matrícula e assiduidade em cursos profissionalizantes e da atuação dessas imigrantes-refugiadas em serviços temporários e precarizados, como no comércio ambulante ou em vagas de trabalho informais. Essa exigência coloca em relevo uma perspectiva assimilacionista, já pontuada por diversas autoras (Seyferth, 2008; Hamid, 2012; Cavalcanti e Simões, 2013), que advoga que o acesso aos direitos – ou à ajuda humanitária, em uma equivalência entre a lógica humanitária e a lógica dos direitos similar à apontada por Zelaya (2018) e Fassin e Rechtman (2009) – se dá com a construção da ideia de igualdade por meio da supressão da diversidade cultural. Cidadãs brasileiras, que são as que têm efetivo acesso a direitos, são aquelas que cumprem determinados requisitos, como compartilhar da univocidade da identidade nacional através do compartilhamento da língua e de outras características – sabemos, entretanto, que nem a todas as brasileiras é garantida acesso a direitos juridicamente garantidos, pois estão simultaneamente incluídas no território nacional e nas malhas burocráticas do Estado, mas excluídas do pleno gozo da cidadania e do *status* de ser humano.

A assimilação não tem uma topografia plana, o que faz ressaltar a existência daquelas **inassimiláveis**. Em uma das aulas do curso de português em Guaianases em

que atuei como voluntário, um aluno haitiano do nível intermediário estava apresentando um seminário sobre “Relações Humanas”, tema que ele mesmo havia escolhido. Dizendo que havia percebido o racismo em suas relações de trabalho, ele questionava o porquê das constantes exigências para que eles aprendessem rapidamente o português:

**“R. (aluno 1):** Eu não sei porque pedem pra gente aprender português. Os brasileiros querem que a gente fale português porque acha que a gente tá falando mal deles, mas eu não vejo eles pedindo isso pro japonês.

**D. (aluno 2):** Ah, mas eu sei porque isso...

**R. (aluno 1):** Porquê?

**D. (aluno 2):** Por que eu sou preto, você é preto...

**R. (aluno 1):** Eu não tenho amigo brasileiro por isso. Eu não tenho amigo branco por isso.” - Registro de campo, 03/11/2018

Nesse sentido, uma cidadã japonesa não só terá menos cobrança para que fale português, como também a língua japonesa terá um peso valorativo diferente quando pronunciado por ela do que teria caso estivéssemos falando do *krèyol*, e se as pronunciantes fossem uma haitiana ou congoleza. Mesmo o sotaque ao falar o português é valorizado de maneira diferente, e, por vezes, até quando consideramos a mesma língua: o sotaque inglês da nigeriana, por exemplo, é pejorativo (frequentemente, dizem que “não dá para entender” o inglês da Nigéria), enquanto o sotaque inglês de um belga é positivamente valorizado, ainda que o último não seja anglófono<sup>11</sup>. Da mesma forma, o sotaque do voluntário francês durante o *grupo de troca* confundiu as imigrantes-refugiadas haitianas, ainda que não se mobilizem explicações sobre como o sotaque de nacionais francesas originárias da região de fronteira com a Itália são um empecilho à boa comunicação entre francófonas.

Em um momento do *grupo de troca* da OSCIP descrito na sessão anterior, H. fez uma pergunta sobre se elas já haviam sofrido algum tipo de discriminação no Brasil, ao que J., imigrante-refugiado haitiano que estava fazendo a tradução entre português-francês-*krèyol* para as outras participantes, desiste de fazer a tradução, e ele mesmo

11 É verdade que ambos não seriam “anglófonas”, se considerarmos que o inglês, no caso das nigerianas, está vinculada a uma imposição colonial, o que a torna, sob essa perspectiva, a segunda língua de todas. Também aqui a relação com o idioma difere: se em ambos os casos (belgas e nigerianas), a língua materna não é o inglês, apenas em um (o das belgas) há o reconhecimento automático desse fato, e de modo não pejorativo (p. ex., “não falam bem o inglês, pois são belgas” não significa, necessariamente uma crítica, enquanto “não falam bem o inglês, pois são nigerianas” costuma remeter a críticas sobre seus sotaques considerados “incompreensíveis” por brasileiras “fluentes” em inglês). No caso das nigerianas, a maior parte de minhas interlocutoras automaticamente lhes coloca na categoria das anglófonas, e sequer cogitam, em dados momentos, considerar a existência suas línguas originais.

responde:

“Eu já. Uma vez, eu fui numa entrevista de emprego num restaurante na praça da Luz. Aí eu cheguei, falei ‘eu vim pra entrevista, pra ser garçom’. Ela me olhou, de até o pé até a cabeça, e falou que não tinha vaga nenhuma, que era pra eu ir embora dali. E eu sei que não foi porque eu era estrangeiro, não, eu sei que foi porque eu sou preto. Tem esses dois tipos de discriminação que eu costumo ver, né? Racismo e injúria racial. Eu já sofri injúria racial.” Registro de campo, 03/07/2017.

As características raciais da forma como são elaboradas no Brasil tornam-se chave, portanto, para a experimentação de um tipo de refúgio conformado no limite da categoria jurídica: o *refúgio negro*, que equivale experiências de assimilação – ou da impossibilidade dela – de imigrantes- refugiadas negras àquelas da negra brasileira<sup>12</sup>, que aqui também poderia ser tida enquanto **inassimilável**. Mesmo que fale português, essas imigrantes-refugiadas sempre serão uma alter-existência alheia à categoria ontológica da nacional brasileira – mas não de qualquer brasileira, senão daquelas que também são mais iguais do que as outras, a saber, as brancas e modernas. A questão da integração como colocada pelos serviços de assistência migratória pressupõe que é a falha desse paradigma que aumenta a vulnerabilidade de determinadas imigrantes-refugiadas, e essa falha muitas vezes se originaria da recusa dessas pessoas em facilitar o processo, recusando-se a aprender o português, não se esforçando o suficiente para conseguir um emprego, sendo indulgente pela facilidade na obtenção de assistência social pressuposta pelas pessoas que formam os serviços desse tipo. Paes (2017), por exemplo, postula que “ser estrangeiro é um modo de ser no mundo” (p. 296), lembrando que apenas algumas coletividades incluídas no território nacional estão simultaneamente incluídas nas possibilidades de pleno gozo de seus direitos.

Portanto, a integração não é necessariamente falha: haitianas, ou quaisquer habitantes do macrocontinente do *refúgio negro*, são assimiladas, mas enquanto negras e periféricas – **assimiladas enquanto inassimiláveis**. Isso significa dizer que imigrantes-refugiadas negras são automaticamente circunscritas pela categoria pela experiência compartilhada aqui que envolve, entre outras coisas, a integração pela exclusão: tal qual negras brasileiras, excluídas por uma série de desigualdades das mais diversas estirpes, essas imigrantes-refugiadas são integradas como a parte excluída de uma sociedade

12 Zelaya (2017) relata um evento no restaurante Al-Janiah, em que um refugiado congolês abordou a questão do racismo, e uma pessoa negra, brasileira, incomodou-se com a insinuação de que o problema do racismo estivesse atrelado ao “caráter do brasileiro”, “explicando”, então, que era um problema derivado do fato de o Estado brasileiro ser racista, e dizendo ver os mesmos problemas dos trabalhadores brasileiros em haitianos e bolivianos (p. 417-418).

gregária. E, quando falo de negras, estamos acoplando a essa categoria racial aquelas consideradas cultural, social, racial e fenotipicamente “não-brancas” (Said, 2012), como asiáticas, indígenas, latino-americanas e todas consideradas como outras, ou pré-modernas. Os dois próximos tópicos servirão para aprofundar essas questões.

### ***Refúgio branco e refúgio negro: entre assimiláveis e inassimiláveis.***

“Uma das funções do Estado é, portanto, fabricar conceitos de ordem, estabilidade e segurança que possam ser conciliados com seus conceitos de liberdade e movimento. Essa é a contradição. Kotef argumenta que o Estado liberal clássico é inimigo das pessoas que circulam incansavelmente. Essas pessoas se tornam um outro inassimilável. Não se pode assimilá-los.” (Mbembe, 2019)<sup>13</sup>

O bar e restaurante Al-Janiah virou referência em São Paulo para ativistas da causa da migração e do refúgio, entre várias outras, como ativistas feministas, antirracismo, antifascismo e anti-homofobia, tornando-se, assim, um local de encontro entre pessoas politicamente engajadas<sup>14</sup> e aquelas que buscam uma espécie de gastronomia étnica<sup>15</sup>. Comandado por um brasileiro descendente de palestinas, Hassan Zarif, o estabelecimento está localizado no distrito da Bela Vista, que abriga os bairros Morro dos Ingleses e Bixiga. Esta é uma região da cidade onde se concentram muitas imigrantes-refugiadas, e próximo à maioria dos serviços de assistência migratória, entre os mantidos pelo Estado, os organizados pela sociedade civil e aqueles que funcionam em um regime híbrido de gerenciamento compartilhado. Várias dessas organizações habitam o espaço do restaurante e lá realizam seus eventos sobre a questão migratória e do refúgio, discutindo diversas facetas das experiências migratórias de imigrantes-refugiadas.

O grupo Veredas – Imigração e Psicanálise é uma dessas organizações que utilizam o espaço para eventos que se destinem a debater a realidade de imigrantes-refugiadas na cidade de São Paulo, utilizando-se de temas que interseccionam a questão, como acesso a saúde, a moradia, a oportunidades de trabalho e as discriminações sofridas pelos sujeitos da imigração-refúgio. Esses debates costumam se propor a

13 “A ideia de um mundo sem fronteiras”, Revista Serrote 31. Disponível em , acesso em 20/05/2019.

14 Em 2017, entretanto, uma ex-funcionária brasileira processou o empreendimento, acusando Hassan de não cumprir a legislação trabalhista. Em sua página em uma rede social, ela também o acusou de ter feito comentários racistas e machistas.

15 Há uma diversidade cada vez maior de restaurantes abertos e mantidos por imigrantes-refugiadas, e muitos desses estabelecimentos adquirem fama justamente por oferecerem uma de possibilidade de consumo politicamente engajado e de valorização de um multiculturalismo enquanto valor político.

desmistificar as temáticas debatidas, apresentando falas de trabalhadoras, ativistas e imigrantes-refugiadas como forma de aproximar o público da realidade desses sujeitos. Os debates, chamados de “Ciclo de Formação”, aconteceram em diversos momentos do ano de 2017, e estive presente em algumas de suas edições.

Na quinta edição do Ciclo de Formação, o tema trabalhado foi imigração e moradia. Entre as palestrantes, estava uma assistente social da Missão Paz<sup>16</sup>, M., um refugiado congolês, G., além de uma psicanalista do Grupo Veredas, cuja incumbência era mediar o debate e tecer comentários sobre as falas das convidadas. A primeira a falar foi M., apresentando as condições de moradia de duas comunidades bolivianas bastante pobres, para depois mostrar alguns casos de imigrantes-refugiadas congoleesas e haitianas que moravam na rua. Reforçava que o alcoolismo era comum nos casos apresentados, dizendo que “eles gostam de uma cachacinha”, além de sublinhar as condições degradantes a que estavam submetidos: sem acesso à água potável, sem comida e, no caso dos bolivianos que ocupavam terrenos para construir seus casebres, além da falta de coleta do esgoto, que corria a céu aberto, existia também o alto risco de incêndio devido às ligações elétricas clandestinas. Ela também apresentou algumas ocupações em prédios do centro da cidade, muitas delas com ligações com o Grupo de Refugiados e Imigrantes Sem Teto (G.R.I.S.T.), onde a Missão Paz havia desenvolvido trabalhos comunitários em conjunto com o Veredas e o próprio G.R.I.S.T., como a organização de sessões de cinema e debates – mas, mais uma vez, reforçava que, a despeito dos projetos desenvolvidos e da situação das ocupações ser melhor que a daquelas que moravam em casebres ou nas ruas, as condições de moradia ainda eram degradantes e perigosas<sup>17</sup>.

G., o refugiado congolês, falou em seguida. Ele tentou projetar um vídeo sobre a guerra civil do Congo, mas o projetor não funcionou corretamente e, então, ele iniciou sua fala.

“Eu queria começar mostrando pra vocês um pouco do que tá acontecendo no meu país, porque ninguém mostra isso

16 A Missão Paz é uma instituição filantrópica de apoio e acolhimento a imigrantes-refugiadas em São Paulo fundada em 1939, e ligada à Congregação dos Missionários de São Carlos, ou Scalabrinianos. A Congregação foi criada em 1887 pelo missionário italiano João Batista Scalabrini, dedicando-se a prestar auxílio a migrantes em vários países do mundo.

17 Vale lembrar que o episódio narrado ocorreu antes do desabamento do edifício Wilton Paes de Almeida, que abrigava uma ocupação liderada pelo Movimento Social de Luta por Moradia (MSLM), em 01/05/2018. Após esse episódio, que envolveu várias imigrantes-refugiadas (entre nigerianas, peruanas, dominicanas e congoleesas), as condições de moradia nas ocupações ganharam os noticiários, os movimentos de luta por moradia passaram a ser alvo de intensos ataques, o que trouxe dificuldades de atuação também para o G.R.I.S.T., mas também colocou em relevo a demanda desse grupo específico por moradia. Antes disso, em 2016, foi produzido um filme, *Era o Hotel Cambridge*, que aborda a temática das ocupações e da presença de imigrantes-refugiadas nesses espaços.

aqui no Brasil. O Congo tá em guerra há 20 anos, tem criança com mão cortada, trabalhando em mina, mulher estuprada... quando um menino sírio morreu, aquele na praia, passa em todos os jornais do Brasil. Todos. Mas ninguém aqui sabe o que tá acontecendo no Congo, por isso queria mostrar pra vocês esse vídeo, mas não tem problema, eu conto.” - Registro de campo, 28/09/2017.

A fala, que era para endereçar a questão das dificuldades enfrentadas por imigrantes-refugiadas no acesso à condições dignas de moradia, começou, então, com o resgate de uma temporalidade passada. Sua intenção era colocar em relevo o quanto a situação em seu país de origem era amplamente ignorada no Brasil, apesar de não haver motivos para isso. Se guerras são guerras, mortas são mortas e sofrimento é sofrimento, e se todas essas categorias têm caráter monossêmico e unívoco, não havia motivos para que soubéssemos tão pouco sobre a guerra na República Democrática do Congo<sup>18</sup> – ou, ao menos, para que soubéssemos mais sobre algumas crises humanitárias em detrimento de outras. Iniciar sua fala dessa forma ressaltava que, na visão de G., não havia maneira de abordar o tema proposto para o debate sem que entendêssemos também a razão de não sabermos mais sobre o conflito em seu país – afinal, se lançávamos mão de uma temporalidade passada para atestar o merecimento ou não de determinada ajuda humanitária, e, em último grau, para definir o que G. era (um refugiado no Brasil), por qual razão essa temporalidade passada adquiriria uma topografia desigual no caso de sírias e congolêsas? Por que sabíamos das mortas da Síria, e não sabíamos das mortas do Congo? Por que chorávamos a umas, e não a outras?

G., então, introduziu-nos à sua história pessoal. Sempre fora de família rica – uma das mais importantes do Congo. Seu pai, engenheiro respeitado, era próximo de políticos importantes do país, e ele havia estudado nos melhores colégios do Congo. Seus amigos eram filhos de deputados, senadores, magistrados e grandes empresários. Aos 19 anos, já havia comprado uma casa e dava aulas de direito fiscal e finanças

18 A guerra no Congo inicia-se em 1996, em sequência ao genocídio dos tutsis pelos hutus em Ruanda, e tinha o objetivo de derrubar o ditador Mobuto Sese Seko, que apoiava o massacre tutsi. Seu rival, Laurent-Désiré Kabila – pai do atual ditador do Congo, Joseph Kabila – era apoiado por países vizinhos, como Angola, Uganda e Ruanda. Em 1998, Kabila indispôs-se com seus antigos aliados, e expulsou as tropas das nações vizinhas do país, o que resultou no início da Segunda Guerra do Congo (também chamada de Guerra Mundial Africana) com proporções gigantescas. Foram mais de 6 milhões de mortos, e a proporção da carnificina fez a situação no país, ainda não resolvida, ser conhecida como “o holocausto africano” - alcunha dividida com outro período histórico do Congo: o período colonial, quando o Rei Leopoldo II, da Bélgica, detinha individualmente os direitos sobre o território congolês, e foi responsável pela mutilação e morte de aproximadamente 10 milhões de congolêsas. Atualmente, é comum associar a guerra no país à presença de uma vasta reserva de uma liga metálica chamada coltan, formada por dois minérios (tantalita e columbita) de onde se extraem o nióbio e o tântalo. Esses minerais são muito utilizados na fabricação de todos os aparelhos eletrônicos portáteis, como celulares, notebooks e computadores automotivos.



públicas em uma universidade de Kananga, capital da província de Lulua, a 1.175 km da capital Kinshasa – e palco de conflitos violentos entre o governo de Joseph Kabila e milícias de líderes locais da antiga província de Kasai, desmembrada em 2006. Sem entrar em muitos detalhes sobre a proximidade ou a distância de sua família em relação ao governo de Joseph Kabila (ou a qualquer outra questão política e/ou étnica de relevo no contexto congolês), ele disse que um tio seu foi assassinado. Decidido a esclarecer o ocorrido, ele começou a aprofundar-se na história, o que resultou em ameaças inicialmente anônimas. A casa de sua mãe foi, então, visitada por militares que estavam à sua procura. Assim que eles deixaram sua casa, ela telefonou e o alertou para o perigo caso retornasse à sua própria casa, pois, segundo ela, os militares estariam a sua espera. Ele, então, angariou aproximadamente US\$ 10 mil, e comprou uma passagem para o primeiro voo que o tiraria do Congo: calhou de ser um voo para São Paulo.

Desde então, quatro anos haviam se passado. G. afirmava que assim que chegou ao Brasil, seu dinheiro fora confiscado. Sem local para morar, passou por casas de acolhida e morou em ocupações – inclusive, na famosa ocupação do antigo Hotel Cambridge. Sua fala, então, começou a encaminhar-se para a temporalidade presente: disse que “descobriu o racismo no Brasil” - e há uma equivalência em diversas falas entre “descobrir que é negro” e “descobrir o racismo”. G. relatava que as pessoas se levantavam de seus lugares no ônibus quando ele chegava, cruzavam a rua para não ter que dividir a calçada com ele e lhe direcionavam olhares suspeitos. Mais que isso, ele dizia que essa experiência do racismo tinha consequências que desembocavam, por exemplo, no acesso à condições dignas de moradia.

“Pra mim, refugiado é uma categoria da ONU, e tá incompleta... Aqui no Brasil, a gente tem refugiado branco e refugiado negro. Todo mundo prefere refugiado sírio. A Síria tá em guerra há seis anos, o Congo tá em guerra há vinte! Outro dia fiquei sabendo de uma mãe que foi estuprada depois de ter o filho queimado na frente dela. Não tem isso na Síria! O sírio, ele vai ser comerciante, dono de restaurante... o africano e o haitiano vão ser garçom, pedreiro... essas coisas, e se conseguir trabalhar. Na ocupação, você não encontra sírio, mas encontra haitiano, congolês, nigeriano. Quem vai morar na rua é africano, haitiano... então, tem refúgio branco e refúgio negro no Brasil. Pro negro é diferente. É por isso que ninguém sabe o que tá acontecendo no Congo.” - Registro de campo, 28/09/2017<sup>19</sup>.

19 É bom que se pontue que a profissional destacada pelo grupo Veredas para comentar as falas fez ponderações sobre todos os assuntos abordados, mas evitou comentar sobre o racismo apontado por G.



A experiência do “ser negra”, portanto, determina uma experiência particular do refúgio. O refúgio congolês, “negro”, é qualitativamente diferente do refúgio sírio, “branco”, o que o aproxima à experiência de imigrantes não consideradas como refugiadas, como as haitianas e outras africanas a quem poderia ser garantida a condição jurídica de refugiada. Nesse sentido, também é possível se delinear uma aproximação do “ser negra” ao “ser refugiada”, fazendo com que tais categorias sobreponham-se – ou justaponham-se – enquanto **inassimiláveis**. B., a coordenadora do PSM da OSCIP, por exemplo, disse uma vez que era preciso realizar uma sensibilização das voluntárias da ONG uma vez que “todos os voluntários são brancos”, o que pressupõe uma clivagem em relação ao público atendido: a sensibilização é necessária justamente para evitar uma postura potencialmente racista por parte das voluntárias, majoritariamente brancas, que só é plausível diante de um público de refugiadas majoritariamente negras<sup>20</sup>. E essa é justamente uma experiência particular do *refúgio negro* compartilhada por sujeitos à margem da categoria de refugiada: o preconceito racial e os acionamentos possíveis das categorias de **raça** e **racismo** (sobretudo a categoria de racismo) – e essas possibilidades de tais acionamentos são definidos pelas condições encontradas no país de chegada.

Zelaya (2016) já aponta sobre como a elaboração da ideia de raça se dá em relação às categorias raciais articuladas desde o Brasil, citando a obra de Frantz Fanon (1968, 2008) – que descobre sua negritude a partir do olhar do branco – para também pontuar que “muitos refugiados e imigrantes negros afirmam não ter pensado na questão racial antes de sua chegada ao Brasil” (p. 414). O descobrir-se negra – ou inventar-se e ser inventada enquanto negra – é uma construção cuja base fundante é menos o caráter unívoco do “ser negra”, e mais a experimentação do racismo, que é apresentado pelas imigrantes-refugiadas em diversas formas: a pressuposição de vulnerabilidades e de uma mente “pré-moderna”, a construção da condição de vítima como identidade única de imigrantes-refugiadas, a periferização e as más condições de vida e moradia das inassimiláveis, a baixa qualidade das oportunidades de trabalho – e a inferência de que há grupos mais “adequados” para determinados tipos de trabalho, como haitianas e africanas que são frequentemente apontadas como mais aptas ao trabalho braçal –, o levantar-se do ônibus para não sentar-se junto a elas, o olhar de cima abaixo, a maior cobrança para que falem português, o contato com discursos políticos antirracistas

20 Mesmo que existam refugiadas consideradas brancas e voluntárias consideradas negras. Abordei a reificação do binômio “refugiada – negra” em um artigo sobre trauma, racismo e saúde mental (Branco Pereira, 2018).

formulados por ativistas brasileiras – que também fornece instrumental para qualificar a experiência vivida enquanto preconceito racial e para reagir a isso –, entre outras coisas.

Em sendo experimentações subjetivas diferentes, os sujeitos do *refúgio negro* demandam, portanto, respostas qualitativamente diferentes que possam endereçar a especificidade de suas experiências. Através da denúncia do racismo sofrido, as refugiadas colocam em relevo o fato de que percebem as rachaduras internas que o bloco monolítico da categoria de refúgio possui, e o *refúgio negro* nega sua neutralidade política e a expectativa de avocalidade a ele dirigida. Retornando à fala de G. apresentada acima, mesmo o reconhecimento de um fundado temor de perseguição ou de graves e generalizadas violações dos direitos humanos por parte do Estado brasileiro e das estruturas supra-estatais, como o ACNUR, se dá de maneira irregular quando se considera a experiência do *refúgio branco* sírio: a Síria está em guerra há oito anos, e o Congo há mais de vinte – ainda assim, como ele pontuou, “não se fala nada no Jornal Nacional” e “ninguém sabe o que está acontecendo no Congo”. Há iniciativas de refugiadas congoleesas, como o “A Voz do Congo”<sup>21</sup>, dedicadas a denunciar o que se passa em seu país, pois é uma reclamação frequente o fato de que não sabemos nada sobre eles. Embora em menor escala, justificado talvez pelo fato de que o número de refugiadas congoleesas reconhecidas é o segundo maior no Brasil, também presenciarei queixas semelhantes de dois solicitantes de refúgio de Guiné-Konakry, que também reclamavam bastante, dizendo que nos referíamos à África enquanto um país e que pouco sabíamos sobre suas realidades e seus sofrimentos. Diversas haitianas reiteraram, por várias vezes, sua postura radicalmente crítica sobre as experiências de racismo que haviam sofrido, e a reincidência sistemática da imagem do Haiti enquanto um país pobre e atrasado – as haitianas com quem pude conviver, ao contrário, nutriam um orgulho nacional bastante agudo que, em determinados momentos, resultava em reprimendas a conterrâneas que viessem a ressaltar aspectos negativos do país, como a pobreza, as epidemias de cólera – causadas pela presença da MINUSTAH<sup>22</sup> –, ou a ineficiência da máquina estatal.

Seyferth (2008) argumenta que “aqueles que se distinguem através de identidades nacionais ou étnicas fundadas na diferença cultural, ou formam grupos minoritários, são elementos perturbadores numa sociedade nacional que se quer unívoca” (p. 3). Na concepção do que seria a univocidade da sociedade nacional

21 Projeto dedicado a angariar apoio, financeiro e de militância, para denunciar os eventos ocorridos nos conflitos no Congo.

22 “ONU reconhece participação no início da epidemia de cólera no Haiti”, disponível em , último acesso em 04/02/2019.

brasileira, os grupos minoritários – minorias linguísticas, étnicas, de direitos e outras – perturbam. Entretanto, não são todos os grupos, e eles não perturbam de forma equânime. Se a própria autora argumenta sobre como em determinado momento os sujeitos considerados “desejáveis” pela política migratória brasileira suscitavam debates sobre seus efeitos na formação racial e cultural brasileira, articulando duas frentes possíveis para a assimilação desses grupos (a biológica e a sociológica), é importante apontar que determinados grupos são mais ameaçadores que outros, e que isso certamente dialoga com a forma como concebemos a univocidade do igual. Determinadas imigrantes-refugiadas nunca serão a Mesma (cf. Viveiros de Castro, 2018), e, ainda que falem português, tenham emprego, sejam “profissionalmente qualificadas” (um lugar comum reproduzido à exaustão para justificar o insucesso econômico de determinados grupos de imigrantes-refugiadas pressupostas como menos qualificadas) e, talvez, até aceitem sem maiores questionamentos toda sorte de ajuda humanitária disponível – mesmo que não seja exatamente a requisitada –, ainda serão a Outra não somente por nunca conseguirem derivar da categoria de imigrante-refugiada para a categoria de nacionais brasileiras, mas porque há formulações postas desde as lógicas engendradas no Brasil que determinam que o acesso a direitos e à cidadania é desigual, e temos Outras mesmo entre as Mesmas – como brasileiras negras, indígenas, pobres, mulheres, homossexuais, camponesas e outros grupos de minoria de direitos.

Zelaya (2018), refletindo sobre os entrecruzamentos da implementação de direitos com o humanitarianismo, fala sobre a centralidade que a categoria de “vítima” assume nesses contextos – em especial, como uma estratégia garantidora de direitos. Articulando diversas autoras, ela argumenta que “o status de vítima outorga reconhecimento e serve para sair da invisibilidade” (p. 98), o que evidenciaria o vínculo entre a noção de vítima e a de cidadão. Ela relata que em seu itinerário de pesquisa, surpreendeu-se com o fato de que, ao contrário do que suspeitava, era a demonstração de algum tipo de sofrimento que fornecia à imigrante algum tipo de reconhecimento, e a valorização não ocorria pela contribuição que poderia dar ao país (p. 100). O relevo político, então, é alcançado por meio da requisição de direitos apoiada na expressão de um sofrimento, o que mobilizaria a rede de apoio e os poderes públicos a tomar medidas “urgentes”. Esses sujeitos, como a autora define, são “quase-refugiadas”, segundo o critério da mobilização dos sofrimentos.

O sofrimento, dessa forma, torna-se capital político, como argumentam Fassin e Rechtman (2009), e o lugar de imigrante-refugiada passa a ser co-produzido pelos

sujeitos da imigração-refúgio, em um movimento eminentemente político de tensionamento das conformações jurídico-legais da categoria, e da ajuda humanitária de fato oferecida a essas pessoas. É preciso, por parte dos sujeitos do refúgio, justificar sua condição e seu sofrimento por meio da temporalidade passada – daí a necessidade de campanhas de conscientização e debates sobre as situações de sofrimento motivadoras do deslocamento: é preciso que se saiba sobre os mortos do Congo, e de tantos outros lugares. Mas é a temporalidade do presente contínuo, aquela que se estende ao futuro, que baseia a percepção dessa diferença: se os oito anos de guerra na Síria valem mais que os mais de vinte anos de guerra no Congo, é porque essa diferença é formulada desde aqui, e é crivada daquilo que se percebe enquanto **racismo** – uma hierarquia de alteridades (Machado, 2009) que valoriza mais determinados grupos baseada em diferenciações realizadas a partir de critérios raciais tais como eles são observados aqui, entre outras possibilidades de se interseccionar diferencialidades.

*Hierarquia das alteridades: a dimensão cultural e temporal da imigração-refúgio, e a pressuposição de “pré-modernas”*

“Significativamente, a imigração qualificada não tem problemas. São os pobres que incomodam e é a eles que a categoria imigrante se aplica.” (Seyferth, 2008, p. 17)

A argumentação de Seyferth sobre a conjuntura da globalização em 2008 tenta erigir a variável classe, e a alcunha quase automática de “qualificada” à migração tida como “estruturada”, a uma posição de destaque nos debates sobre a questão migratória. Por outro lado, e como ela mesma argumenta, não é possível realizar um exercício de determinismo simbólico e saber, a partir de um movimento narcísico de descoberta da Outra por meio de uma análise ensimesmada, para quê e para quem o epíteto “qualificada” servirá, a quem (e por que) as imigrantes-refugiadas pobres incomodam, e o que será mobilizado na realização desse empreendimento sócio-semântico. Nesse sentido, e como já foi apresentado, a variável “racismo” é uma das categorias mobilizadas no choque semiótico entre os mundos forçados a se equacionar quando essas linhas se entrecruzam tanto pelas imigrantes-refugiadas, que “descobrem que são negras” no Brasil, como para as brasileiras, que não só apresentam-nas ao racismo através de sua prática efetiva, mas também apresentam-nas à luta antirracista e ao capital político do sofrimento da forma como ele é articulado desde aqui.

Entretanto, não só as categorias “raça” e “classe” ou “renda” são articuladas desta forma e com este propósito. Também aqui nota-se a fractalidade das mônadas da experiência migratória. **Cultura** é uma categoria acionada diversas vezes, seja por imigrantes-refugiadas ou por nacionais brasileiras pertencentes ou não a serviços de assistência migratória, para lidar com a produção e a percepção da diferença. As diferenças culturais são produzidas, percebidas e significadas de diversas formas, e já foram trabalhadas sob a perspectiva de dificuldade de assimilação por diversas autoras (Hamid, 2012; Machado, 2004; 2009; 2013; Cavalcanti e Simões, 2013; Seyferth, 2008; 2011). Seyferth, por exemplo, pontua que “cultura e etnicidade estão entrelaçados, o que evidencia a diferença (em relação aos ‘outros’)” (Id., p. 51). Nesse sentido, a categoria cultura é articulada para mediar relações entre brasileiras e imigrantes-refugiadas e entre imigrantes-refugiadas e imigrantes-refugiadas.

Em outros momentos deste capítulo, mencionei a pressuposição de uma mente “pré-moderna” projetada sobre imigrantes-refugiadas. Irei me ater a esse aspecto por um momento. Concordando com Latour (2016), considero que a “modernidade”, o “moderno” e a “modernização” apontam para uma definição de passagem do tempo e, quando tais termos aparecem, definimos, “por contraste, um passado arcaico e estável” (p. 15). Longe de querer reificar um projeto que se pretende universal – e unívoco – de mundo uno e externo às produtoras de significado e dos símbolos usados para descrevê-lo (e criá-lo), a ser apreendido pelo exercício da razão, como é o projeto da modernidade e como a definição, por exemplo, de “pós-moderno” pressupõe a superação (temporal) de um estado de modernidade (e como superar o que nunca existiu? [Id. Ibid.]), entendo como mente “pré-moderna” aquela que é imaginada em um ponto passado em relação ao presente: ao separarmos o mundo entre modernos e pré-modernos, em uma purificação crítica temporal, separamos também quem está no presente e quem está no passado dessa linearidade. A modernidade, então, cria, ao mesmo tempo, a humanidade e a não-humanidade das coisas, separadas em dimensões temporais e em regimes ontológicos distintos e organizados em uma linha temporal que se pressupõe evolutiva.

Dessa forma, diversos registros de campo podem ser trazidos à guisa de exemplo. O primeiro ocorreu em um dos dias em que estava indo dar aulas de português em Guaianases. Três outras voluntárias estavam comigo e, como era a primeira aula do ano, íamos conversando sobre as expectativas, dificuldades e peculiaridades de se dar aulas de português para imigrantes. Uma das professoras pontuava que o Coletivo

contava com vários professores homossexuais, e que eles sentiam um certo receio em falar abertamente sobre essa questão junto às alunas do curso, pois imaginavam que a reação seria muito negativa. Outra professora sublinhava sentir que as alunas não aprovavam o fato de que ela era casada, mas ainda não tinha filhos. Houve aulas, inclusive, com textos e debates sobre temas considerados importantes, como o feminismo, com trechos do livro “Sejamos Todos Feministas”, da escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie (2015), uma espécie de manual de introdução ao feminismo com exemplos cotidianos, que utiliza os contrastes entre a vida de mulheres em Lagos, na Nigéria, e em metrópoles cosmopolitas de influência mundial, como Londres e Nova York, onde, presume-se, há um ambiente “moderno” e “mais feminista”. Depois de o texto ser lido pelas alunas, as professoras pediam uma breve interpretação do que foi lido, e também que comparassem o contexto brasileiro com o do país de origem – as alunas eram majoritariamente haitianas e nigerianas.

Também sobre a questão das relações de gênero, em uma das reuniões da Rede, a psicóloga de uma Organização Não-Governamental fundada por dois imigrantes-refugiados para prestar assistência a essa população, M.F., comentava o caso de uma mulher congoleza, P., que vinha acompanhando. P. teve problemas com a filha, que fez uso de drogas e estava passando a maior parte do tempo na rua. Ao mesmo tempo, P. também era ativista da causa das imigrantes-refugiadas, em geral, e das refugiadas congolezas, em específico. M.F., então, dizia que era um peso muito grande para P. suportar, e que é preciso dar atenção para o “cuidado ao cuidador”<sup>23</sup>. Nisso, uma das psicólogas tomou a palavra para dizer que, “como militante feminista”, ela entendia o que M.F. estava dizendo pois ela própria sentia que necessitava de cuidado, e convivia com várias militantes que passavam pela mesma condição – em especial, reconhecia a necessidade das mulheres imigrantes-refugiadas, vítimas de um machismo mais agudo que o enfrentado pelas brasileiras<sup>24</sup>. Então A., um homem sírio, tomou a palavra para

23 “Cuidado ao cuidador” é uma expressão bastante utilizada por minhas interlocutoras, em especial as da área da psicologia. Pressupõe que uma pessoa, ao oferecer cuidado a outrem passa por um desgaste emocional que requer acolhimento e atenção tanto quanto o da pessoa que necessitou do primeiro cuidado. O “cuidado ao cuidador” é, então, um cuidado de saúde mental.

24 Não é minha intenção minimizar as experiências de sofrimento de ativistas das mais diversas causas, tampouco diminuir o impacto que as relações de gênero desiguais têm nas vidas de imigrantes-refugiadas. Muitas delas sofrem com várias facetas do machismo, e os casos de violência doméstica se multiplicam entre as imigrantes-refugiadas. Considero, sim, ser necessário abordar essa questão. Entretanto, procuro pontuar que essa pressuposição tangencia a percepção de um caráter “pré-moderno” das imigrantes-refugiadas: as mulheres por aceitarem, e os homens por praticarem a violência – desconsiderando, por exemplo, que a homofobia e o machismo também são problemas compartilhados por brasileiras e por aquelas que, além de nós, consideramos modernas (talvez até mais que nós), como europeias e estadunidenses.

dizer que ele ouviu muito que os homens imigrantes-refugiados são machistas, e que homens árabes eram especialmente acusados disso. Entretanto, ele afirmou:

“Outro dia, eu tava andando na rua, eu vi uma igreja, uma igreja cristã. Era cinza por fora... como que é o nome da igreja? Con... Congregação do Brasil... Congregação Cristã do Brasil! E aí eu entrei, e tava tudo separado, tinha homem sentado de um lado, e mulher sentada de outro. Mulher, tudo usava véu. Aí eu fiquei pensando, ‘mas o árabe machista’, ‘mas o árabe’... eu sei que mulher sofre, mas não é só imigrante, não é só árabe”. - Registro de campo, 07/12/2018<sup>25</sup>.

A pressuposição, portanto, de que imigrantes-refugiadas são geralmente mais homofóbicas, machistas e carregam preconceitos arquitetados em uma mente “pré-moderna”, que ainda não tiveram contato com o que há de mais *up-to-date* em termos de respeito aos direitos humanos e às liberdades individuais, é bastante comum, e não se dá em relação a todos os grupos, mas especialmente àqueles não-brancos, e/ou considerados modernos. Conheci, por exemplo, alguns imigrantes europeus em cujos contextos essa pressuposição nunca veio à tona, embora alguns deles fizessem comentários considerados machistas e homofóbicos frequentemente, além de um caso onde havia um processo criminal instaurado por violência doméstica – em compensação, a sugestão de que as mulheres brasileiras aproveitavam-se dos homens europeus apareceu por diversas vezes, inclusive por iniciativa de brasileiras. Se imigrantes-refugiadas “descobrem que são negras” no Brasil, elas também descobrem as questões de gênero e regras de condutas interpessoais relativas a direitos individuais considerados inalienáveis em disputa no país – e é a sua cultura que é trazida como categoria explicativa de sua conduta “pré-moderna”: em outras palavras, elas também se descobrem machistas, homofóbicas e atrasadas. O indivíduo, portanto, deve ser produzido através de um processo de descontinuação do todo que representa a sua cultura, tida enquanto “pré-moderna”, “atrasada” e, em determinados momentos, como moralmente condenável.

25 Hamid (2012) descreveu como a “cultura” e os “problemas culturais” de refugiadas palestinas reassentadas no Brasil era trazida pelas agentes de integração da Cáritas brasileira, articulando a ideia de que “a cultura ‘de lá’ seria marcada pela opressão masculina e pela conseqüente submissão feminina, na qual era normal que os homens tivessem amantes, que as mulheres apanhassem, não tivessem qualquer direito ao trabalho ou não pudessem utilizar métodos anticoncepcionais” (:161). Em um episódio que acompanhei em campo, pude presenciar a fala de brasileiras envolvidas em um projeto de educação em saúde para refugiadas ressaltarem a dificuldade de abordar o tema de métodos contraceptivos com pessoas “do mundo árabe”. A reunião, entretanto, deu-se em uma entidade vinculada à Igreja Católica, que tem posicionamento oficial contrário ao uso de métodos contraceptivos por parte de seus seguidores – e coordena a maior parte dos projetos de assistência a imigrantes-refugiadas em São Paulo.



Um outro exemplo é interessante para ilustrar o que quero dizer quando afirmo que o indivíduo deve ser produzido através de um processo de descontinuação de sua cultura pré-moderna. Em um dos dias de atendimento no Programa de Psiquiatria Social e Cultural ligado ao instituto de psiquiatria de um hospital universitário, o Ambulatório, uma das psicólogas da equipe relatava o caso de uma paciente classificada como “japonesa”, embora ela tivesse nascido no Brasil e fosse a terceira geração de uma família de imigrantes. Ela foi descrita como muito introspectiva, com um “jeito japonês de falar”. Entre outros detalhes do caso, ela era tida como uma pessoa contínua à sua família: morava com a mãe, o pai e a irmã apesar de seus 44 anos – o que demonstra uma expectativa da psicóloga, que também tinha ascendência nipônica, de que um indivíduo “saudável” já teria deixado a casa dos pais nessa idade –, nunca havia tido um relacionamento amoroso, dizia gostar mais de seu cachorro do que de suas amigas, entre outras coisas. Em um dado momento, ela foi aprovada em um concurso público na Caixa Econômica Federal, e começou a trabalhar. Entretanto, isso não durou muito: após descobrir uma atitude irregular de seu gerente, denunciou o caso<sup>26</sup> e foi demitida. A psicóloga frisou que, quando isso aconteceu, quem foi negociar sua saída do emprego foi seu pai. Uma das propostas terapêuticas da psicóloga era realizar um trabalho de “trazer o indivíduo à tona”, segundo ela. Para “expandir o indivíduo”, ela propunha que a mulher saísse da casa dos pais, conseguisse um emprego e tocasse sua vida de maneira independente. Era preciso realizar o trabalho psicológico – e, portanto, da alçada de atuação no indivíduo – de se descontinuar de sua família, pois era preciso que ela “descobrisse a própria vida”. Seu mundo, descrito pela psicóloga como “bidimensional”, precisaria adquirir uma complexidade não existente antes.

Não só a questão relativa aos direitos humanos e às liberdades individuais é acionada para ilustrar a pressuposição do “pré-modernismo” de imigrantes-refugiadas. É comum que se associe as comunidades latino-americanas ao problema do alcoolismo, pois essa seria “uma questão cultural” para as latinas. Como M., que disse que bolivianas “gostam de uma cachacinha”, várias outras interlocutoras de pesquisa pontuaram sobre como é comum o abuso da ingestão de álcool em comunidades latino-americanas por essa ser uma questão cultural desses povos. Também reforça-se o fato de que essas pessoas não costumam tomar banho, e isso também é trazido enquanto uma

26 Bom ressaltar que isso foi tratado como um “traço de caráter japonês”, pois japonesas teriam uma maior propensão a atitudes honestas do que brasileiras. A razão do conflito, portanto, estava em não ter absorvido o que a equipe chamou de “jeitinho brasileiro”: uma malandragem nata, inerente ao caráter da brasileira. Aqui também há uma divisão temporal visível: à brasileira, seria preciso – e desejado – que evoluísse ao ponto de honestidade em que se encontraria a japonesa.



“questão cultural”. Ao mesmo tempo em que há o esforço para se “desmistificar” a imigração-refúgio, usando o argumento do combate ao estereótipo de que as comunidades latino-americanas seriam pouco higiênicas em seu cuidado com o corpo, reforça-se essa ideia ao dizer que, sim, esse é um traço cultural e que é preciso entendê-lo e respeitá-lo: muitas vezes, a defesa do respeito a esse multiculturalismo enquanto valor político vem com a elaboração de justificativas para o comportamento em questão. Mais de uma vez pude presenciar a associação entre o alcoolismo e a falta de higiene de latino-americanas à pobreza aguda a qual elas estariam submetidas, por exemplo.

Machado (2008) define “hierarquia das alteridades” como uma forma de escalonar valorativamente as diferentes populações. Analisando o contexto português, ele descreve como determinadas características eram usadas para qualificar as populações imigrantes no país. Nesse sentido, algumas características tidas enquanto representativas das brasileiras, como alegria, simpatia e cordialidade, e eram valorizadas em relação a outras imigrantes, que não possuíam tais características, especialmente nas relações de trabalho. Nos casos apresentados, parece ocorrer algo semelhante, mas que não se restringe à esfera trabalhista: há uma hierarquia das alteridades que projeta determinadas características em relação a imigrantes-refugiadas consideradas “pré-modernas” em um presentismo (Trajano Filho, 2012) que pressupõe que essas pessoas não compartilhavam nossa realidade temporal antes de chegar aqui – elas viviam, portanto, no passado representado “pela quase total ausência de fluxos de longo alcance, pela repetição tediosa e pelo ritmo lento dos afetos face a face” (Id. Ibid., p. 25-26). Isso se dá em especial em relação aos imigrantes-refugiados de países das franjas do capitalismo global e que são ex-colônias europeias, como aqueles africanos, asiáticos e latino-americanos. A imigração-refúgio, então, torna-se também uma viagem no tempo: os “pré-modernos” precisam ser atualizados em relação à realidade do tempo presente, aprendendo que o indivíduo existe, é autônomo, independente e responsável por seus atos. É preciso também atualizá-los em relação ao combate ao machismo, à homofobia, ao racismo e a outras pautas políticas que pressupõem-se não serem articuladas em seus países de origem por serem próprias de um tempo presente que eles não coabitam conosco.

### ***Humanitarianismo-dádiva***

L. é um homem colombiano, solicitante de refúgio e tinha 32 anos de idade quando nos conhecemos. Chegou ao Brasil em 2017, permanecendo em Campo Grande,

Mato Grosso do Sul, por algum tempo. Depois disso, mudou-se para o Rio de Janeiro, e enfim veio morar em São Paulo em 2018. Na Colômbia, trabalhava com grupos paramilitares envolvidos com o narcotráfico, realizando serviços de inteligência – definido assim mesmo por ele, sem maiores explicações. Já falava português muito bem, apesar do pouco tempo no Brasil. Saiu do seu país ameaçado de morte após ter ajudado dois meninos que trabalhavam em uma linha de produção de narcóticos no meio da selva a escapar. L. tinha vários problemas para dormir. Dizia que demorava a pegar no sono e, não raro, tinha pesadelos que o faziam acordar durante a noite, e ele não conseguia retomar o sono. Os pesadelos costumavam ser sobre situações de violência que ele havia presenciado e, quando isso acontecia, fazia uso de psicotrópicos para dormir e ficar mais tranquilo. Ele também reafirmou diversas vezes que as condições às quais ele estava submetido no Brasil eram “traumatizantes”<sup>27</sup>: reclamava que antes de chegar ao país, era independente e vivia de suas próprias forças, enquanto aqui necessitava da ajuda do governo – ele repetia constantemente que não confiava em absolutamente ninguém.

L. me relatou que passava por diversos conflitos no centro de acolhida onde estava temporariamente abrigado. Ele dizia que não lhe era permitido tomar seu banho assim que acordava, pois existiam horários para que isso ocorresse, e não tomar banho ou tomá-lo com água quente lhe incomodava sobremaneira, dizendo ele que o cheiro era algo que lhe deixava “muito revoltado”. Quando conversei com a assistente social do abrigo, ela me disse, em tom de obviedade, que os banhos matutinos de L. costumavam acontecer por volta das 4h da manhã, e que elas não poderiam permitir pois isso incomodava as outras albergadas – e, neste ponto, é interessante notar que “trazer o indivíduo à tona” é uma fonte de conflitos, não de soluções. Além disso, ele dizia que implicavam inclusive com a temperatura da água em que ele o fazia sob o argumento de que ele não religava o chuveiro após tomar seu banho gelado pela manhã – chegaram, inclusive, a travar a chave do chuveiro no modo “inverno” para que ele não pudesse mais desligá-lo, obrigando-o a tomar banhos quentes. Uma outra causa de conflito é que L. dizia sentir muito sono durante o dia, e solicitava ao abrigo que ele pudesse dormir durante a tarde, o que lhe era negado: o centro de acolhida dizia que só mulheres eram permitidas durante o dia e que, nesse período, esperava-se que L. estivesse buscando um trabalho e, portanto, ele não poderia ficar dormindo. Alguns dias depois, L. me ligou dizendo que estava indo para Mogi das Cruzes pois havia sido desligado do centro de

<sup>27</sup> Aqui, é preciso pontuar que o trauma, enquanto categoria delineadora dos sofrimentos, não remete a eventos passados, mas ao presente. Tampouco tem uma dimensão episódica, mas é transversal no tempo.

acolhida, e que este havia inclusive pagado a passagem para que ele fosse embora de São Paulo.

Casos como o de L. são comuns entre imigrantes-refugiadas. Os serviços de albergamento geralmente condicionam a concessão de abrigo a diversas contingências. Alguns serviços, como os Centros Temporários de Acolhimento (CTA) do Butantã, na Zona Oeste, e de São Mateus, na Zona Leste, onde diversas venezuelanas ficaram abrigadas, têm pouca ou nenhuma infraestrutura em seus arredores – o do Butantã, por exemplo, está localizado às margens da rodovia Raposo Tavares, e ouvi reclamações de várias venezuelanas sobre a inexistência de restaurantes, estações de metrô ou trem ou órgãos de assistência migratória, que ficam majoritariamente localizados na região central da cidade. As venezuelanas que conheci também reclamavam que o programa de interiorização comandado pelo ACNUR e o Governo Federal – e em parceria com a prefeitura de São Paulo e a Igreja Católica, que se dispuseram a abrigá-las – não havia planejado sua chegada de maneira criteriosa. No CTA Butantã, por exemplo, muitos conflitos com moradoras de rua – que dividiam as vagas com as venezuelanas<sup>28</sup> – surgiram. As imigrantes-refugiadas reclamavam porque “estavam em família”, e que havia moradoras de rua em uso de substâncias dentro do CTA – algumas disseram, inclusive, que havia uma “minicracolândia” no parque próximo ao local. Um de meus interlocutores, C. S., diz ter sido expulso do abrigo após confrontar sistematicamente as funcionárias do local, e de ter mobilizado colegas para apoiar suas reivindicações junto ao vereador Eduardo Suplicy (Partido dos Trabalhadores).

Em outro exemplo, vários grupos organizam doações de alimentos e roupas a imigrantes-refugiadas. Em um desses eventos de doações que ocorreram em Guaianases, organizado por funcionárias de uma universidade privada, estive presente. Uma funcionária da universidade procurou o Coletivo para saber como doar cestas básicas, arrecadadas entre as funcionárias da empresa, às alunas do curso de português. As integrantes do Coletivo concordaram em ceder o tempo de metade da aula para que as doações fossem feitas, fazendo somente a ressalva de que havia muitas alunas para atender (por volta de 50), e era necessário garantir que todas fossem contempladas. A funcionária, então, disse que não tinha problema, que iriam atentar-se para que todas recebessem alimentos. No dia, após um atraso de mais de meia hora, a funcionária com quem combinamos tudo chegou acompanhada de duas estagiárias ao CEU Jambeiro, mas não traziam cestas básicas consigo, e sim alimentos variados e escassos. Eram

28 O CTA São Mateus abrigava exclusivamente venezuelanas, enquanto o CTA Butantã abrigava também população em situação de rua.

alguns pacotes de arroz, alguns de macarrão, alguns de feijão, bolachas, pastas de dente, sabonetes, achocolatado e alguns outros itens – em alguns casos, havia apenas uma unidade do item. Não havia o suficiente para todas, e então elas separaram em kits com dois ou três itens para cada, no máximo: algumas imigrantes-refugiadas ficaram com apenas um pacote de macarrão e um pacote de bolacha, por exemplo, e o descontentamento era visível. Antes de iniciar a doação, as alunas ainda tiveram que aguardar que as funcionárias fizessem fotos dos alimentos para divulgação posterior na empresa. As integrantes do Coletivo – inclusive eu – ficaram incomodadas, e vetaram novos eventos desse tipo após esse dia.

Vários dos serviços de assistência, em especial os que fornecem algum tipo de ajuda financeira ou doações de alimentos e roupas, condicionam o fornecimento de auxílio a algum tipo de contrapartida (ou contradádiva [Mauss, 2003]). É necessário que se comprove “estar tentando” por meio de atestados de comparecimento a cursos de português ou profissionalizantes, atestados de comparecimento aos Centros de Atendimento do Trabalhador (CAT) e entrevistas de emprego, e outras “provas” de que a imigrante-refugiada não está se aproveitando da boa vontade da ajuda humanitária. Também espera-se (e, de maneira prática, cobra-se) que não se questione as condições das ajudas oferecidas – e, quando isso ocorre, a ingratidão é vista como uma falta grave por parte das imigrantes-refugiadas.

Hamid (2012) também aponta para o que chama de “dádiva-refúgio” para referir-se à “reação resignada de gratidão” (p. 121) esperada das refugiadas palestinas pelo Conare e pelo ACNUR após a concessão de refúgio que as reassentou no Brasil. Para a autora, a ideia de que a concessão de refúgio articulava-se enquanto uma dádiva – uma salvação para as refugiadas, que aceitariam “qualquer coisa” para sair de onde estavam no Iraque –, e a contradádiva esperada era justamente a demonstração de gratidão por terem suas vidas salvas. Entretanto, prefiro referir-me ao termo enquanto “humanitarianismo-dádiva”, uma vez que essa não é uma configuração atrelada somente à concessão de refúgio, mas a toda a ajuda humanitária oferecida a imigrantes-refugiadas no Brasil. Não só a gratidão torna-se uma contradádiva possível, mas também a docilidade e a submissão. As doações, feitas mediante a exigência de contrapartidas (que variam de gratidão ao silêncio não questionador, ou até comprovações práticas de que “estão tentando”), também não levam em conta a necessidade dos sujeitos-alvo delas - o que dispensa ouvir o que estão pedindo. A ajuda, portanto, não se pauta pela necessidade das imigrantes-refugiadas, mas pelo que as

brasileiras estão interessadas em doar/trocar. Questionar a dádiva é interromper essa relação de troca por meio da recusa do oferecimento da contradádiva da passividade e do comportamento ordeiro, e, assim, transforma-se a relação – que não deixa de existir, e passa a acontecer sob outros parâmetros. Forçar o estabelecimento de um campo de interlocução com brasileiras (e com o Brasil) é um evento disruptivo para imigrantes-refugiadas, pois esse campo não existe antes que um rompimento com a lógica do humanitarianismo-dádiva aconteça.

### *Nação Guaianases*

Guaianases é um bairro localizado no extremo leste da cidade de São Paulo. Tem o antepenúltimo pior registro do Índice de Desenvolvimento Humano da cidade, pontuando em 0,713, e ficando em 30º lugar no ranking que compila os dados de trinta e duas subprefeituras do município. O bairro tem um passado indígena: a etnia das Guaianás habitou a região até meados do século XIX, quando foi considerada “extinta” – e os paralelos que podem ser traçados entre a extinção e a assimilação são múltiplos, pois ser assimilada é também deixar de existir enquanto si mesma, tornando-se outra. Guarda ainda uma forte influência de migrantes: com a chegada da linha férrea à região em princípios do século XX, uma grande quantidade de italianas, espanholas e portuguesas passaram a habitar o bairro. Migrantes internacionais de outras origens também são reportadas, como romenas, armênias, japonesas, argentinas, uruguaias, alemãs e iugoslavas (Silva, 2015), além de migrantes internas – majoritariamente negras, vindas do estado de Minas Gerais e de estados do Nordeste (o bairro foi, por vezes, chamado de “Bahianases” por algumas paulistanas que conheci). Se em um determinado momento, a política de branqueamento incentivada por meio da busca por imigrantes europeias “embranqueceu” o bairro, ele “reenegrece” entre os anos 1930 e 1960 (Id. Ibid.).

Hoje, Guaianases tem o 4º maior percentual de moradoras autodeclaradas negras entre os distritos do município de São Paulo. Pretas e pardas representavam, em 2015, 54,6% da população total do bairro, enquanto a proporção de negras na cidade como um todo é de 37%. Isso representa 7,5 vezes mais negras morando em Guaianases do que no bairro de classe média-alta/alta de Pinheiros, Zona Oeste da cidade, que tem 7,3% de suas habitantes autodeclaradas negras<sup>29</sup>. Também há uma clara distinção salarial: se a remuneração média mensal do bairro do Campo Belo, Zona Sul da cidade, era de R\$

29 “*Paralelos tem 7,8 vezes mais negros que Pinheiros, diz levantamento*”. Disponível em: , último acesso em 09/01/2019.

10.079,98 em 2017, Guaianases registrava remuneração média mensal de R\$ 1.502,85 (Mapa da Desigualdade, 2017). Todas essas condições são ressaltadas pela dificuldade em se locomover para dentro ou para fora do bairro: o tempo de deslocamento médio diário de seus habitantes pela cidade de São Paulo chega aos 206 minutos (quase 4 horas), o maior entre todas as regiões do município<sup>30</sup>.



*Figura 1. Grafite de uma menina negra com um punho em riste na estação de trem de Guaianases. Registro de campo, 29/09/2018.*

E é para este bairro que tem se direcionado um novo fluxo de migrantes internacionais, inaugurado pela instalação de várias imigrantes nigerianas no começo da década de 2010, seguidas por haitianas, senegalesas, congolezas, bolivianas, camaronesas, sul-africanas, venezuelanas e iemenitas. Nos estabelecimentos comerciais do bairro, já é possível cruzar com cartazes e cardápios com traduções em inglês, francês, espanhol e *krèyol*. Não é preciso andar muito para ver igrejas evangélicas fundadas por imigrantes-refugiadas, majoritariamente por nigerianas e haitianas, de onde se ouvem cânticos e hinos religiosos entoados a plenos pulmões durante toda a semana, com cultos acontecendo de segunda a segunda – as que conheci, promoviam cultos aos sábados. Guaianases conta com aluguéis mais baratos que os da região central da cidade e permite que os imóveis sejam alugados informalmente, sem as garantias

<sup>30</sup> Pesquisa sobre mobilidade urbana – Rede Nossa São Paulo e Ibope. Disponível em , último acesso em 10/01/2019.



financeiras e burocráticas exigidas por imobiliárias em regiões centrais. Esse fator, conjugado à presença de co-nacionais que facilitam a criação de redes migratórias que privilegiam o bairro no momento da escolha do local de moradia, e ao fato de Guaianases ser identificado enquanto um “bairro negro” (ou um “bairro não-branco”), tornam o local um pólo de atração de imigrantes-refugiadas. São suas histórias que procurarei esmiuçar agora.



Figura 2. “Tallest cybercafé: internet browsing and international callcenter”. Empreendimento de um imigrante-refugiado nigeriano em Guaianases. Registro de campo, 02/02/2019.

### ***A periferização de determinados grupos de imigrantes-refugiadas***

J. A. é um haitiano de 30 anos que mora no Brasil há dois. Seu irmão já morava aqui há cinco anos quando o convidou para vir, dizendo que o país era bom “especialmente na área de Engenharia Civil”, curso no qual se graduou na República Dominicana. J.A. é proficiente em cinco línguas: *krèyol*, francês, inglês, espanhol e português. Ao chegar no Brasil, passou um tempo em Santos, antes de mudar-se para São Paulo. Sua primeira casa era próxima à estação de trem do bairro de Guaianases, atravessando a ponte sobre o córrego Itaquera-Mirim no ponto próximo a sua junção com o Ribeirão Guaratiba, tornando-se o Rio Itaquera. Porém, ele dizia que a margem direita do rio era mais violenta e tinha mais assaltos, então decidiu mudar-se para o

outro lado, também próximo à estação de trem. Hoje mora em uma pequena casa de fundos de dois cômodos (cujo pé direito – a altura entre o chão e o teto – não é alto o suficiente para que um homem adulto permaneça de pé sem curvar-se) na região central do bairro, junto a sua irmã e seu sobrinho.

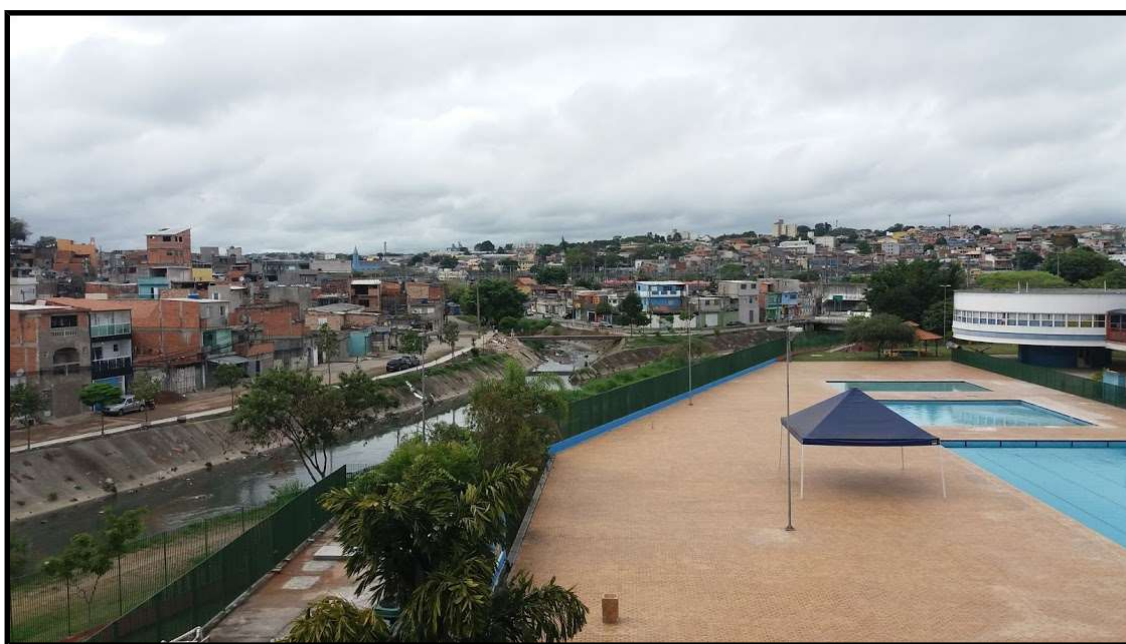
J. A. conseguiu validar seu diploma de engenheiro civil, algo que muitas de suas conhecidas e amigas não conseguiram fazer pelo valor proibitivo do processo, que pode custar até R\$ 20 mil, a depender do número de traduções juramentadas que sejam necessárias. Refugiadas têm, no estado de São Paulo, direito a submeter-se gratuitamente ao processo de revalidação de diplomas por ocasião da Lei Estadual nº 16.1685, de março de 2018. Não seria o caso para J.A., que tem residência garantida pelo visto humanitário previsto pela Resolução Normativa nº 97, do Conselho Nacional de Imigração (CNIg), e teve que pagar pelos trâmites<sup>31</sup>. Mesmo assim, ele não conseguiu nenhum emprego em sua área. Enviou dezenas de currículos a empresas do ramo, chegando a trabalhar como voluntário para algumas delas, mas diz que ninguém nunca ligou para ele nem para agendar uma entrevista. Conseguiu, então, emprego como tradutor em uma estação da linha amarela do metrô, para depois começar a dar aulas particulares das línguas que falava. Nesse ínterim, fez cursos profissionalizantes de estamparia, pedreiro e panificação.

Várias histórias como essa se entrecruzavam no bairro. J. A. relacionava-se bem com sujeitos das mais diversas nacionalidades – a maioria era de haitianas, mas havia também venezuelanas, camaronesas, iemenitas, nigerianas e brasileiras. Com um perfil agregador, ele intermediava as interlocuções entre diversas actantes desse cenário: atuava como monitor do curso de português do Coletivo, indicava cursos profissionalizantes e vagas de empregos a imigrantes-refugiadas do bairro, orientava suas colegas a respeito dos serviços de assistência – e orientava os serviços de assistência a respeito de suas colegas -, realizava eventos sobre sua fundação de assistência a crianças haitianas migrantes na República Dominicana e auxiliava nos eventos organizados por outras pessoas, fossem brasileiras ou imigrantes-refugiadas.

31 Apesar da proximidade das experiências de imigrantes-refugiadas haitianas à de outras nacionalidades, a categoria de refugiada e/ou solicitante de refúgio garante um sistema mais robusto de proteção e assistência social do que o que é garantido àquelas consideradas imigrantes-refugiadas “econômicas” e/ou “ambientais” (cf. Bersani, 2016). Entretanto, não foi o caso observado, por exemplo, quando da chegada das primeiras venezuelanas à São Paulo, que pude acompanhar: apesar de contarem com um dispositivo legal análogo ao visto humanitário haitiano (a Resolução Normativa nº 126), as imigrantes-refugiadas dessa nacionalidade contavam com apoio do ACNUR e da Cáritas, que lhes fornecia assistência financeira, auxílio de empregabilidade e outros serviços que seriam destinados somente para refugiadas e/ou solicitantes que tivessem parecer positivo ou ainda sem definição do CONARE e da própria Cáritas – que, é bom ressaltar, restringiu o público atendido no início de 2018 para refugiadas e/ou solicitantes com pareceres indefinidos ou positivos.



Nos conhecemos no curso de português do Coletivo: eu, enquanto ingressante para ser professor voluntário neste, que foi o primeiro curso para imigrantes-refugiadas do bairro; ele, já enquanto integrante do Coletivo. Com grande fluência verbal em português – e uma verve política indiscutível –, ele havia recentemente deixado de ser aluno, e passado a ajudar na organização de atividades do Coletivo: ia a reuniões, fazia traduções para aquelas que eram recém-chegadas e não falavam nada de português, convidava novas alunas para irem ao curso, fazia as vezes de mediador entre professoras e alunas, auxiliava nas atividades extraclasse, entre várias outras coisas. A maioria das alunas do curso eram haitianas, mas também haviam nacionais de outros países: camaronesas, nigerianas (que eram a maioria no início do curso, e foram abandonando-o paulatinamente), iemenitas e venezuelanas. Também tínhamos conhecimento de grupos de bolivianas e congolezas no bairro, mas elas não chegaram a frequentar o curso.



*Figura 3. Vista de Guaianases desde o CEU Jambreiro. À esquerda, o rio Itaquera. Registro de campo, 29/09/2018.*

Guaianases não conta com nenhum órgão de assistência migratória. O curso de português do Coletivo, como mencionei, foi o primeiro curso desse tipo do bairro, e iniciou suas atividades em 2017. Não existem casas de acolhida, núcleos de assistência jurídica e de regularização migratória, centros de auxílio em empregabilidade ou outros serviços especializados. É comum que os serviços de assistência a migrantes, sejam eles coordenados por agentes da sociedade civil ou do Estado, ofereçam auxílio para elaborar currículos, facilitem o encontro entre empregadores e imigrantes-refugiadas a

procura de emprego, ofereçam leitos provisórios para recém-chegadas, disponham de profissionais que ofereçam auxílio psicológico, disponibilizem auxílio jurídico para questões trabalhistas e de regularização migratória e ofertem ensino de português para essas pessoas.

Entretanto, para acessar esses serviços, as imigrantes-refugiadas do bairro têm que dispor de, no mínimo, R\$ 8,60 para deslocarem-se até o centro da cidade, onde a absoluta maioria deles está localizada, considerando o menor trajeto a ser feito de trem da estação Guaianases à estação Luz – e há sempre a possibilidade de que o trajeto seja acrescido de baldeações, o que aumenta o preço e o tempo dispendido no deslocamento. Em caso de estarem desempregadas, as imigrantes-refugiadas dificilmente teriam a quantia necessária para arcar com as passagens. Em caso de estarem empregadas, elas dificilmente disporiam de tempo para ir até os serviços. Dessa forma, imigrantes-refugiadas de determinados grupos não acessarão os serviços de ajuda humanitária e as políticas públicas desenvolvidas para elas. Além disso, existe a dificuldade em acessar o transporte público, especialmente para as recém-chegadas que ainda não falam português, pela dificuldade de orientar-se pelas placas e letreiros de ônibus e trens. Como argumentei anteriormente, a integração não necessariamente falha: ela é bem sucedida, se considerarmos que há a assimilação de imigrantes-refugiadas não-brancas, pobres e pré-modernas enquanto tais – permanecendo inassimiláveis se colocadas em perspectiva ao projeto que se elabora sobre o que significa ser uma cidadã brasileira, ou uma Igual, demonstrando também quais sujeitos consideramos aptos ao exercício e ao gozo da cidadania e da condição de uma Igual.

Como nas falas de R. e D. na aula de português, ou na fala de G. em sua palestra no Al Jannah, ou na fala de A. na reunião da Rede, ou nas diversas outras que atravessaram este capítulo – e atravessarão os próximos –, quem aponta para a diferença de tratamento são as próprias imigrantes-refugiadas. Cobra-se mais a assimilação justamente das inassimiláveis, pois se o humanitarismo se constroi fundado na ideia de reciprocidade, são elas que, justamente por serem inassimiláveis, mais dependerão da assistência dos serviços de auxílio – e terão que dar mais em troca. Também as imigrantes-refugiadas da parte mais baixa dessa hierarquia das alteridades serão as que mais exigirão reciprocidade dos serviços de auxílio, demandando mais ajuda humanitária, e tendo suas contra-dádivas mais exigidas. Ainda assim, mesmo que validem o diploma, falem português e tenham qualificações e um emprego, sua assimilação se dá enquanto um sujeito com direitos e potencialidades limitados, o que

pressupõe limites também para a assimilação feita. As inassimiláveis são aquelas que mais frequentam e dependem das estruturas de assistência, que posicionam-se distantes, geográfica e existencialmente (Mejía, 2010), de todo um contingente de imigrantes-refugiadas não-brancas que vão habitar as margens da cidade, da cidadania e da hierarquia das alteridades. O processo, que exige como condição para o tratamento equânime de imigrantes-refugiadas uma igualdade verificável em termos raciais, culturais, temporais e modernos, é organizado para, na verdade, construir diferencialidades e tornar umas mais iguais que outras, como na já surrada frase de Orwell (2003). Assim, as imigrantes-refugiadas nas posições mais baixas da hierarquia das alteridades, que se articula ao redor das categorias de “raça”, “racismo”, “cultura” e “tempo” – e obviamente outras, que são acionadas por meio da frequentemente citada coreografia ontológica (Thompson, 2005) efetuada pelas actantes e por suas derivações semânticas incessantes –, costumam ser assimiladas pela segregação, sendo periferizadas no centro urbano e na distribuição topograficamente irregular de direitos e de reconhecimento simbólico.

### ***Mobilidades e fronteiras geográficas e simbólicas: o acesso à cidade e à cidadania, e a socialidade das imigrantes-refugiadas***

Como pontuei na sessão anterior, a mobilidade dentro da cidade é uma das questões postas para aquelas imigrantes-refugiadas que acabam se fixando em bairros situados extremo-leste de São Paulo. Seja pela falta de recursos, seja pelo tempo dispendido, ou mesmo pela dificuldade em acessar o sistema público de transporte, as imigrantes-refugiadas que habitam no bairro mais de uma vez frisaram que não costumam sair da região para outros lugares – muitas, inclusive, disseram que não saem de casa sem que seja para compromissos de trabalho ou para estudar. Antes de 2017, ano em que o Coletivo iniciou o curso de português no bairro, seguido pelo curso oferecido pela Prefeitura, em 2018, não havia como estudar a língua sem ter que pagar para deslocar-se até a Mooca ou o Brás, onde ficavam os cursos desse tipo mais próximos de Guaianases. Ainda assim, isso significava pagar pelo transporte, e caso o curso não disponibilizasse ajuda de custo – o que alguns poucos fazem –, era (e é) comum que abandonassem as aulas. Também tinham dificuldades para fazer e imprimir currículos (especialmente em português), ir a entrevistas direcionadas para imigrantes-refugiadas – uma vez que uma das principais reclamações que ouvi em campo foi por

terem que participar de processos seletivos concorrendo com brasileiras, pela dificuldade imposta pela fluência na língua –, e para acessar opções de lazer e cultura fora da região de Guaianases. Ir à Polícia Federal ou à Cáritas realizar entrevistas de elegibilidade também poderia ser um problema – ainda que a Cáritas fornecesse auxílio transporte em casos de refugiadas.

Em um mutirão de serviços realizado pelo Coletivo, alguns órgãos foram convidados a prestar assistência às imigrantes-refugiadas alunas do curso. Como o usual, não apenas alunas estavam presentes: a notícia corre rápido pelo WhatsApp, e no sábado em que o evento ocorreria apareceram várias convidadas das alunas regulares do curso. Entre os serviços, estavam o CRAI, já citado, o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC) e o Ambulatório - para muitas alunas, era a primeira vez que estavam tendo este tipo de atendimento. O CRAI possui funcionários que também são imigrantes-refugiadas, e eles faziam as falas diretamente em francês, *krèyol* e inglês. Várias dúvidas sobre legislação (trabalhista, de imigração, de naturalização, de obtenção de visto), empregabilidade e saúde foram tiradas. Entretanto, os atendimentos propriamente ditos não puderam ser feitos, e a recomendação das representantes dos serviços era de que posteriormente as imigrantes-refugiadas fossem aos seus locais de atuação na Bela Vista, onde localizavam-se CRAI e CDHIC, ou em Cerqueira César, onde localizava-se o Ambulatório.

Em sendo as inassimiláveis as que mais dependem de tais serviços, a distância geográfica aprofundava a assimilação pela exclusão dessas imigrantes-refugiadas da periferia de São Paulo. Se as imigrantes-refugiadas habitantes de ocupações de prédios abandonados na região central por movimentos de luta por moradia organizam-se em grupos políticos articulados e em constante contato com núcleos de ativistas, professores universitários e os serviços de assistência migratória – o que torna a visibilidade para suas reivindicações maior e a respostas mais imediatas aos tensionamentos feitos –, as imigrantes-refugiadas das margens da cidade costumam não ter o mesmo acesso aos meios de visibilização de suas existências. Grupos como o G.R.I.S.T., o Coletivo “Sí, yo puedo”, a Equipe de base Warmis – Convergência de Culturas, a Presença América Latina, a Associação da Kantuta, a Associação dos Senegaleses de São Paulo, a ONG África do Coração e vários outros são muito conhecidos por pessoas do meio, foram descritos em várias matérias jornalísticas e contam com vários trabalhos sobre suas atividades<sup>32</sup>. Mesmo os trabalhos acadêmicos

32 Um exemplo deu-se na 12ª Marcha dos Imigrantes e Refugiados, realizada no dia 02/12/2018. Nela, estavam presentes vários dos grupos citados. Entretanto, avistei apenas 5 moradoras de Guaianases

não têm chegado a acessar as periferias da cidade para realizar pesquisa junto a essas imigrantes-refugiadas (Almeida [no prelo], Haydu [2018] e Gallo [2011] realizaram trabalho com congolezas residentes de Artur Alvim), enquanto, por outro lado, já existe, inclusive, uma certa aversão a pesquisadoras por parte de alguns dos movimentos de imigrantes-refugiadas do centro da cidade, dizendo que eles “falam sobre os imigrantes e nos tratam apenas como objeto de pesquisa”<sup>33</sup>.

Isso não significa que Guaianases não fervilhe de vida, e que as imigrantes-refugiadas também não povoem a região – o que pode suscitar um debate sobre a ideia de periferia e centro, uma vez que essas referências são acionadas pelas imigrantes-refugiadas para tratar da conformação territorial do próprio bairro, e não de toda extensão da cidade. Nas feiras, muitas estão presentes como vendedoras ou como compradoras. A biblioteca municipal Cora Coralina, no centro do bairro, também é constantemente visitada por elas. Outras abriram algum tipo de comércio, como salões de barbeiro e *lan houses*, em que o público é mesclado entre imigrantes-refugiadas e brasileiras. Bares e restaurantes também são comuns, e servem comidas típicas, produzindo todo um movimento de gastronomia étnica periférico. Um deles, que fica na margem direita do córrego Itaquera-Mirim, é comandado por um nigeriano, e fica lotado ao cair da noite: a música é alta, e há muita bebida, dança e bilhar. Quando a hora do almoço se aproxima, os dizeres “Food is ready” são avistados, escritos a giz no portão.

(4 haitianas e 1 venezuelano).

33 Fala de Pitchou Luambo, um dos mais proeminentes refugiados congolezes de São Paulo, com atuação no G.R.I.S.T., em Zelaya (2017, p. 403). Também é dono do restaurante “Congolinária”, localizado no bairro de Pinheiros.



Figura 4. "Food is ready" - restaurante nigeriano na margem esquerda do córrego Itaquera-Mirim. Registro de campo, 01/12/2018.

Este restaurante, sem nome, e cujas instalações são em uma casa comum, guarnecida com uma mesa de bilhar na sala de estar, e cadeiras e mesas de plástico dispostas na garagem, era comandado por um homem nigeriano, que tinha duas funcionárias: uma também nigeriana, e a outra sul-africana. Conheci este lugar por meio de J.A., que nos levou para comer lá para concretizar uma pequena *vendetta* “do bem”, como ele mesmo classificou. J.A. tem uma Fundação que presta assistência a crianças haitianas que vivem na República Dominicana, como mencionado anteriormente. No fim do mês de outubro de 2018, ele organizou um evento na biblioteca Cora Coralina para apresentar o trabalho realizado pela Fundação para as alunas do curso de português, membros da igreja da qual ele fazia parte e outras pessoas conhecidas de Guaianases, totalizando mais de 50 convidadas.

Decidido a oferecer um almoço às presentes, J.A. negociou com o seu amigo nigeriano para que este cedesse a cozinha de seu restaurante para que duas cozinheiras haitianas, suas amigas, fizessem pratos típicos do Haiti para as convidadas. O nigeriano inicialmente aceitou, mas na véspera do dia combinado decidiu cobrar R\$ 400,00 de J.A. pela utilização da cozinha, o que foi de pronto negado: ele decidiu preparar os pratos na cozinha da casa de suas amigas, o que tornou tudo mais demorado e trabalhoso pelas dimensões diminutas do cômodo. Injuriado, J.A., então, arquitetou sua



vingança: levaria todas as professoras do Coletivo para almoçar no restaurante do nigeriano. “Ele me fez um mal, mas eu não vou responder com outro mal. Agora, eu quero é dar dinheiro pra ele, levar vocês pra comer a comida dele, pra mostrar que eu não vou retribuir com mal” (Registro de campo, 13/11/2018). Ele próprio, dizia, “não gostava de fufu” pois considerava o gosto do prato muito forte, mas nos levaria para “devolver” ao nigeriano o que ele havia lhe dado, só que de maneira inversa. Assim, nesse exercício de troca dos sinais da retribuição, entramos na relação de reciprocidade estabelecida entre J.A. e o nigeriano dono do restaurante: éramos a contradádiva concedida ao nigeriano em retorno ao seu ato, considerado “pouco cristão” por J.A..



*Figura 5. Fufu, prato bastante comum nos países da África ocidental. É composto por uma massa feita de farinha de mandioca, inhame, milho, banana-da-terra ou arroz, e um caldo bastante espesso à base de peixe, carne e vegetais. Registro de campo, 01/12/2018.*

A emersão do aposto “pouco cristão” na boca de J.A. para lidar com o acontecimento envolvendo o dono do restaurante nigeriano coloca em relevo outra importante faceta da imigração-refúgio no bairro de Guaianases – e na cidade de São Paulo como um todo: a centralidade das igrejas, especialmente das igrejas evangélicas, na vida de imigrantes-refugiadas no Brasil. São dezenas de igrejas fundadas por elas, além daquelas referidas como as “de brasileiras”, mas frequentadas também por estrangeiras. Algumas servem como pouso provisório para as recém-chegadas, atuando, inclusive, na atração dessas pessoas até o Brasil – ouvi pelo menos um relato de uma igreja angolana que se mobilizava para trazer missionárias desde aquele país para atuar

em ações missionárias de evangelização aqui. Em Guaianases, a maioria de minhas interlocutoras de pesquisa eram cristãs evangélicas, mas existiam também as islâmicas e as cristãs católicas – e é bom que se ressalte que o sincretismo com outras vertentes religiosas, como o *vodou*, ocorre, mas é um assunto de difícil abordagem, e uma pergunta direta sobre o tema pode fazer naufragar a empreitada.



Figura 6. Cartaz anunciando a celebração dos dois anos da "The Light of the World International Ministry". Registro de campo, 30/03/2019

Durante o período eleitoral de 2018, por exemplo, J.A., que frequentava uma igreja evangélica de brasileiras, relatava que se assustava com o apoio de alguns de seus “irmãos” à candidatura à presidência de Jair Bolsonaro (Partido Social Liberal-RJ), dizendo chocar-se com o fato de que, mesmo sendo tratado com cordialidade e deferência, essas pessoas apoiavam um candidato “racista e contra imigrantes”. Muitos desses “irmãos” da igreja o auxiliavam em seus projetos da Fundação, ajudando na organização da palestra, gerenciando o *website*, fazendo design para camisetas a serem destinadas para a venda e para a consequente arrecadação de verbas, formulando a prestação de contas de sua Fundação, emprestando-lhe dinheiro, entre outras coisas. Não obstante, o apoio a Bolsonaro foi perene, o que intrigava muito o haitiano pela contradição acirrada, derivada do fato de que ele era negro e imigrante-refugiado, o que o tornaria um sujeito essencialmente pejorativo para eleitores do candidato de extrema-



direita, e de que ele era “irmão” - ou “irmão em Cristo” - e, portanto, usufruía, de algum modo, da rede de solidariedade e suporte representada pela igreja. Também a brasileira e a nigeriana arquetípicas produzidas por J.A. estavam sendo confrontadas – e obrigadas a responderem e se auto-corrigirem – às contrapartes reais desse sistema articulado de coreografia ontológica encenada em Guaianases.



*Figura 7. "The light of the world international ministry": igreja nigeriana em Guaianases, comandada pelo pastor Dom Chijioko. Registro de campo, 02/02/2019.*

Outro ponto nodal de entrecruzamento das linhas do fractalismo tecelar de Guaianases era o Centro de Educação Unificado Jambreiro (CEU Jambreiro), estrutura educacional municipal. O curso de português do Coletivo Conviva Diferente era um espaço em que as imigrantes-refugiadas de diferentes nacionalidades e idades encontravam-se, formavam grupos artísticos, realizavam passeios e engajavam-se politicamente. Um dos grupos, HaiBrasil, era composto exclusivamente por haitianas (aproximadamente quatro casais, podendo variar para mais ou para menos, a depender do contexto das apresentações) e ensaiava todos os dias após as aulas, para depois apresentar suas coreografias feitas para músicas *pop* de grande sucesso e outras intervenções artísticas – como um desfile de moda e um *rap* sobre o Coletivo. Em suas apresentações, também sempre cantavam um hino religioso e o hino nacional do Haiti – com a ajuda da maioria do grupo de alunas. Os integrantes do HaiBrasil vestiam-se com

roupas de cores fortes – com preferência pelas cores azul e vermelho, aludindo à bandeira haitiana.

Os passeios e eventos que o Coletivo promoveu fora de Guaianases foram uma oportunidade de circular pela cidade. Como houve um esforço para arrecadar e oferecer uma passagem de ida e volta de trem, e algumas professoras foram até a estação para acompanhar as alunas e garantir que não se perdessem, a presença foi maciça nas duas vezes em que estive presente: uma, no Museu Catavento, região central de São Paulo, que autorizou a entrada gratuita das imigrantes-refugiadas; e a outra, em uma Roda de Conversa sobre Saúde e Cultura, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - onde, após o evento, as alunas organizaram por si só um *tour* pelo Cemitério do Araçá, situado no lado oposto da Avenida Dr. Arnaldo. Nessas ocasiões, apareciam mais pessoas do que usualmente havia durante as aulas, pois a notícia circulava rapidamente – o que é uma característica comum: notícias sobre benefícios assistenciais, vagas de emprego e em cursos profissionalizantes, cursos de português, doações e passeios, como era o caso, circulam com muita velocidade entre as imigrantes-refugiadas, graças a grupos de WhatsApp e ambientes de convívio comum, como os programas de assistência e os centros de acolhida.

Dessa forma, socialidades vão sendo construídas mais interna do que externamente ao bairro de Guaianases, ainda que em alguns momentos essa escrita seja brevemente quebrada. A ida de serviços ao bairro é esporádica, bem como as iniciativas para levá-las a outros espaços da cidade. A circulação e a mobilidade dessas pessoas é restrita, e dificulta o acesso à cidade e à cidadania – tornando mesmo as brasileiras de Guaianases, majoritariamente negras, equivalentes, em determinada medida, às imigrantes-refugiadas. Ainda que acessem os serviços, haverá exigências de contradição impossíveis de serem correspondidas, o que significará, muitas vezes, a falha em se estabelecer uma relação de reciprocidade da forma como é exigida pelo humanitarismo-dádiva. E, da forma como comecei o capítulo, termino-o: se direcionarmos o olhar para as escalas fractalmente desdobradas e nos ativermos aos emaranhados de linhas entrelaçadas no bairro, veremos os movimentos de desdobramentos de nacionais arquetípicas em pessoas reais, as socialidades e relacionais construídas quando do entrecruzamento dessas linhas e a coreografia ontológica envolvida no soerguimento do alter-existência de “imigrante-refugiada”, podendo, talvez, apreender um pouco da perspectiva das inassimiláveis desde a periferia de São Paulo.

No próximo capítulo, iniciarei a transição para o debate a respeito dos serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas na cidade de São Paulo, descrevendo as correntes teóricas de intervenção terapêutica ciosas do conceito de cultura – a etnopsiquiatria, a psiquiatria transcultural e a psiquiatria social e cultural. Essas correntes teóricas são erigidas para lidar primordialmente com imigrantes-refugiadas, e por isso tornam-se tão importantes para explicitar discursos sobre as conformações mentais e/ou culturais que se elaboram a respeito desses sujeitos – é, portanto, um lugar privilegiado para pensar a como a ideia de diferença pode operar nesses contextos.

## Capítulo 2 – Etnopsiquiatria/etnopsicologia, psiquiatria social e cultural e psiquiatria transcultural

Como minhas interlocutoras psiquiatras afirmavam, toda psiquiatria poderia ser considerada social, da mesma forma que toda psiquiatria também era psicológica e biológica. A ideia de que essas três esferas de atravessamento e de constituição propriamente dita do indivíduo – a biológica, a psicológica e a social/cultural – eram importantes na conformação e na análise de casos de transtornos mentais e emocionais embasava a prática que elas chamavam de “psiquiatria social e cultural” - uma abordagem eminentemente holista que busca compreender e endereçar as “determinantes sociais e culturais” dos transtornos psiquiátricos. Nesse sentido, a ideia é conceder a essa abordagem um caráter de análise das determinantes coletivistas das doenças mentais, extrapolando a unidade do indivíduo e atentando-se ao caráter simbólico e grupal dos diagnósticos psiquiátricos. Critérios linguísticos, étnicos, nacionais, de relacionalidades (*relatedness* [Carsten, 2000]), ou, em resumo, **contextualizações** sociais e culturais concernentes a cada caso deveriam ser apreciadas na construção do diagnóstico e da abordagem terapêutica das pacientes. Realizarei uma breve remissão teórica sobre o tema, ainda que não de maneira a esgotar, por óbvio, toda a bibliografia produzida.

Várias são as autoras de referência para este campo de atuação<sup>34</sup>, em uma divisão teórica feita a partir de contextos nacionais de produção: as referências da etnopsiquiatria francesa, onde figuram autoras-praticantes como George Devereux, Marie-Rose Moro e Tobie Nathan; as da psiquiatria cultural – ou transcultural – canadense, representada majoritariamente por Laurence Kirmayer; e, por fim, as da psiquiatria transcultural e/ou da antropologia médica estadunidense, representadas na obra de Arthur Kleinman. Além disso, as próprias transformações internas à psiquiatria estadunidense ganham papel de destaque na conformação deste campo de atuação no Brasil (Russo e Venâncio, 2006). É importante também que se destaque que em todos esses contextos nacionais (inclusive o brasileiro), a produção acadêmica e a instauração de práticas de saúde interessadas na “cultura” ou no “social” são diretamente ligadas à tentativa de dar conta do ingresso de imigrantes-refugiadas em seus sistemas de cuidado

34 Obviamente existem outras autoras de relevo para este campo, como Emil Kraepelin, Byron Good, Allan Young, Cesare Lombroso, Philippe Pinel e muitas outras. Entretanto, esta seleção foi feita para dialogar com os contextos de campo: apenas autoras suscitadas pelas minhas interlocutoras povoarão essa remissão teórica.

em saúde<sup>35</sup> e de proteção social. Todas as autoras apresentadas na sequência têm esse fato enquanto norteador: se são necessários serviços de saúde (mental) ciosos do conceito de cultura, isso se dá majoritariamente por ocasião da presença de imigrantes-refugiadas nesses contextos – são as imigrantes-refugiadas, portanto, que colocam em relevo a heterogeneidade e fazem aparecer a diferença.

*A etnopsiquiatria francesa: George Devereux, Marie-Rose Moro e Tobie Nathan.*

A etnopsiquiatria francesa<sup>36</sup> pode ser analisada sob duas<sup>37</sup> perspectivas: uma de remontagem histórica, tributária ao etnólogo e psicanalista George Devereux, considerado seu fundador, e outra de uma configuração contemporânea, ligado à prática profissional de Tobie Nathan e Marie-Rose Moro – o primeiro, com importantes ligações a uma certa antropologia e/ou filosofia da ciência representada por expoentes como Bruno Latour e Isabelle Stengers. Devereux, discípulo de Marcel Mauss e próximo de Claude Lévi-Strauss e Roger Bastide – responsáveis por repatriá-lo dos Estados Unidos à França em 1962 –, afirmava que “a única ponte que ainda une o homem moderno ao homem ‘arcaico’ é o psiquismo humano; só as exterioridades mudam; o substrato fantasmagórico – o Inconsciente – é intemporal” (Devereux [1983:12] apud Paula Carvalho [1988]:23). Dessa forma, a etnopsiquiatria seria a disciplina que, no encontro entre pressupostos epistemológicos da psicologia/psicanálise/psiquiatria e da etnologia – uma ciência pluridisciplinar, portanto –, dedicaria-se ao estudo da “relação de complementaridade entre a compreensão do indivíduo e a compreensão da sociedade e de sua cultura” (Devereux [1978], apud Paula Carvalho [1988:23]), endereçando seus esforços para a compreensão daquilo que está além de toda e qualquer cultura enquanto fenômeno particularizante da realidade unívoca do mundo. Aqui, é necessário pontuar a dicotomia entre o universal e o particular: a Cultura, enquanto fenômeno estrutural, é uma propriedade humana

35 É verdade que o Brasil tem um extenso e antigo debate transdisciplinar a respeito de sistemas interculturais de saúde voltados a povos indígenas, mas que não são necessariamente voltados à saúde mental. O racismo epistêmico, entretanto, é equivalente.

36 François Laplantine (1994 [1998]) realiza um trabalho louvável de sistematização do contexto histórico e dos pressupostos epistemológicos da etnopsiquiatria francesa e das aproximações realizadas entre dados etnográficos e as teorias psicologizantes mais profundo do que o que será apresentado aqui.

37 Claro que mais que duas perspectivas podem existir sobre três autores cujas obras são tão extensas. Nesta dissertação, entretanto, apenas essas duas puderam ser delineadas devido às contingências óbvias deste trabalho..

universalmente distribuída por meio da estrutura mental psíquica tida enquanto pré-requisito ao exercício da humanidade.

A etnopsiquiatria de Devereux deveria, portanto, dedicar-se àquilo que está além de qualquer cultura particular, almejando alcançar a “Cultura em si”, uma Cultura estrutural que transcende a suas variações específicas, e que é da alçada do que é eminentemente coletivo, ou do mundo compartilhado. Além disso, a incidência das psicopatologias também teria uma topografia de distribuição universal: estando atreladas a esse tripé da experiência humana, a saber o corpo biológico, a *psyché* e a Cultura – as duas últimas como estruturas de produção simbólica, e as três complementando-se mutuamente para constituir a experiência humana do mundo (complementarismo) –, as variações particulares dos símbolos e das estruturas de significado não implicariam em uma variação das estruturas universais de significação e de simbolização. Se os símbolos e os significados ligados à identificação quadros tidos como psicopatológicos espriam-se em variações particulares – como, por exemplo, possessões e/ou experiências de transe religioso –, isso não quer dizer que a psicopatologia em si espriar-se-á: ela será, assim, uma psicopatologia derivada da Psicopatologia, uma versão particular de um fenômeno universal – o que torna possível, por exemplo, a tradução de qualquer condição psicopatológica particular em uma categoria Psicopatológica universal.

É o psiquismo, portanto, que une o homem “moderno” ao “arcaico”: a dualidade é também marcada pela ideia de estrutura e conjuntura (ou a “superestrutura” das conformações simbólicas, em um contínuo marxista/Lévi-straussiano). Se as exterioridades mudam e variam, a base estrutural permanece imutável: há, portanto, uma base causal irreduzível a todos os fenômenos humanos (e, porque não, não-humanos, se pensarmos em uma natureza externa única e unívoca), constituída não pelo dualismo anunciado entre biologia, *psyché* e sociedade/cultura, mas sim por um dualismo entre natureza e cultura. A função simbólica de Lévi-Strauss, ou o inconsciente freudiano, ou o psiquismo de Devereux são estruturas de significação de um mundo-em-si invariável. Seus produtos particulares (ora a eficácia dos símbolos e significados, ora a experiência psíquica individual) reduzem-se primeiro às estruturas de produção simbólica universalmente distribuídas – a função simbólica, o inconsciente e/ou a *psyché* –, para que estas reduzam-se subsequentemente àquela que é o primeiro e irreduzível motor causal de qualquer existência simbólica: a natureza, representada pelo cérebro, tradutor-intérprete das informações disponíveis exteriormente a ele. Isso

também significa dizer que os símbolos, significados e representações variam, mas a natureza é una – é o particular que impede o acesso ao universal, ao mesmo tempo em que o universal produz o particular, pois não há variação sem uma referência basal que a origine. Dessa forma, podemos começar a esboçar a ideia de categorias de saúde e doença enquanto categorias semânticas que descrevem um processo universal irreduzível à biologia, algo compartilhado por diversas correntes teóricas de nossas ciências – sejam as “naturais” ou “exatas”, sejam as “sociais” ou “humanas”.

Na mesma linha de Devereux, Moro (2015) – que atualmente coordena um serviço de etnopsiquiatria no Hospital de Avicene, em Bobigny, França, para atendimento de imigrantes-refugiadas supostamente com transtornos mentais – conceitua cultura (ou sistema cultural) como aquilo que

“permite decodificar ‘o total’ das experiências vividas pelos sujeitos. (...) O campo da cultura coloca a disposição do sujeito *uma grade de leitura do mundo*. Esta decodificação é um processo constituído de ingredientes complexos, de inferências ontológicas (a natureza dos seres e das coisas), mas também de inferências de causalidade permitindo atribuir sentido a um acontecimento específico.” (Moro, 2015, p. 186, ênfase minha).

Cada sistema cultural, para a autora, seria constituído por uma língua, um sistema de parentesco, um corpo de técnicas e modos de fazer, entre outras “unidades de cultura” que estruturariam um todo coerente de “representações e enunciados linguísticos que atribuem sentido a todos esses aspectos, *codificando-os em uma linguagem*”. Cultura, portanto, é, uma vez mais, a capacidade de simbolizar, de produzir significados estruturados em um código ou uma linguagem a partir da experimentação do mundo externo e sua realidade unívoca, irreduzível e, sobretudo, acessória à ontologia da existência. Esse sistema de representações é, acima de tudo, um sistema gramatical: mesmo aquilo que não é um enunciado linguístico, como, segundo a autora, rituais, técnicas do corpo e de cuidado ou jogos são instrumentos de produção de sentido grupal, familiar e individual. Cultura é, assim, um conjunto “de ‘formas vazias’ suficientemente gerais e implícitas para serem tomadas, de modo singular, por todos os indivíduos do mesmo grupo cultural, em um determinado momento” (p. 187) – uma definição muito próxima da ideia de função simbólica/inconsciente de Lévi-Strauss. Também aqui, cultura é uma categoria semântica de leitura do mundo – o significado é a episteme da realidade ontológica unívoca, que, por sua vez, não é determinada por ele. Aqui também está presente o inconsciente lévi-straussiano, de conteúdo vazio a ser preenchido pelos símbolos culturais.



Em palestra concedida na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBP-SP) no dia 09 de março 2017, Moro teve a oportunidade de falar um pouco a um auditório lotado de psicanalistas sobre sua clínica transcultural. A palestra, de título “Psicanálise e Antropologia”, foi ministrada em espanhol, e era destinada a fornecer insumos para a prática de uma clínica psicanalítica transcultural com imigrantes-refugiadas. Moro discutiu alguns de seus casos superficialmente, a título de anedotas exemplares da teoria que explicitava, divertindo as presentes com histórias de “bruxarias que atravessavam o mar”, sempre sequenciadas por risadas, em um clima jocoso de adultos que escutam os devaneios imaginativos de crianças. O *setting* coletivo da consulta, com várias pessoas presentes, era a conformação desejada, pois somente desta maneira era possível atingir “o coletivo”, “a cultura” do indivíduo – que deveria ser visto à luz da teoria do complementarismo de Devereux. A teoria do complementarismo de Devereux aproxima-se da ideia que embasa o “paradigma biopsicossocial”, tão caro ao SUS e àquelas que tentam contrapô-lo ao que se chama de “modelo biomédico”, ou “modelo materialista ingênuo”, como definiram algumas interlocutoras médicas que tive: uma espécie de *reductio ad* processos bioquímicos dos transtornos mentais.

Era preciso atentar-se ao método que destinava-se a abarcar as lógicas antropológicas das **representações coletivas** – em uma alusão direta a Durkheim (1970) –, e as lógicas clínicas de terapêuticas individualizadas, que pressupunham a universalidade psíquica da humanidade, ou a unidade fundamental da *psyché* humana (única forma, advoga a autora, “de dar o mesmo status ético e científico a todos os seres humanos, a suas produções culturais e psíquicas, a suas maneiras de viver e de pensar, por diferentes e, às vezes, desconcertantes que sejam”<sup>38</sup> [Moro, 2018, p. 5, tradução livre]). A etnopsiquiatria de Moro reserva-se, portanto, a prerrogativa de outorgar o direito à humanidade às pessoas de “diferentes culturas” baseada no compartilhamento de uma estrutura psíquica universalmente distribuída – em último grau, compartilha-se o status de humanidade mediante o compartilhamento da *psyché*. A técnica e a teoria clínicas baseiam-se, então, em três parâmetros: a importância da língua materna (e da possibilidade de transitar entre uma língua e outra, como da língua materna à língua do país receptor); a necessidade de partilhar das representações culturais e coletivas do paciente e a necessidade de um grupo de terapeutas em algumas situações.

38 “(...) de dar el mismo estatus ético y científico a todos los seres humanos, a sus producciones culturales y psíquicas, a sus maneras de vivir y de pensar, por diferentes y a veces desconcertantes que sean.”



Já Tobie Nathan<sup>39</sup>, que comandava a até pouco tempo o Centro George Devereux de consultas etnopsiquiátricas e mediação etnoclínica para imigrantes-refugiadas, criado em 1993 e ligado à Universidade Paris 8 – Saint Denis, procura abandonar uma assimetria pressuposta entre as matrizes epistemológicas (ou regimes ontológicos) das usuárias e das terapeutas – a bem da verdade, a própria divisão entre usuárias e terapeutas torna-se borrada nessa configuração. O sistema terapêutico, que pretende-se aberto e inscreve-se em uma aproximação à proposta de cosmopolítica e de ecologia das práticas de Stengers (2005; 2011a; 2011b), procura romper com a teoria do complementarismo de Devereux, e propõe uma atuação terapêutica prática aos moldes da charlatã(o), de Latour (2002), ou da idiota, de Deleuze (2010) e Stengers (2011a; 2011b): aquela que desacelera os procedimentos do pensamento, que não tira conclusões precipitadas – ou que não precipite conscientemente a formação de respostas definitivas – e que pode, de certa forma, “aprender a desaprender”. A etnopsiquiatria de Nathan sugere que a prática terapêutica libere-se do monopólio da verdade inscrito na figura da praticante da terapia em questão, povoando, inclusive, o *setting* clínico com “não-especialistas”. As palavras e a língua – que aqui difere de Linguagem enquanto constructo estruturalista e vazio dos símbolos linguísticos – continuam a reservar para si um papel central: a presença de tradutoras e o processo de construção do significado das palavras observado em simultaneidade com a tradução feita é pré-requisito – ou obrigação (Stengers, 2011a; 2011b) – da prática etnopsiquiátrica de Nathan. Palavras/significados, enquanto “coisas”, fabricam pessoas e fabricam relações, e são por elas fabricadas – o método terapêutico almeja, então, (re)fabricar palavras/significados, pessoas e relações. O símbolo, nesta conformação, representa-se a si mesmo (Wagner, 2017) e têm agência própria.

A intenção é, portanto, a ruptura com o “sono moderno”, sendo necessária a reorganização das fronteiras disciplinares, epistemológicas e, porque não, ontológicas, em uma “fuga da assimetria pelo qual o *front* modernista desqualificou (...) todas as práticas de conhecimento não só contra, mas também aquém das ambições dos modernos” (Filho, 2016, p. 86). O traço diacrítico da etnopsiquiatria de Nathan é o lugar do interstício que ela reivindica, articulando uma prática eminentemente pluridisciplinar e pluri-epistemológica para além das fronteiras erigidas pela prática da Ciência (aqui, com letra maiúscula) como imaginada pelas modernas. Negociar (com) palavras,

39 Sobre Nathan, Filho (2016) produziu uma ótima dissertação sobre seu trabalho, e, entre outras coisas, as aproximações possíveis entre a etnopsiquiatria do Centro Georges Devereux e a proposta cosmopolítica e de ecologia das práticas de Stengers (2011a; 2011b)

significados, objetos e naturezas, soerguindo um “multinaturalismo como política cósmica” em um constante exercício exigente de precaução (Viveiros de Castro, 2018, p. 49-50), entretanto, não afasta a centralidade assumida pela perspectiva de uma prática terapêutica do simbólico. É a conformação do símbolo e do significado que está em questão e que adquire relevo na prática etnopsiquiátrica de Nathan. Dessa forma, o multisímbolismo, ainda que representado por tropos autorreferenciais sem “nenhuma estrutura, sistema ou mecanismo” (Wagner, 2017, p. 165) e que se obviam em conjunto em uma relação entre matrizes epistemológicas variadas, continua configurando o espaço de diálogo como uma arena de disputa simbólica, holográfica em toda a sua extensão (Id. *ibid.*). A “estrutura”, portanto, “não é definida como determinadora do sentido, mas antes como *subsumida*, assim como os elementos orientadores de uma paisagem, dentro de uma perspectiva binocular coordenadora que organiza os detalhes de forma significativa” (p. 173, ênfase do autor). Invertem-se os sinais da determinação significativa, mas é o significado “tropográfico” ou “simbólico” que continua em jogo, ainda que desta vez seja rejeitando a “formulação saussuriana do signo e do sentido” (p. 172). O símbolo, sob essa lógica, tem agência: é produzido ao mesmo tempo em que produz o mundo.

***Arthur Kleinman, e a psiquiatria transcultural: entre explicações e modelos explicativos.***

Arthur Kleinman tem vasta produção teórica, e figura como grande influência de uma certa antropologia médica cujo epicentro encontra-se nos Estados Unidos – e reverberada no Brasil. Em minha primeira entrevista com Jn., médica psiquiatra do Ambulatório, ela apontou a noção de “sofrimento social” (Kleinman, Das e Lock, 1997; Kleinman, 1997) como o pilar epistemológico sobre o qual a prática clínica do ambulatório repousaria. Para as autoras, o sofrimento social poderia ser descrito como “as lesões devastadores que a força social pode infligir à experiência humana”<sup>40</sup> (Kleinman, Das e Lock, 1997:ix), colocando em relevo aquilo que se entende como as dimensões socioculturais do sofrimento. Esse sofrimento resulta do que os poderes políticos, econômicos e institucionais fazem às pessoas: como uma experiência sociocultural, o sofrimento não diz respeito ao indivíduo – embora seja ela que o torne visível –, nem é visto enquanto um sofrimento corporal (biológico) – embora ele se

40 “the devastating injuries that social force can inflict on human experience”.

manifeste em uma forma corporificada. O sofrimento é social, portanto, por configurar-se enquanto um processo social corporificado/biologizado – um sofrimento simbólico operado por meio do corpo.

Entretanto, e apesar de esta ser uma importante noção do trabalho de Kleinman que baseia o oferecimento de serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas por localizar o sofrimento dessas pessoas na chamada “força social” (“reconhecendo”, portanto, a importância de um extravasamento da abordagem da psiquiatria de conformações puramente biológicas), não será esse aspecto do trabalho de Kleinman que analisarei. Deter-me-ei ao conceito de modelo explicativo (*explanatory model*), às chamadas “oito perguntas de Kleinman”, utilizadas como instrumento de elucidação dos modelos explicativos das pacientes no contexto do Ambulatório, e à divisão entre *illness* (enfermidade) e *disease* (doença) feita pelo autor para operar as distinções entre processos tidos enquanto puramente biológicos e as significações atribuídas à “doença como experiência” da enfermidade (2006 [1978]).

A experiência humana do sofrimento e os significados atribuídos à experiência de adoecimento constituem a *illness*: eminentemente “cultural”, essa estrutura de significação – ou essa **narrativa** sobre a doença – organizaria a experiência intersubjetiva da doença, e o sintoma de adoecimento configura-se como um significado equivalente a verdades padronizadas em um sistema cultural local (1988, p. 10). Um sistema cultural local, para o autor, seriam as formas padronizadas de pensar e agir sobre o mundo – uno – que aprendemos e que replicam a estrutura social de determinado grupo e/ou cultura. Há uma descontinuidade, portanto, entre narrativa (*illness*) e doença (*disease*), semântica e imanência, interpretação e aferição: enquanto a enfermidade – narrativa – é “construída culturalmente” por atribuir diferentes significados a um fenômeno de caráter unívoco (patologia), a doença é a categoria que “denota um mal funcionamento em - ou mal adaptação de - processos biológicos e/ou psicológicos”<sup>41</sup> (1978, p. 88, tradução livre). Enquanto a categoria doença seria o modelo explicativo das praticantes profissionais (e o autor ressalva que aqui não importa se são praticantes “modernas” ou “indígenas”), a segunda seria o modelo explicativo da arena da “cultura popular”, onde a patologia (*sickness*) é articulada em um idioma altamente pessoal, não-técnico e concreto preocupado com as implicações cotidianas que a patologia terá em suas vidas.

Ainda que Kleinman avenge a possibilidade de que o sistema de representações

41 “denotes a malfunctioning in or maladaptation of biological and/or psychological processes”.

biomédico seja também um dos modelos explicativos particulares sobre a realidade externa, ela continua unívoca e vinculada à categoria da patologia – que guarda em si a ontologia semântica da doença e da enfermidade. Sob a perspectiva do sistema cultural local, as relações de cuidado em saúde são não raramente “transações entre modelos de doença e enfermidade”<sup>42</sup> (p. 88, tradução livre). Se o sistema biomédico é também um sistema cultural – um sistema de significação, de criação de representações cujos significados são descontínuos em relação a seus significantes, para usar uma analogia saussuriana –, a distinção feita pelas praticantes da biomedicina ocidental entre enfermidade e doença coloca esta última muito mais próxima da realidade ontológica da patologia (*sickness*)<sup>43</sup> do que a primeira, além de promover o mesmo distanciamento em relação a outros modelos explicativos de cuidados em saúde oriundos em sistemas diversos de representação, ou de culturas alheias aos pré-requisitos modernos de produção e operação da Ciência. Além disso, em dividindo o mundo entre crenças e realidade unívoca (ou modelos explicativos e a explicação), *sickness* é desigualmente acessível a depender da enfermidade (narrativa) e da doença (não-narrativa, conhecimentos “técnicos”) articuladas – alguns sistemas simbólicos de representação estarão mais aptos a acessar a realidade unívoca da *sickness* (a saber, o das modernas).

Equivaler os sistemas de cuidado em saúde “pré-modernos” ao sistema biomédico por meio de uma espécie de “rebaixamento” deste último a um sistema cultural de significação coloca em relevo a maldição da tolerância (Stengers, 2011b) do projeto científico moderno (“reconhecemos que não somos os detentores da verdade, mas quase isso”): pareado ao multiculturalismo pluralista ocidental segue também o colonialismo e o racismo epistêmico moderno, que apenas tolera as diferenças reduzindo-as a meras variações do realismo de significado único tocado apenas pelas mãos e visto apenas pelos olhos da Ciência e de seu empreendimento epistemológico. Os modelos das outras é, portanto, essencialmente alternativo, apenas uma variação daquilo que é real-em-si-mesmo.

A atividade das curadoras (*healers*) é, assim, eminentemente hermenêutica, ou de construção de significado. É preciso que a significação originada pelo processo de adoecimento circule entre o grupo familiar, o nexos social, as curadoras e as pacientes. É a circulação desses modelos explicativos, sempre em processo de negociação, que permitirá estabelecer métodos terapêuticos coerentes com o significado produzido sobre

42 “ transactions between disease and illness models of sickness”

43 Chega a ser curioso que o caráter de ontologia unívoca da categoria *sickness* é tão autoevidente para Kleinman que ele não chega a apresentar uma conceituação definidora do termo.

o adoecimento. A tarefa primeira da curadora, então, torna-se acessar o modelo explicativo circulado entre a paciente, as pessoas de seu convívio próximo e a comunidade onde se ancoram os significados elaborados (o sistema cultural local). Para tal, Kleinman elaborou uma série de perguntas destinadas a serem aplicadas – não necessariamente *ipsis literis* – por médicas interessadas em elucidar os modelos explicativos elaborados por suas pacientes sobre seus processos de adoecimento. “As oito perguntas de Kleinman”, como eram comumente chamadas durante meu trabalho de campo, eram usadas para realizar a “formulação cultural” das residentes do ambulatório, uma entrevista de uma paciente escolhida pela residente sobre a qual ela teria que produzir uma interpretação “cultural” a respeito. São elas<sup>44</sup>:

- 1) O que você acha que causou seu problema? (*What do you think has caused your problem?*)
- 2) Por que você acha que o problema começou no momento em que ele começou? (*Why do you think it started when it did?*)
- 3) O que você acha que sua doença/patologia faz com seu corpo? Como ela opera/funciona? (*What do you think your sickness does to you? How does it work?*)
- 4) O quão grave é a sua doença/patologia? Ela vai durar muito ou pouco? (*How severe is your sickness? Will it have a short or a long course?*)
- 5) Que tipo de tratamento você acha que deveria receber? (*What kind of treatment do you think you should receive?*)
- 6) Quais são os resultados mais importantes que você espera receber deste tratamento? (*What are the most important results you hope to receive from this treatment?*)
- 7) Quais são os principais problemas que sua doença causou para você? (*What are the chief problems your sickness has caused for you?*)
- 8) O que você mais teme em relação à sua doença? (*What do you fear the most about your sickness?*)

(Kleinman, Eisenberg e Good, 2006 [1978], adaptado)

Por meio dessa série de perguntas, Kleinman acreditava ser possível que médicas acessassem o modelo explicativo da paciente sobre o processo fisiopatológico (*sickness*) experimentado. Ele diz:

44 No ambulatório, as perguntas eram aplicadas pelos residentes substituindo o termo “doença” por “problema”.

“Elicitar o modelo do paciente dá ao médico o conhecimento *das crenças que ele tem sobre sua enfermidade, o significado pessoal e social* que ele atrela à sua perturbação, suas expectativas sobre o que lhe acontecerá e sobre o que o médico fará, e seus próprios objetivos terapêuticos. A comparação do modelo do paciente com o do médico habilita o clínico a identificar discrepâncias importantes que podem causar problemas ao manejo clínico. Tais comparações também ajudam o clínico a saber quais aspectos de seu modelo explicativo necessitam de uma exposição mais clara aos pacientes (e famílias), e qual tipo de *educação* do paciente é mais apropriada. E eles aclaram conflitos não relacionados a diferentes níveis de conhecimento, mas diferentes valores e interesses. Parte do processo clínico envolve negociações entre esses modelos explicativos, uma vez que tiverem sido explicitados.”. (Kleinman et. al, 2006, p. 147, ênfase minha, tradução livre).

O exercício clínico é, dessa forma, um exercício de navegação semântica<sup>45</sup>, eminentemente hermenêutico, entre sistemas de representação simbólica diversos, e exige, antes de tudo, capacidade de comunicabilidade entre as coabitantes deste mundo. É na incapacidade de comunicação entre esses “sistemas culturais” que repousa a percepção da necessidade de construir ferramentas de aferição dos significados atribuídos à doença que sejam alheios à biomedicina. Mapear as **crenças** que as pacientes têm sobre suas enfermidades e os significados **sociais** que ela anexa à sua perturbação é fundamental, mas não apenas isso: é preciso que no exercício de comparação entre os modelos das pacientes e das médicas, essas últimas consigam identificar discrepâncias que possam causar problemas ao manejo clínico do caso (ou à adesão), além de quais partes de seus próprios modelos explicativos foram mal compreendidos e que merecem uma maior atenção em sua exposição às pacientes, que necessitam ser **educadas** por suas terapeutas. A negociação a que o autor se refere é, na verdade, o exercício de conceder às pacientes a **narrativa** da doença, a **gramática** da enfermidade, o ato de fornecer significado ao processo fisiopatológico concreto – e não é a narrativa que se constitui enquanto problema, mas seu caráter acessório (e, portanto, descartável) à realidade unívoca do mundo.

Sua prática, portanto, é de interpretação e tradução: do modelo explicativo das

45 Não a toa, a categoria “idiomas de sofrimento” (*idioms of distress*) é bastante recorrente nesses contextos para referir-se a diferentes formas de formulação e expressão de emoções definidas pelas particularidades concernentes a cada sistema cultural. Geralmente associados àquilo se chama de “alteridades radicais”, ou a tipos de conformações culturais tidas como radicalmente distintas às das praticantes, os idiomas do sofrimento são “modos alternativos de expressar sofrimento, e indicam manifestações de sofrimento em relação ao significado pessoal e cultural / *alternatives modes of expressing distress and indicate manifestations of distress in relation to personal and cultural meaning*” (Desai, Chaturvedi, 2017, tradução livre). Alternativos a quais?

pacientes, é necessária a interpretação das categorias alheias à biomedicina, e uma decorrente tradução para o código simbólico referencial das médicas – e isso só se dá por que acredita-se haver uma analogia possível que transcende os dois sistemas simbólicos: a realidade unívoca das psicopatologias e das doenças mentais, que existem transversalmente às particularidades culturais. Uma vez superada esta etapa, a médica então traduz novamente para que seu modelo explicativo seja acessível ao código simbólico referencial das pacientes – o que torna a “negociação” a que Kleinman se refere um exercício de catequização científica: é preciso acessar o código simbólico das pacientes sobre saúde e doença não para buscar nele próprio as soluções que possam se articular conjuntamente à biomedicina, mas para, por analogia, encontrar a categoria correspondente presente no código simbólico da medicina, e nele buscar as soluções, que encontram-se alguns degraus mais próximos da Verdade do que a significação concedida pela paciente. As pacientes **crêem**, enquanto as médicas **sabem**; as pacientes **significam**, enquanto as médicas **decodificam**; as pacientes têm **modelos explicativos**, enquanto as médicas têm **a explicação**.

*Laurence Kirmayer, e a psiquiatria (trans)cultural canadense.*

Laurence Kirmayer, ao lado de Kleinman, exerce grande influência no único serviço psiquiátrico do SUS para imigrantes-refugiadas no Brasil. Seu curso ministrado na McGill University, no Canadá, é renomado entre psiquiatras brasileiras interessadas na temática da chamada psiquiatria social e cultural, ou transcultural. O curso pertence à Divisão de Psiquiatria Transcultural do Departamento de Psiquiatria da universidade, e trabalha em dois eixos de pesquisa: a Psiquiatria Social, que engloba as linhas de “epidemiologia psiquiátrica”, “determinantes sociais da saúde mental”, “saúde mental comunitária”, “saúde mental na atenção básica”, “avaliação de serviços de saúde mental” e “saúde mental global”; já a Psiquiatria Cultural possui as linhas de “saúde mental de povos indígenas”, “saúde mental de imigrantes e refugiadas”, “etnopsicologia e etnopsiquiatria”, “respondendo à diversidade no cuidado em saúde mental” e “antropologia da psiquiatria”<sup>46</sup>. Segundo sua perspectiva, a psiquiatria cultural é aquela que preocupa-se com a compreensão do impacto das diferenças sociais e culturais na doença mental e seus métodos terapêuticos (Kirmayer e Minas, 2000b, p. 438). Cultura, de acordo com Kirmayer, “tem a mesma ubiquidade e transparência da água, exceto na

46 Original em inglês, tradução minha. Disponível em <https://www.mcgill.ca/tcpsych/>, último acesso em 28/02/2019.



junção de culturas, onde o mundo é refratado e refletido”<sup>47</sup> (Id. *ibid.*, tradução livre).

É no encontro, portanto, que a cultura é inventada, de acordo com a mais wagneriana das asserções apresentadas até agora (as semelhanças, no entanto, param por aí). A noção de cultura é usada na psiquiatria das mais diversas formas, e denotando os mais diversos significados, mas o autor afirma que é para explicar as falhas de comunicação, adesão e entendimento mútuo entre médica e paciente que ela é mais comumente acionada – o que, segundo ele, amputaria a capacidade instrumental do conceito para a psiquiatria. Essa “diferença” comunicacional “problemática”(p. 439) que algumas médicas chamam de cultura surge no limite do encontro de dois sistemas de significação distintos, e soerguem-se 1) das dificuldades suscitadas por diferenças linguísticas, de linguagem não verbal e de códigos de etiqueta; 2) de equívocos ou crenças e práticas **estranhas** por parte das pacientes; e 3) de diferenças em valores basais da personalidade humana. Dessa forma, argumentam os autores, a cultura é vista enquanto algo que só a paciente tem, “impedimento ao entendimento compartilhado e à cooperação.”<sup>48</sup> (Id. *Ibid.*, tradução livre). Assumindo que médicas também têm cultura<sup>49</sup>, ele, então, admite que a noção de cultura passível de ser instrumentalizada pela prática psiquiátrica é que a própria psiquiatria é produto do mundo cultural, o que levaria, por si só e sem nenhum esforço adicional, a uma apreciação crítica das presunções implícitas e do contexto histórico da teoria e da prática desse campo da medicina. É, assim, o processo de tomada de consciência deste fato que levará as médicas ao “real diálogo” com as pacientes – as psiquiatras (e psicólogas) apenas precisam confessar que também têm cultura, e o trabalho está feito.

Esse “real diálogo” já tem, entretanto, uma conformação dada previamente por Kirmayer e Minas: afirmar que uma “escuta qualificada” (que situa-se em uma posição crítica e consciente sobre os limites da psiquiatria e os “determinantes culturais” que poluiriam a disciplina tanto quanto poluem os entendimentos alheios aos dos modernos da realidade unívoca) é almejada para estabelecer a comunicação antes apenas imaginada não impede o autor de estabelecer *a priori* quais são as questões às quais as

47 “(...) has the same ubiquity and transparency as water, except at the junction of cultures, where the world is refracted and reflected.”

48 “(...)impediment to shared understanding and cooperation.”

49 É curioso como este é um traço que atravessa todos os trabalhos analisados: uma espécie de “confissão de culpa”, reconhecendo que quem escreve também crê, e não só sabe. Esse reconhecimento, não obstante, também estabelece uma clivagem: há um outro patamar destinado àquelas que sabem tanto a ponto de terem consciência de que crêem, em contraste àquelas tidas como tão ignorantes que levam a vida crendo que sabem. A posição moderna, livre das crenças e capaz de enfrentar o mundo despojado de suas garantias e encantamentos (Stengers, 2011b, p. 310), é uma posição privilegiada de **produção da realidade**.



psiquiatras devem se debruçar para realizar uma prática psiquiátrica ciosa do conceito de cultura. Às médicas, é necessário que façam o que as imigrantes-refugiadas suas pacientes ainda – pois essa também é uma questão temporalidades distintas da experiência humana - não fizeram: reconheçam que crêem (ou que têm cultura), recusem verdadeiramente suas crenças e abracem o saber sobre a ontologia do mundo. Primeiro, o autor define o que uma resposta considerada adequada à diversidade cultural deve circunscrever: a linguagem, o racismo, as desigualdades de poder e os sentidos positivos da tradição cultural e da identidade étnica (2000, p. 444). Uma ressalva, entretanto, é feita:

“Entretanto, a crítica cultural da psiquiatria e a preocupação com a escuta da voz de outros não significa o abandonar o empirismo científico ou a *clareza de pensamento*. Os efeitos do racismo, do imperialismo e da supressão sistemática das culturas dos outros não será contra-atacada de maneira efetiva por uma naïveté de olhos arregalados que vê em qualquer coisa não ocidental uma forma melhor de medicina. (...) Todo o empreendimento da psiquiatria cultural, e a resposta à diversidade que ela almeja, é predicada em um meio social que *tolera*, e de fato acolhe, pluralismo e diversidade”<sup>50</sup>. (Kirmayer e Minas, 2000b, p. 444, ênfase minha).

De antemão, já admite-se que o projeto não propõe um questionamento de alguns pressupostos epistemológicos considerados irredutíveis – qualquer formulação contrária é tomada como *naïveté* daquelas que consideram qualquer conformação “não-ocidental” uma forma superior de medicina<sup>51</sup>. Mais que isso, há que se manter a *clareza de pensamento* – semanticamente alçada à posição de equivalência ao empirismo científico – tida como característica distintiva do ocidente (ou da modernidade), clareza essa não compartilhada com o que está do lado de fora deste círculo, e essa é uma afirmação problematicamente racista. As pré-modernas – imigrantes-refugiadas, no contexto canadense (e brasileiro) – não a possuem, e isso já as equivale de chofre àquelas **alienadas**, ou **loucas**. Sanidade é uma característica ligada ao empirismo científico, às modernas, como advoga o autor – infere-se, portanto, que todo o resto é insana.

50 “However, the cultural critique of psychiatry, and the concern to hear the voices of others, does not mean abandoning scientific empiricism or clarity of thought. The effects of racism, imperialism, and systematic suppression of others' cultures will not be counteracted effectively by a wide-eyed *naïvete* that sees in anything non-Western a better form of medicine. (...) The whole enterprise of cultural psychiatry, and the considered response to diversity that it aims for, is predicated on a social milieu that *tolerates*, indeed fosters, pluralism and diversity.”

51 Além de tudo, pode ser definido como o que Viveiros de Castro, em diálogo com Strathern, chama de “nacisismo masoquista” (Strathern, 1999).

Também não é uma proposição de caráter diplomático: a proposta de diálogo é, na verdade, uma tentativa de discurso monológico. O empreendimento é predicado em um meio social que tolera – e o termo não foi grifado sem propósito, pois nada é mais facilmente descartável do que a tolerância multicultural moderna diante de uma pulsão civilizatória – e incentiva o pluralismo e a diversidade dentro dos parâmetros estabelecidos pelo empiricismo científico: não aceita, portanto, qualquer hibridização em seus métodos e conceitos. Levar a cultura em consideração é, inclusive, entendê-la enquanto uma categoria biológica (2006, p. 129), “superando”, assim, a dicotomia natureza-cultura<sup>52</sup>. Variando entre uma abordagem ecológica – que considera os determinantes ambientais para características culturais que criam “biologias locais” – e uma fisiológica – os efeitos biológicos de um determinado comportamento considerado cultural –, Kirmayer afirma que “cultura é um constructo biológico na medida em que a evolução resultou em nossa capacidade para adquirir cultura por meio de várias formas de aprendizado e pelo maquinário neural necessário para negociar as complexidades dos mundos culturais.”<sup>53</sup> (2006, p.130)<sup>54</sup>.

Essa proposição não supera a dicotomia natureza-cultura justamente por reificar a existência dos dois pólos (Callon e Latour, 1992) – e raramente são só dois (Latour, 2006)<sup>55</sup>! Mais do que isso, a afirmação da amálgama natureza + cultura, onde a primeira tem caráter estrutural e a segunda tem caráter estruturante, não explica a razão de estarmos falando de psiquiatria transcultural e não de ortopedia ou cardiologia transcultural (e, porque não, de uma “psiquiatria transcultural reversa”, onde as matrizes epistemológicas e ontológicas outras seriam alçadas simetricamente às modernas, **antes coexistindo com elas do que as substituindo**) – ou mesmo a impossibilidade de

52 A ideia de superação dessa Grande Divisão – ou mesmo a concepção de sua existência – é, por si só, circunscrita a contextos muito específicos, como outras argumentaram antes de mim (Callon e Latour, 1992; Latour, 2002, 2004, 2006; Viveiros de Castro, 1996, 2002, 2014, 2018 ;Strathern, 1999, 2017; Schneider, 1984; Carsten, 2000; Thompson, 2005; Ingold, 2007, 2012).

53 “culture is a biological construct in that evolution has resulted in our biological preparedness to acquire culture through various forms of learning and the neural machinery needed to negotiate the complexities of the cultural worlds”.

54 Lévi-Strauss havia postulado em 1986: “Assim, antropólogos e biólogos estão hoje de acordo para reconhecer que a vida em geral e a dos homens em particular não pode se desenvolver de maneira uniforme. Sempre e em qualquer lugar ela supõe e gera diversidade Essa diversidade intelectual, social, estética, filosófica, não é unida por nenhuma relação de causa e efeito à que existe no plano biológico entre as grandes famílias humanas. Ela apenas lhe é paralela em outro terreno.” (Lévi-Strauss, 2011).

55 “Em vez de escolher alternativamente a partir de duas listas de ingredientes humanos e não humanos, o antropólogo está agora interessado em quantas listas os atores produzem – e raramente existem apenas duas! (Descola, 1986) - “*Instead of choosing alternatively from two lists of human and non-human ingredients, the anthropologist is now interested in how many lists actors make – and there are rarely only two!*” (Descola 1986)” (Latour, 2006, p. 376).

inventarmos tais conceitos<sup>56</sup>. Se esta é uma via de mão dupla, onde ambas natureza e cultura são determinadas e se determinam reciprocamente no processo de definição de qual é a ontologia dos processos de adoecimento, corpos também teriam que ser culturais. A natureza varia em escalas infinitesimais, e produz-se, sim, “biologias locais”. Entretanto, a natureza não varia nos ambulatórios de medicina e especialidades da carreira médica, e não requisitamos equalização cultural em tratamentos que incidem sobre o corpo biológico humano, cujos processos de adoecimento são considerados relativamente invariáveis e não requerem equalizações culturais, com abordagens terapêuticas e protocolos de cuidado padronizados – afinal, o corpo não tem cultura, mas a cultura tem corpo. À cultura corporificada, resta saber como interpretá-la da melhor maneira possível, acessando os sistemas de códigos e significados que incidem sobre a realidade unívoca e imaginadamente neutra em relação aos códigos semântico-gramaticais da cultura, para que se possa operar a modificação biológica necessária para a cessação do mal – ainda que essa modificação biológica venha a ser processada por meio de intervenções “sociais” e “culturais”.

Lévi-Strauss afirmou que “enquanto os espanhóis despachavam comissões de inquérito para saber se os indígenas possuíam alma ou não, estes tratavam de submergir prisioneiros brancos, para verificar, com base numa longa e cuidadosa observação, se seus cadáveres apodreciam ou não” (Lévi-Strauss, 2017, p. 343). Como Viveiros de Castro (2018) apontou, “se os europeus nunca duvidaram de que os índios tivessem corpo (os animais também os têm); os índios nunca duvidaram de que os europeus tivessem alma (os animais e os espectros dos mortos também as têm)” (p. 37). Enquanto espanhóis invocavam as ciências sociais, os indígenas tinham mais confiança nas ciências naturais (Latour, 2004, p. 452) – já que “alma” recebeu nomes novos: “chama-se-lhe ‘a cultura’, ‘o simbólico’, ‘a mente’”, e o problema teológico da alma alheia transmutou-se no “problema das outras mentes” (*problem of other minds*) (Viveiros de Castro, 2018, p. 37). A vertentes aqui apresentadas ainda estão se questionando se essas pessoas *têm ou não alma*, todas nutrindo fortes suspeitas de que a resposta é negativa.

Para acessar, então, as perspectivas de Outrem (Deleuze e Guattari, 1991), não basta que lhe consideremos um sujeito – de que ele o é, não há a menor dúvida. É preciso que entendamos **o que pode ser** um sujeito (Viveiros de Castro, 2002), e entender que concepções imaginárias, e/ou simbólicas (virtualmente todas) produzem efeitos reais (virtualmente todos). Símbolos não são meros produtos do mundo, mas

56 Sobre isso, é interessante a ponderação feita por Viveiros de Castro sobre a ideia de “bifurcação da natureza”, de Whitehead (Viveiros de Castro, 2002, p.119).

também o produzem – adquirem uma imanência obviada (Wagner, 2012; 2017). É preciso, antes de tudo, levá-los a sério, e não apenas tolerá-los.

### *Interpretativismo e estruturalismo: uma descrição não produzida por nativas*<sup>57</sup>

Duas abordagens antropológicas são, assim, chaves para entender o campo de atuação das psiquiatras transculturais ou das etnopsiquiatras: uma, remete ao estruturalismo de Claude Lévi-Strauss, e a questão da relação entre universais psicológicos e particularismos culturais, além do apreço pela dimensão inconsciente dos fenômenos sociais (e, claro, suas “duas naturezas” externa e interna [Descola, 2011]); a outra, ao interpretativismo de Clifford Geertz, e sua perspectiva de cultura enquanto fenômeno semiótico, e da antropologia enquanto uma ciência interpretativa, à procura do significado (Geertz, 1973) que, por sua vez, apenas teria acesso a uma interpretação de segunda ou terceira mão acerca das bricolagens semióticas produzidas por suas nativas – uma interpretação da interpretação, da interpretação (“*winks upon winks upon winks*” [p. 9]).

De forma a cumprir uma espécie de linhagem temporal, inicio a retomada pela ideia de cura simbólica de Lévi-Strauss, cuja obra monumental me impede de pontuar todos os aspectos concernentes ao debate aqui proposto<sup>58</sup>. Me resumirei, como mencionei acima, a analisar alguns aspectos apenas, a começar pelos conceitos de função e eficácia simbólicas, e de inconsciente. Analisando um texto mágico-religioso dos Cuna, que vivem em território panamenho, Lévi-Strauss (2012) conduz a descrição de uma intervenção xamânica destinada a ajudar um parto difícil causado pelos abusos de Muu, força responsável pela formação do feto. Após descrever a operação da cura, um intrincado encantamento, ele afirma que ela consistiria em tornar pensável uma situação dada em termos afetivos, “e aceitáveis, pelo espírito, dores que o corpo se recusa a tolerar” (p. 281).

“O fato de a mitologia do xamã *não corresponder a uma realidade objetiva* não tem importância, pois que a paciente

57 É importante apontar que toda uma antropologia de padrões culturais de comportamento, que remonta à Margaret Mead e Ruth Benedict (2013; 2013), é de suma importância para as aproximações possíveis entre o campo psi e a antropologia. Também Gregory Bateson, e seus postulados sobre comunicação e cognição – ou biosemiótica –, têm imensa influência sobre a psiquiatria, em especial a estadunidense.

58 Não é minha intenção desafiar a validade dos postulados de Lévi-Strauss, nem teria estofos intelectuais para tanto – é, inclusive, uma tarefa ingrata endereçar-lhe qualquer crítica que seja em uma mera dissertação de mestrado. Reservo essa nota de rodapé para expressar minha grande admiração pelo autor e por sua obra, que, entre os inúmeros ganhos analíticos conquistados, contribuiu enorme e ineditamente para retirar o pensamento ameríndio do ostracismo, alçando-lhe a um patamar simétrico ao das chamadas “grandes tradições”.

nela crê e é membro de uma sociedade que nela crê. (...) A paciente, tendo compreendido, faz mais que resignar-se, ela fica curada. Nada de comparável com nossos doentes quando se lhes explica a causa de seus problemas invocando secreções, micróbios e vírus. Talvez sejamos acusados de paradoxo se respondermos que é assim porque *os micróbios existem, e os monstros não existem*. Contudo, a relação entre micróbio e doença é externa ao espírito do paciente, é uma relação de causa e efeito, ao passo que a relação entre monstro e doença é interna a esse mesmo espírito, consciente ou inconsciente, é uma relação entre símbolo e coisa simbolizada, ou, como dizem os linguistas, entre significante e significado. O xamã fornece à sua paciente uma *linguagem* na qual podem ser imediatamente expressos estados não formulados, e de outro modo informuláveis. E é a passagem para essa expressão verbal (que ao mesmo tempo permite viver de forma ordenada e inteligível uma experiência atual, mas que sem isso seria anárquica e indizível) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, num sentido favorável, da sequência de cujo desenrolar a paciente é vítima.” (p. 281-282, ênfase minha).

Esse trecho é significativo sobre o que Lévi-Strauss considera uma cura simbólica. Primeiro, há uma realidade objetiva, explicitada em micróbios, vírus e relações de causa e efeito, reais em si mesmos e neutros aos significados que se lhe atribuem. Essa realidade objetiva não abarca a mitologia do xamã e dos Cuna, sendo essa mitologia uma camada simbólica acessória à realidade objetiva. O importante é a **crença** tanto da paciente quanto da sociedade da paciente na mitologia evocada pelo xamã – um compartilhamento, portanto, de um sistema simbólico que se torna eficaz precisamente por ser compartilhado, onde há continuidade entre as crenças individuais e coletivas. Ainda assim, a realidade objetiva apresenta limitações à imanência dos símbolos e dos sistemas simbólicos: não basta explicar às nossas doentes sobre a simbologia dos vírus, micróbios e secreções para performar uma cura simbólica – afinal, eles **existem**, ao passo que monstros **não existem**. A relação entre micróbio e doença é externa à paciente, enquanto a relação entre monstro e doença é interna, isto é, uma relação entre símbolo e coisa simbolizada, **entre significante e significado**. Para curar a paciente, o xamã tem de oferecer uma **linguagem** capaz de expressar estados informuláveis de outra maneira, que reorganizam fisiologicamente a paciente de maneira a curá-la.

Dessa forma, prossegue Lévi-Strauss, podemos traçar um paralelo entre as curas performadas pelo xamã e aquelas performadas por psicanalistas. Nos dois casos, trata-se, segundo o autor, de “trazer à consciência conflitos e resistências que até então

havia permanecido inconscientes, seja por terem sido recalçados por outras forças psicológicas, seja (...) em razão de sua própria natureza, que não é psíquica, e sim orgânica, ou até simplesmente mecânica” (p. 282). A natureza “simplesmente mecânica” de que nos fala Lévi-Strauss é aquela cuja estrutura biológica é irreduzível. Como argumentou Descola (2011), é aqui que encontra-se a “natureza exterior” de Lévi-Strauss – uma teoria fisicalista do conhecimento: “A natureza exterior ao homem é convocada, sobretudo, como uma espécie de léxico de traços distintivos *a partir do qual os órgãos sensíveis e o cérebro produziram textos de acordo com uma sintaxe própria.*” (p. 39, ênfase minha). É a reorganização da linguagem simbólica, uma sintaxe produzida pela redutibilidade da cultura ao cérebro e aos órgãos sensoriais, que aparece enquanto instrumento terapêutico de xamãs e psicanalistas – com algumas diferenças, mas de operação pareada. A realidade exterior, entretanto, é unívoca – simultaneamente estrutural e estruturante, é possível dizer. Tão unívoca que, concordando com Freud, Lévi-Strauss vaticina que

“a descrição em termos psicológicos da estrutura das psicoses e neuroses deva um dia desaparecer, dando lugar a uma concepção fisiológica, ou até bioquímica. Essa eventualidade poderia estar mais próxima do que parece, já que pesquisas suecas recentes evidenciaram diferenças químicas relativas à taxa de polinucleotídeos, entre as células nervosas de indivíduos normais e de alienados.” (2012, p. 287)<sup>59</sup>

Ao fim e ao cabo, para Lévi-Strauss, o símbolo é acessório à realidade exterior neutra a toda sorte de significações possíveis. Se é possível realizar curas simbólicas, isso se dá por **ainda não termos acessado** o caráter ontológico das realidades fisiológicas, irreduzíveis a si mesmas, o que, para ele, invariavelmente ocorrerá. A estrutura de produção simbólica universalmente distribuída entre seres humanos seria o empecilho final a este acesso: não sabemos porque cremos, e para saber, necessitamos deixar de crer. Essa estrutura – que, por sua vez, é um conjunto de estruturas psíquicas – é o inconsciente, que, neste caso, deixa de ser o inconsciente da psicanálise (“o inefável refúgio das particularidades individuais, o repositório de uma história única, que faz cada um de nós um ser insubstituível” [p. 289]), e torna-se a função simbólica,

59 Em determinado nível, Russo e Venâncio (2006) demonstram que essa operação foi feita, mesmo sem o desvelamento último das causas biológicas das patologias mentais previsto por Lévi-Strauss. O abandono da categoria de “neurose” pelo DSM-III para “limpar” as categorias tidas como “simbólicas” em benefício de categorias “puramente biológicas” (afastando-se, portanto, da psicanálise e mirando a construção de um manual “a-teórico”, e puramente classificatório da realidade unívoca da doença mental) representou uma revolução para a nosografia psiquiátrica, cujos pilares talvez estejam começando a ser questionados em uma escala mais intensiva no momento atual.

“especificamente humana, sem dúvida, mas que em todos os homens se exerce segundo as mesmas leis” (Id. Ibid.). Se o subconsciente da psicologia é um mero aspecto da memória, o inconsciente lévi-straussiano – a função simbólica – é sempre vazio: ele é apenas a forma (*morphé*), indiferente à matéria [*hyle*] que o atravessa, como o estômago é alheio aos alimentos que o atravessam. “Órgão de função específica”, prossegue Lévi-Strauss, “limita-se a impor leis estruturais, que lhe esgotam a realidade, a elementos esparsos que lhe vêm de fora – pulsões, emoções, representações, lembranças” (Id. Ibid., p. 290).

Nada mais próximo disso que a psiquiatria biológica – ou aquela que nega o biologicismo de determinada psiquiatria para atribuir à cultura o status de categoria biológica, como procurei argumentar nos tópicos precedentes. A cultura enquanto léxico semântico aplicado sobre a realidade unívoca – real em si mesma, ou **trópica**, no sentido filosófico – é passível de ser instrumentalizada para a performance de curas simbólicas que, em último grau, reduzem-se a curas biológicas operadas por intermédio do símbolo enquanto **crença compartilhada**. Nesse sentido, há uma aproximação possível entre Lévi-Strauss e Geertz (e que me perdoem as rivalidades). Também para Geertz, é o caráter semiótico da cultura que torna possível a existência do empreendimento antropológico, essencialmente interpretativo: não é possível acessar o significado último da experiência humana, mas somente interpretar as interpretações disponíveis sobre a realidade

“A análise cultural é (ou deveria ser) conjecturar sobre significados, aferir as conjecturas, e desenhar conclusões explicativas das melhores conjecturas, não descobrir o Continente do Significado e cartografar sua paisagem acorpórea.<sup>60</sup>” (1973, p. 20, tradução livre).

A atividade antropológica é, portanto, de cunho interpretativo: cultura é texto e as prescrições culturais são gramaticais. À antropóloga – e, talvez, também à médica –, no entanto, cabe tão somente acessar a interpretação de uma ou de algumas intérpretes dessa teia de significância (ou de significados) – uma interpretação primária – e produzir, por sua vez, uma interpretação na forma de um texto antropológico, que é, por definição, um metatexto. Qualquer interpretação é, no entanto, uma ficção: algo fabricado, um artifício cuja exegese não é contínua ao estatuto ontológico do ser ou da experiência em si – e aqui, o ‘fabricado’ tem denotação diversa à noção latouriana de fe(i)tiche (Latour, 2002). A abordagem semiótica da cultura é destinada a auxiliar no

60 “Cultural analysis is (or should be) guessing at meanings, assessing the guesses, and drawing explanatory conclusions from the better guesses, not discovering the Continent of Meaning and mapping out its bodiless landscape.”



acesso ao mundo conceitual no qual os sujeitos analisados pela antropologia vivem, para que possamos conversar com elas (Geertz, 1973, p. 24). O mundo, portanto, é conceitual pois reserva distância de um mundo **real**, esse sim uno em si mesmo e igualmente compartilhado (embora desigualmente acessado) pelas suas coabitantes.

Além disso, para conversar com nativos – para que possamos, enfim, acessar seus metatextos sobre o Texto constitutivo de suas culturas particulares –, é preciso que compartilhemos de seus significados aplicados sobre o mundo único que coabitamos. Geertz assume sua vinculação à tradição semiótica de Peirce (Geertz, 2015) – retomado também por Kohn (2015), que igualmente tenta empreender uma genealogia das estruturas de representações simbólicas coletivas e também considera a vida enquanto constitutivamente semiótica -, e entende que a Cultura é pública porque o significado o é.

Nesse sentido, a solução de Wagner (2010) parece mais profícua: parece claro que só é possível determinar um elemento simbólico ou atribuir propriedades às suas várias associações convencionais com base na significância relativa dos contextos dos quais ele **participa**, ao mesmo tempo que os **produz**. “O significado”, asserete o autor, “é uma função das maneiras pelas quais criamos e experienciamos contextos”, e um contexto “é uma parte da experiência – e também algo que nossa experiência constroi; é um ambiente no interior do qual elementos simbólicos se relacionam entre si, e é formado pelo ato de relacioná-los” (p. 111). Não existem, pois, significados primários, e “todo uso de um elemento simbólico é uma extensão inovadora das associações que ele adquire por meio de sua integração convencional em outros contextos” (p. 115). Se o significado é concebido em uma relação, então não há denotação absoluta (ou uma realidade unívoca) – não há, pois, uma Cultura que fornece de antemão os significados para suas afiliadas, que, de posse de seus símbolos, realizam suas interpretações particulares sobre esse léxico semântico – e fornecem, então, à antropóloga suas interpretações de segunda mão, e esta as transformam em interpretações de terceira mão. Invenção, portanto, é **cultura**, e toda expressão dotada de significado é um tipo de invenção que requer bases de comunicação em convenções partilhadas para fazer sentido.

“Assim, se desejamos levar a invenção a sério, devemos estar preparados para abandonar muitas de nossas suposições sobre o que é real e sobre porque as pessoas agem como agem” (Id., Ibid., p. 110)

Dessa forma, a pressuposição *a priori* de estruturas mentais e/ou psíquicas, de

estruturas humanas de produção de significado e de contextualização simbólica universalmente distribuídas, de estruturas biológicas – conformações neuro-sinápticas de uma realidade ulterior ao significado, independentes dos símbolos e imunes a contextualizações –, de uma conformação semiótica à experiência da vida, pode levar-nos a uma reificação de exotismos contraproducentes, reproduzidos na teoria do campo psi enquanto a antropologia que embasa os cuidados de saúde mental “especializados” destinados a imigrantes-refugiadas. Resumem-se às ciências psi pois o corpo não tem significado – a biologia, ainda que local, é realidade unívoca e irreduzível. E requer de psiquiatras, psicólogas e psicanalistas ciosas da consideração da cultura no oferecimento de cuidado em saúde mental que imbuam-se em empreitadas interpretativas para que possam performar curas simbólicas eficazes – aquelas em que os símbolos e significados operam as mudanças fisiológicas necessárias para que a cura seja “real”.

Saúde e doença, quando observadas sob o prisma daquelas que consideram cultura como importante parte constitutiva dos processos de adoecimento, tornam-se categorias semânticas – são os significados da doença que passam a adquirir importância, em especial na construção da adesão terapêutica. A correta interpretação desses significados é crucial para a boa sequência dos métodos terapêuticos escolhidos. É por este motivo que médicas (e antropólogas) confrontadas com pacientes oriundas de sistemas simbólicos diferentes, cuja gramática da vida é supostamente alheia à lógica semiótica da biomedicina – também considerada mais próxima do desvelamento daquilo que seria a realidade unívoca do mundo – recorrem à ideia de transculturalidade, etnomedicinas e a métodos de interpretação dos significados atribuídos a processos patológicos que são reais em si mesmos, pois cultura, sob essa perspectiva, é o processo de significação de uma realidade imanente neutra aos significados que lhe atribuem. É também por isso que as **mentes**, e não os **corpos** dessas pacientes é que são alvo de abordagens que consideram a cultura: é na mente, no inconsciente e no cérebro onde as estruturas de produção de significado se localizam – a função simbólica –, e são nas doenças mentais – representadas por uma clivagem inicialmente inconciliável entre sistemas de significação – que o choque semiótico se dá de maneira perceptível para as actantes desse cenário. Dessa forma, não é que a cultura e as diferentes formas de simbolização precisem ser consideradas para que os significados outros atribuídos por diferentes sistemas simbólicos às patologias sejam levados a sério, mas justamente para serem desconsiderados: o objetivo é propedêutico, ou seja, é preciso investigar o imaginado bloco monolítico cultural dessas pacientes para que as médicas traduzam e

ajustem os múltiplos significados atribuídos e ofereçam uma **linguagem** diferente a elas – dessa vez, reduzindo-a a um significado único e real em si mesmo, uma denotação absoluta.

Se o choque semiótico entre diferentes sistemas de simbolização traz à tona a necessidade de adequação das abordagens terapêuticas, considerando a cultura e os significados caros às pacientes no itinerário propedêutico, é nas simbolizações alheias à biomedicina que a cultura está, e é em grupos considerados pertencentes a alteridades radicais tidas como óbvias que ela se apresentará. A doença configura-se enquanto uma categoria semântica, da ordem da narrativa e do discurso, e o exercício de desvendá-la é eminentemente hermenêutico: é preciso acessar o significado irreduzível a si mesmo que esconde-se por trás dos significados particulares concedidos pela cultura e sobrepostos aos marcadores (biológicos) unívocos da patologia.

Além disso, as formulações – modernas – que concedem estruturas universalmente distribuídas de exercício da humanidade tornam possível o reconhecimento de um status de humanidade às pessoas oriundas de “outras culturas” desde esta prática profissional: só é possível considerar a Outra uma igual partindo-se do pressuposto de que ao reduzirmos suas particularidades aos mesmos pontos de partida tidos como universais – a *psyché* / inconsciente, a biologia e a sociologia, que podem ser reduzidas somente à biologia, ao final –, encontraremos o Ser Humano basal a partir do qual todas as variações derivam. Dito de outra maneira, ao tirar tudo que torna a Outra uma Outra do caminho, encontraremos um ser humano que teríamos dificuldades de enxergar sob tantas camadas de alteridade, ou de cultura. É preciso que a Outra se torne Nós, uma Igual ou uma Mesma, para que enxerguemos um ser humano, e só assim podemos cogitar existir um mundo comum a ser compartilhado com “alteridades radicais”. Uma prática, entretanto, que não procura diplomaticamente negociar com outros regimes ontológicos sobre quais são os sujeitos possíveis, e que dá de antemão os pré-requisitos para que esse reconhecimento seja realizado não é uma prática trans: o sistema de trocas está, nessa configuração, fechado, e é unidirecional. Se não há hibridização, não há o despertar do sono moderno, nem o rompimento com determinado racismo epistêmico tão pungente na Ciência.

### Capítulo 3 - Serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo

Estudar os serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas configura-se uma tarefa paradoxal: se, por um lado, há uma profusão cada vez maior deste tipo de serviços na cidade de São Paulo – entre os coordenados pela sociedade civil em entidades religiosas ou não, os coordenados pelo Estado e organizações supraestatais, e aqueles de natureza híbrida, onde Estado e sociedade civil compartilham sua coordenação –, por outro, há poucos estudos sobre esses serviços, suas especificidades e o contexto brasileiro de oferecimento de suporte psicológico e psiquiátrico, em especial se levarmos em consideração a produção desde as ciências sociais, em geral, e a antropologia, em específico. Isso pode ser creditado ao fato de que esses serviços têm estabelecimento relativamente recente no Brasil – os mais antigos datam de 1997 –, tendo tido crescimento exponencial na última década – algo que coincide com o período de aumento da entrada de imigrantes-refugiadas oriundas de países do sul global, as inassimiláveis, no Brasil.

Em um contexto de crescimento da percepção de necessidade desses serviços, referendada por diretrizes estabelecidas pelos fóruns internacionais multilaterais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), o ACNUR e a União Europeia (UE), alguns estudos já perscrutaram as lógicas de estabelecimento e de relação entre esses serviços e imigrantes-refugiadas internacionalmente no contexto recente, como Pussetti (2009; 2010; 2017), Ferreira (2011; 2012), Cabot (2013), Fassin (2001), Fassin e Rechtman (2009), Fassin e D'Halluin (2005; 2007), e outros tantos, não necessariamente produzidos a partir da perspectiva da antropologia. Esse, inclusive, é um importante indicador de como essa questão adquiriu uma nova proporção em anos recentes, a partir do que se identifica enquanto uma “crise mundial” envolvendo imigrantes-refugiadas: cada vez mais estudos destinados ao estabelecimento de instrumentos de identificação de vulnerabilidades diversas (em especial, as mentais), de intervenção terapêutica e de aferição da realidade do sofrimento em/de imigrantes-refugiadas têm sido publicados, e isso não exclui o Brasil deste cenário (Knobloch, 2015; Dantas, 2012, 2017; Martins-Borges, 2013; Carvalho, 2015; Galina et. al, 2017; Carvalho et al, 2018).

Duas hipóteses fundamentais constituem justificativa para a preocupação com a oferta de serviços de saúde mental especializados em imigrantes-refugiadas. A primeira pressupõe que os movimentos migratórios, e em especial aqueles que são considerados

forçados (ou seja, escapam à alçada da decisão autônoma, consciente e individual e marcados por violências diversas), mas não apenas, são inerentemente entremeados de condições estressoras e traumatizantes – que talham o sofrimento experimentado no corpo e/ou na mente (Fassin e Rechtman, 2009; Fassin e D’Halluin, 2005, 2007) –, e que essas condições de estresse múltiplo e crônico contribuiriam para o desencadeamento de distúrbios emocionais, psicológicos e psiquiátricos nas imigrantes-refugiadas<sup>61</sup> (Achótegui, 2004). A segunda baseia-se na ideia de que não só há mais imigrantes-refugiadas adentrando o Brasil nos últimos anos – um tipo específico de migração-refúgio, como vimos no primeiro capítulo –, mas também os critérios de definição dos transtornos mentais e dos métodos terapêuticos a serem acionados extrapolariam a unidade do indivíduo neutro, biológico e portador de uma estrutura mental universalmente distribuída entre os seres humanos (a *psyché*). O fato de essas imigrantes-refugiadas virem de “outra cultura” tornaria necessária a reformulação dos métodos de intervenção em saúde mental, consciência advinda da percepção de que tais métodos não têm a universalidade antes pressuposta por suas praticantes.

Nesse sentido, esses serviços pululam hoje por toda São Paulo, entre os que oferecem suporte psicológico e atendimentos psiquiátricos (Carvalho et al, 2018). Entre os que contam com psicólogas na equipe (realizando atendimentos psicoterápicos ou não), estão o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC) – atualmente dirigido por uma psicóloga –, o CRAI, que oferece atendimento psicológico em parceria com o grupo Veredas, a Missão Paz, a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo, o Projeto Ponte, a BibliASPA, o ProMigra, a África do Coração (única com uma psicóloga africana, originária da Angola), a Compassiva, a OSCIP pesquisada (que não realiza mais atendimentos), a Preparando o Caminho, a Bom Samaritano, o Ambulatório, além das estruturas do Sistema Único de Saúde (como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e alguns centros de acolhida, como as Casas do Migrante e os Centros Temporários de Acolhimento (CTAs), que acolheram as venezuelanas

61 Aqui é um ponto importante no que concerne à escolha textual de usar a categoria de “migração-refúgio” para lidar com as *inassimiláveis*, pois a hipótese não é que qualquer movimento migratório torne o sujeito suscetível ao desenvolvimento de distúrbios emocionais, psicológicos e/ou psiquiátricos – ou, pelo menos, não os tornam igualmente suscetíveis –, senão aqueles movimentos tidos enquanto “desestruturados” e que submetam as imigrantes-refugiadas a situações arriscadas e degradantes antes, durante ou depois da migração. Se isso, por um lado, significa dizer que condições vulneráveis de deslocamento – com poucos recursos, recorrendo a trajetos perigosos e a redes clandestinas de facilitação da migração – ou de recepção no país de destino causam sofrimentos que eventualmente serão inscritos nas mentes das imigrantes-refugiadas enquanto um *trauma*, também significa dizer que a migração tida como “estruturada” - documentada e com recursos – não costuma produzir sujeitos disfuncionais, e que as pacientes a quem se destinam os serviços *culturalmente sensíveis* são as imigrantes-refugiadas *inassimiláveis*.

recém-interiorizadas pelo programa de interiorização do Governo Federal, coordenado pelo Exército Brasileiro em parceria com o ACNUR e a OIM. O número de serviços com psiquiatras na equipe é menor – apenas o Projeto Ponte e o Ambulatório contam com elas, sendo que apenas o último oferece atendimento gratuito e aberto ao público de imigrantes-refugiadas e que está inserido na rede do SUS.

Apesar de ter tido a oportunidade de conhecer todos os serviços e suas trabalhadoras, em especial por meio da Rede, a pesquisa se desenvolveu especialmente em dois desses serviços: o da OSCIP, e o do Ambulatório. Em ambos, a pesquisa foi realizada simultaneamente à minha atuação como voluntário – com ciência e anuência das coordenadoras dos serviços em questão, e, em especial, das imigrantes-refugiadas com quem estive. Este capítulo se dedica a descrever o contexto geral destes serviços pesquisados, da Rede e das imigrantes-refugiadas atendidas. Também falarei sobre a pressuposição automática do trauma e as diferentes temporalidades do sofrimento acionadas para descrever as dificuldades dos movimentos migratórios. A equivalência entre imigrantes-refugiadas e surdas será abordada, em diálogo com a ideia de cultura enquanto capacidade de simbolizar – e as descontinuidades de sistemas simbólicos enquanto descontinuidades culturais –, além de apresentar os tensionamentos surgidos a partir das equivalências em questão.

### ***OSCIP – Instituto de Reintegração do Refugiado***

Em abril de 2017, fiz contato com o OSCIP – Instituto de Reintegração do Refugiado. Alguns meses tinham se passado desde que eu havia lido a notícia da implementação do mais recente Programa de Saúde Mental para imigrantes-refugiadas da cidade de São Paulo, em setembro de 2016. B., a coordenadora do PSM à época, aceitou conversar comigo e me apresentar o trabalho desenvolvido por elas na OSCIP. Agendamos no dia 8 de maio de 2017, e eu fui ao seu encontro no prédio localizado no coração da cidade de São Paulo. O escritório, que fica no 13º andar de um prédio, era internamente pintado de um tom de azul celeste e se descortinava, após uma porta de vidro texturizado, em uma grande sala de recepção mobiliada com escrivaninhas, sofás feitos com *pallets* e almofadas, e cadeiras de escritório. À direita de quem entra, ficavam as escrivaninhas com computadores, armários de arquivo e impressoras destinadas ao atendimento das imigrantes-refugiadas. À esquerda, duas pequenas portas davam acesso à copa e aos banheiros e, mais à frente, mais uma porta acessava uma das salas de aula usadas para as aulas de português, e um corredor abria-se para dar acesso

ao interior das instalações. O espaço, confidenciaram-me depois, pertencia ao Governo Federal e era cedido ao Instituto.

Minha primeira conversa com B. deu-se na sala do PSM, que era a última à direita no fim do corredor mencionado, ao lado de um depósito – e a mais reservada de todas: era preciso abrir duas portas para acessar a pequena sala. Eu havia enviado algumas perguntas previamente por e-mail a pedido dela, mas foram de pouca utilidade: a conversa não foi pautada por elas. B. me explicou que a OSCIP havia implementado seu PSM após vencer um edital do ACNUR para este fim, e o Programa se articulava em três frentes principais: os atendimentos de psicoterapia individual, as oficinas, que eram temáticas e voltadas majoritariamente a assuntos ligados à capacitação profissional, no caso dos adultos, e para a musicalização com aulas de violão<sup>62</sup>, para crianças e, por fim, os *grupos de troca*, mencionados no primeiro capítulo. Antes de ter sido contemplado pelas verbas ofertadas pelo ACNUR, B. disse que já trabalhava na OSCIP, e que atendimentos de psicoterapia eram feitos “quando aparecia alguém”, ou “quando havia a necessidade”. Foi essa demanda eventual, percebida como crescente, que fez com que o interesse em estabelecer o projeto fosse levado adiante. O serviço, entretanto, não atendia “casos mais graves”: de acordo com B., o PSM fora arquitetado para abarcar apenas o oferecimento de instrumentais terapêuticos da psicologia, e não contava com psiquiatra – portanto, não havia definição de diagnóstico, nem atendimentos médicos no local<sup>63</sup>. Os “casos mais graves” eram encaminhados ao SUS.

O anúncio de uma demanda de saúde mental crescente por parte de B. não a impediu de emendar ao raciocínio anterior a confissão de que o PSM não era um sucesso de público. As imigrantes-refugiadas a quem se destinava a psicoterapia individual não compareciam na regularidade considerada necessária por B., ausentando-se frequentemente, e abandonando a terapia com uma frequência igualmente alta. Uma

62 O OSCIP é, além de tudo, um espaço com atenção midiática crescente – sua Copa dos Refugiados, evento esportivo disputado entre aquelas imigrantes-refugiadas atendidas pela instituição, foi objeto de reportagem jornalística realizada pela Rede Globo em 2017 (Programa “Estrelas”, 10/06/2017). Também há uma grande presença de empresárias de grandes corporações, como o empresário Samuel Klein, fundador do grupo “Casas Bahia”, que estabeleceu uma parceria com o OSCIP para capacitar imigrantes-refugiadas a serem professoras de línguas simultaneamente ao ensino de português. As oficinas de musicalização para crianças citada, por exemplo, já foi conduzida pela cantora Marina Lima.

63 Apesar disso, quando questionada sobre as razões que levavam imigrantes-refugiadas ao PSM, ela respondeu que a sua hipótese principal era a de que essas pessoas sofriam de algum tipo de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pelas condições em que seus deslocamentos haviam se dado. O próprio site da OSCIP dizia à época que o PSM tinha por objetivo “contribuir para a integração social de refugiados e solicitantes de refúgio no país de acolhida por meio da redução dos traumas psicológicos e transtornos emocionais, levando em conta seu contexto cultural e de migração” (Registro de campo, 2017). Como o PSM foi descontinuado, não há mais menção ao Programa no site da OSCIP.



das saídas propostas para diminuir o baixo comparecimento destas imigrantes-refugiadas era agendar os *grupos de troca* para acontecerem na sequência das aulas de português, e assim tentar captar aquelas que comparecessem às aulas. Um *grupo* havia acabado de encerrar seus trabalhos quando de nossa primeira reunião, e seu tema havia sido “empreendedorismo” - uma outra forma de tentar atrair mais interessados, realizando debates que orbitassem os temas relacionados à obtenção de emprego e renda pelas imigrantes-refugiadas, em um contínuo entre a integração econômica e uma melhor saúde mental. Ao fim de nossa conversa inicial, B. autorizou que eu acompanhasse o próximo *grupo*, a iniciar-se dali a duas semanas, estendendo o convite para que eu também atuasse enquanto voluntário, ajudando na organização de suas atividades.

Aceitei a empreitada, considerando-a como um esforço de estabelecer uma relação de troca: o trabalho voluntário, como pontuei brevemente na introdução a esta dissertação, foi uma ferramenta metodológica importante, bem como um dado de pesquisa valioso. Os serviços de atendimento e assistência de imigrantes-refugiadas majoritariamente utilizam-se de voluntárias para dar conta de suas atividades – e em todos os lugares, a contra-dádiva exigida pela proposição de acompanhamento das atividades para fins de pesquisa foi a atuação enquanto voluntário no serviço em que isso era proposto. A ideia de que a pesquisa não é uma contradádiva em si – ou de que o dado, fornecido enquanto dádiva, exigiria uma contradádiva mais “concreta” da pesquisadora por meio do engajamento altruísta e/ou militante na causa – reforça a percepção de que é preciso mais do que interesse acadêmico para acessar os dados disponíveis neste campo<sup>64</sup>: o dado, retirado “a frio”, precisa ser complementado com uma aproximação emocional do objeto. Espera-se que a pesquisadora não trate as imigrantes-refugiadas como “meros objetos de pesquisa”, percepção compartilhada entre as profissionais que povoam os serviços e algumas das imigrantes-refugiadas: à acadêmica, requer-se que ela também dê aulas de português, organize os *grupos de troca*, promova articulações políticas, elabore currículos, realize atendimentos e nutra empatia pela condição daquelas a quem sua pesquisa se dedica. Um engajamento distanciando é indesejável, portanto.

Mais do que isso, quem define o acesso de pesquisadoras a essa população passa

64 Ainda que várias das pessoas que atuam nesse campo sejam também pesquisadoras, o que pode talvez apontar para uma espécie de “reserva de campo”, onde as pesquisadoras que entram têm que ser avaliadas pelas pesquisadoras que já estão em campo. A relação com as imigrantes-refugiadas nesses contextos é sempre mediata, até que você próprio passe a ser o mediador entre elas e as novas pesquisadoras que continuam adentrando o campo, como aconteceu comigo.

a ser, em alguma medida, os próprios serviços de assistência e as pesquisadoras já presentes em campo. A relação de reciprocidade não se estabelece diretamente com as imigrantes-refugiadas, mas com os serviços, que filtram aquelas que consideram aptas a realizar suas pesquisas. Não se pode estabelecer uma relação direta, em que a pesquisadora decida, em relação não mediada com as imigrantes-refugiadas, qual a contrapartida a ser oferecida às pesquisadas: há sempre as mediadoras dos serviços, que procuram definir e controlar quem terá acesso a elas, de que forma isso dará e qual é a contrapartida exigida.

Comecei, então, a frequentar o espaço da OSCIP. O *grupo* era previsto para ocorrer às segundas-feiras, no período da tarde: as aulas de português eram das 14h às 16h, e eram imediatamente sequenciadas pelo *grupo de troca*. No período entre minha primeira conversa com B. e o início das atividades do *grupo*, um outro voluntário, H., também começou a participar do PSM. Durante a semana, como eu não estava presente, ele recolhia os nomes e telefones daquelas interessadas em participar do *grupo*, e enviava mensagem em português, francês e inglês para elas na segunda-feira. Em sua primeira edição, B. não estava presente – havia viajado para a França a fim de defender seu mestrado, orientado por um renomado estudioso da categoria do trauma. Estivemos presentes eu e H., e o *grupo* contou com apenas cinco pessoas. As perguntas, não estipuladas previamente, geralmente eram sobre as dificuldades que as imigrantes-refugiadas enfrentavam no Brasil – havia uma orientação, feita por B. em nosso primeiro encontro, para que evitássemos perguntar sobre “como eles vieram parar no Brasil” para não reviver “traumas passados”. As dificuldades listadas orbitavam dois temas centrais: a dificuldade de aprender português, e a dificuldade de se arrumar um emprego. Em sendo as perguntas direcionadas a isso, e não aos traumas – em uma equivalência entre o processo migratório que trouxera essas pessoas até aqui e um processo traumático –, ao listarem de maneira espontânea as dificuldades sofridas, as imigrantes-refugiadas não remetiam à temporalidade passada, mas situavam-nas no presente.

Os *grupos* não eram, realmente, bem frequentados. Em vários dias, desloquei-me de São Carlos, onde residia à época, até São Paulo, e não houve uma interessada sequer. Em outros, o *grupo* fora desmarcado por B. ou por H.. Uma das segundas-feiras, por exemplo, ocorreu um dia após a Parada do Orgulho LGBTQI+ de São Paulo, e várias das voluntárias estiveram presentes – eu tomei nota disso pois no dia seguinte, segunda-feira, as voluntárias estavam demasiadamente cansadas, expressando isso

verbalmente, e algumas delas foram embora antes do fim das atividades. H. estava com o rosto coberto por *glitter*, e cochilou algumas vezes sentado à frente do computador. Às 16h, quando a aula de português acabou, ele repetia diversas vezes que não havia ninguém interessado no *grupo*. Um homem sírio, no entanto, disse que pretendia ficar. Como ele era o único, ele mesmo sugeriu que gostaria de dar uma aula de árabe para nós, o que foi feito. H., não muito satisfeito, também compareceu à aula.

A questão racial foi algo que emergiu durante todos os três meses que estive na OSCIP. Alguns exemplos já foram trazidos no primeiro capítulo para tratar da ideia do *refúgio branco* e do *refúgio negro*. Foi durante minha permanência na OSCIP que ouvi, pela primeira vez, que imigrantes-refugiadas “aprendem que são negras no Brasil”, e que havia a necessidade de realizar uma ação de conscientização das voluntárias do local sobre o racismo, pois “todas as voluntárias” eram “brancas” - mesmo que houvesse voluntárias negras, que eram a minoria entre elas. A distinção, portanto, era feita para indicar uma outra faceta da questão racial como colocada na experiência de campo: B. estava dizendo que as pessoas engajadas na oferta de ajuda humanitária a imigrantes-refugiadas de forma voluntária eram brancas, enquanto as pessoas que eram alvo dessa ajuda, as imigrantes-refugiadas, eram negras. Uma simbiose entre ser refugiada e ser negra desenhava-se, portanto, e não apenas isso: uma clivagem entre quem ajuda e quem é ajudada também era delimitada. Brancas ajudam, negras são ajudadas – pois ser considerada negra em um espaço como este é ser automaticamente incluída na categoria de imigrante-refugiada, e, portanto, assimétrica, até que se prove o contrário; já ser branca é estar automaticamente incluída em uma categoria simétrica à de uma “igual”.

Tampouco o antropólogo escapa dessa configuração. Em um dos dias em que fui à OSCIP acompanhar o PSM, encontrei uma mulher negra em uma das turmas do curso de português. Sua turma era formada majoritariamente por outras pessoas negras, e um senhor branco de olhos claros – e esse detalhe se fará importante em breve. Após sua aula, conversando pelos corredores do local, ela me informou que era natural dos Estados Unidos, e que estava passando uma temporada no Brasil para conciliar turismo e trabalho voluntário no auxílio de imigrantes-refugiadas<sup>65</sup>. Ao mesmo tempo, ela se

65 O “turismo humanitário”, na falta de um nome já elaborado, é algo comum entre as voluntárias deste tipo de serviço. Pude presenciar no OSCIP, por exemplo, voluntárias que viajaram até a Grécia e a Itália para realizar trabalho voluntário junto a imigrantes-refugiadas nesses locais. Também na OSCIP, conheci duas voluntárias estadunidenses que vieram fazer um intercâmbio de um mês no país enquanto atuavam em serviços humanitários de auxílio a imigrantes-refugiadas. No caso das voluntárias brasileiras que viajavam até a Grécia e Itália, as ONGs que prestavam esse tipo de assistência é que organizavam os trâmites da viagem, em um pacote “turístico-humanitário”

dedicava a aprender português, pois nutria admiração pela língua. Em estando as classificações raciais postas como o são no Brasil também para o antropólogo, categorizei automaticamente – e de acordo com critérios elaborados desde aqui – a mulher negra enquanto uma refugiada. É possível, se eu pretendesse realizar uma defesa acrítica do meu movimento automático, que eu não a tenha tomado enquanto imigrante-refugiada por suas características fenotípicas – afinal, era uma mulher em uma turma de um curso de português voltado para o atendimento exclusivo de refugiadas. E é nesse momento que se torna importante atentarmos ao detalhe da presença do senhor branco de olhos claros: ele, cidadão francês, aproveitava-se da gratuidade do curso para aprender a língua. Ainda assim, não tomei-o por refugiado – sequer problematizei sua presença no mapa mental de sujeitos que construía em minha cabeça ao analisar as presentes desde a porta da sala de aula. Ele também esteve presente em um dos *grupos de troca* para “treinar seu português”, juntamente a duas estadunidenses voluntárias.

Mesmo com a frequência baixa, o *grupo de troca* salientou como as diferentes temporalidades do sofrimento são colocadas em relação durante suas edições. Se o sofrimento é um capital político que garante a construção de uma estratégia de garantia de direitos e o estabelecimento, por meio de um evento disruptivo, de uma interlocução questionadora sobre a ajuda humanitária ofertada, uma das frequentemente observadas causas de ruptura e de estabelecimento de uma interlocução é a adoção de diferentes temporalidades para conceder legitimidade aos processos de reivindicação de sofrimento. Durante as sessões do *grupo*, em que fomos orientados a não perguntar sobre como as imigrantes-refugiadas vieram para o Brasil para que isso não servisse de gatilho para uma revivescência de traumas passados, a suposição era de que se isso fosse uma questão para as participantes do *grupo*, o assunto surgiria espontaneamente quando elas fossem questionadas de maneira genérica sobre as dificuldades enfrentadas.

Entretanto, o *grupo de troca* não intercambiava as dificuldades da temporalidade passada pois não era o que as imigrantes-refugiadas traziam para trocar. Se a pressuposição é de que a imigração-refúgio (e, em especial, o deslocamento forçado) inscreveria nas mentes das imigrantes-refugiadas um evento, causador de um sofrimento transversal no tempo e motivador do processo migratório, procurando abarcar a experiência migratória das inassimiláveis em uma “conceitualização do evento passado como uma cicatriz dolorosa” (Fassin, 2009:, p. 22), o evento disruptivo da relação de

completo. No caso das turistas-imigrantes dos EUA que encontrei na OSCIP, o Instituto não desempenhou nenhum papel na organização da viagem delas. Por último, temos H., nascido e criado na França, e que migrou para o Brasil para atuar como psicólogo e, no intervalo entre sua chegada e conseguir um emprego remunerado, atuava como voluntário para adquirir experiência profissional.

humanitarianismo-dádiva aqui se dava por meio da negação dessa temporalidade para basear a formulação das “dificuldades”, ou do “sofrimento”: não era a temporalidade passada que as imigrantes-refugiadas acionavam para dar conta dos sofrimentos que elas desejavam ver mitigados. Era a dificuldade de aprender português (pela falta de cursos gratuitos em locais acessíveis da cidade, pela dificuldade em utilizar o transporte público, pela indisponibilidade de tempo e/ou financeira), a dificuldade de arranjar emprego (pelas entrevistas de emprego assimétricas, consideradas as assimetrias na proficiência do português, pelo alto custo dos processos de revalidação do diploma, pelo racismo e pela injúria racial, pela dificuldade em utilizar o transporte público, pela ineficiência dos serviços de assistência, pela grande quantidade de empregadores inescrupulosos e pela grande quantidade de imigrantes-refugiadas em condições de trabalho análogas à escravidão) e o racismo sofrido que vinham à tona nos *grupos de troca* organizados pelo PSM. Enquanto esperava-se que elas discorressem sobre as guerras e perseguições em seus países de origem, ou as situações-limite enfrentadas no processo migratório – mesmo que não se pudesse questionar diretamente a respeito –, as imigrantes-refugiadas desfilavam exemplos sobre como as organizações que oferecem serviços a elas estão profundamente implicadas nas dificuldades que elas sofrem.

Malkki (1996) faz uma breve digressão sobre o tema, argumentando que em sua pesquisa junto a refugiadas Hutu na Tanzânia, as histórias das refugiadas (no sentido de uma remissão ao que é inequivocamente real no tempo passado) eram desconsideradas: frequentemente, elas eram retratadas como propensas ao exagero, desonestas e indignas de confiança. Dessa forma, as administradoras do campo de refugiadas consideravam necessário que para chegar aos “fatos puros” - como um histórico médico de lesões e doenças, ou uma história política de perseguição que remontasse ao deslocamento desde o Burundi à Tanzânia – que constituíam essas pessoas, suas histórias de sofrimento passados teriam que ser desconsideradas em um “processo ativo de de-historicização”, que era simultaneamente um processo de despolitização.

“Pois falar sobre o passado, sobre a trajetória histórica que levou os Hutu enquanto refugiados até o interior da Tanzânia ocidental, era falar sobre política. Isso não poderia ser encorajado pelos administradores do campo (fosse o Ministério de Assuntos Domésticos, TCRS ou ACNUR); ativismo político e o status de refugiado eram mutuamente exclusivos aqui, como na lei internacional dos refugiados

mais genericamente.”<sup>66</sup>. (Malkki, 1996, p. 385, tradução livre).

Diferentemente do que Malkki argumentou, a experiência no PSM mostra que é a remissão à temporalidade passada que, na verdade, atesta a “refugeeness” - a “refugialidade”, ou a elegibilidade não ao status legal, mas à ajuda humanitária oferecida – das imigrantes-refugiadas atendidas. É o sofrimento passado que é esperado enquanto capital político que justifica a intervenção humanitária (pois ele pode, em alguns casos, nos ser neutro), e que é considerada potencialmente danosa à saúde mental das imigrantes-refugiadas. O processo de despolitização das demandas dessas pessoas ocorre justamente na tentativa de neutralizar aspectos da temporalidade presente, e que implicam a ajuda oferecida, as pessoas (voluntárias ou não) envolvidas no oferecimento dos serviços e a conformação política nacional e internacional na qual estamos visceral e permanentemente implicadas. Se o PSM esperava trocar traumas psicológicos – feridas mentais, na acepção extensiva do termo – derivados de uma expectativa hiper-histórica, onde o sofrimento da imigrante-refugiada só existe na temporalidade passada, e esta continua a repercutir incessantemente em sofrimentos no presente, as imigrantes-refugiadas traziam as agruras da temporalidade do presente contínuo, retirando os serviços de auxílio humanitário de seu lugar autoconcedido de suposta neutralidade política e exigindo o reconhecimento de condicionantes que os implica na experimentação da imigração-refúgio enquanto uma experiência de sofrimento presente.

### *Rede*<sup>67</sup>

A Rede é uma organização não institucionalizada<sup>68</sup> de trabalhadoras de serviços de auxílio a imigrantes-refugiadas em São Paulo, sejam eles serviços de saúde, ou que tenham algum tipo de intersecção com o tema. Na prática, constitui-se enquanto uma reunião mensal de algumas trabalhadoras de serviços de assistência a imigrantes-refugiadas que ofereçam algum tipo de atendimento e/ou cuidado em saúde – ainda que seja apoio psicológico – ou que estejam envolvidos na execução de políticas migratórias, como é o caso do CRAI. As reuniões ocorrem às primeiras sextas-feiras de

66 “For to speak about the past, about the historical trajectory that had led the Hutu as refugees into the western Tanzanian countryside, was to speak about politics. This could not be encouraged by the camp administrators (whether the Ministry of Home Affairs, TCRS, or UNHCR); political activism and refugee status were mutually exclusive here, as in international refugee law more generally.”

67 Não é a intenção deste trabalho realizar uma retomada histórica minuciosa sobre a criação da Rede e o início das reuniões na Missão Paz, em 2013. Para um relato mais detalhado, ver Seincman (2017).

68 No sentido de não haver nenhuma formalização burocrática da iniciativa.

cada mês, das 14h às 16h, salvo em ocasiões onde algum feriado ou intercorrência maior impedisse isso – quando isso ocorria, elas costumavam ser transferidas para a sexta-feira subsequente. Inicialmente, a ideia era que cada serviço trouxesse algum caso para ser discutido entre as profissionais participantes da reunião – a maioria absoluta com formação em psicologia e/ou psicanálise – e a experiência servisse para acompanhamento de imigrantes-refugiadas em seus trânsitos pelos serviços, além de buscar, por meio de *brainstorms* sobre as questões trazidas, possíveis soluções para os casos das atendidas. Com o decorrer do tempo, e devido às frequentes turbulências políticas recentes, durante meu tempo de pesquisa foi possível observar uma derivação da pauta das reuniões, que foram das discussões de casos para discussão sobre mobilizações e articulações políticas que pudessem otimizar o funcionamento desses serviços em uma organização de rede, demandando, inclusive, do poder público municipal as respostas para seus problemas.

As reuniões mensais ocorriam na Missão Paz, que funciona nas instalações da Igreja Nossa Senhora da Paz, na baixada do Glicério, região central de São Paulo. Também neste espaço funciona a Casa do Migrante, casa de acolhida para imigrantes-refugiadas recém-chegadas à cidade. A estação Sé do metrô era a mais próxima de lá, e como este era meu meio de locomoção preferencial, era geralmente na praça da Sé que eu desembarcava para prosseguir o restante do trajeto a pé. Caminhava em direção ao bairro da Liberdade, às costas da imponente catedral, e quebrava à esquerda na rua Conde de Sárzedas, que descia por um morro incrivelmente íngreme até a rua do Glicério, endereço da Missão. A Igreja, com cor de terracota por seus tijolos aparentes, tem um grande pátio à sua frente, e um pavilhão anexo à sua direita que se desvela em um grande galpão com algumas cadeiras, uma porta que dá acesso à secretaria e dois corredores que levam a salas de escritório e de aula. O pátio era geralmente repleto de imigrantes-refugiadas que aguardavam algum tipo de atendimento, que descansavam ou que apenas passavam o tempo. Diversas línguas eram ouvidas, tão diferentes entre si quanto os estilos musicais reproduzidos em minicaixas de som conectadas a celulares por meio de conexões *bluetooth*. A depender do dia, era possível ver grupos com caixas térmicas e latas de cerveja conversando animadamente sobre qualquer assunto, ou mesmo ensaios de grupos de dança.





*Figura 8. Cholas bolivianas ensaiam passos de dança no pátio frontal da Missão Paz em dia de reunião de Rede. A letra da música dizia "São Paulo, Brasil, gracias te doy: gracias por todo!". Registro de campo, 06/04/2018.*

A sala onde as reuniões geralmente ocorriam, cujo nome era “Sala Scalabrini” e tinha em sua parede um retrato do missionário homenageado, era no corredor à esquerda de quem adentrava o galpão, logo em frente a um balcão de atendimento com várias pequenas bandeiras de países latino-americanos. Ao lado do balcão, via-se uma estante de metal com diversas publicações de grupos de imigrantes-refugiadas de São Paulo, como jornais de notícias de comunidades bolivianas e peruanas, além de “santinhos” com orações no verso. A Sala Scalabrini, de acesso duplo – uma porta dava acesso a um pátio interno ornamentado com um jardim, e a outra dava acesso ao corredor –, era uma ampla sala de aula com dezenas de carteiras e um quadro-negro à direita de quem vinha do corredor. Nos dias de reunião, algumas das responsáveis pelo grupo durante o ano<sup>69</sup> chegavam antes do horário marcado para organizar as carteiras em um círculo. Aos poucos, as profissionais, que eram brasileiras e imigrantes-refugiadas, iam chegando – muitas delas após o início da reunião.

As profissionais representavam serviços coordenados e oferecidos pelo Estado, como as representantes da Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da região da Sé, o Ambulatório, o Grupo Veredas (ligado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e à USP), os CTAs do Butantã e de São Mateus – que abrigavam venezuelanas – e, por vezes, de alguns CAPS; os serviços coordenados em uma parceria entre o Estado e organizações da sociedade civil, como o CRAI e seu centro de acolhida – administrados pelo Serviço Franciscano de Solidariedade (Sefras); e os serviços coordenados somente pela sociedade civil, como o

<sup>69</sup>Normalmente, duas eram eleitas para coordenar os trabalhos do grupo por um período indeterminado.

CRR/CASP, a Cruz Vermelha, a BibliASPA, a Compassiva, a Preparando o Caminho, o Coletivo, o Projeto Ponte, a África do Coração, a SBP-SP, e diversos outros que compareciam esporadicamente. Além disso, representantes de projetos de saúde temporários junto a imigrantes-refugiadas, como uma série de rodas de conversa organizada pela ONU Mulheres, também compareciam. Alguns serviços rotacionavam seus representantes, mas garantiam presença em todas as reuniões, e mulheres sempre representaram a maioria absoluta das participantes das reuniões, bem como pessoas fenotipicamente consideradas e/ou autodeclaradas brancas. A presença de estrangeiras, também sempre foi constante: entre as profissionais, existiam peruanas e colombianas, por exemplo.

A proeminência de profissionais ligadas de alguma forma à saúde mental é um dado importante: a Rede de Cuidados em Saúde não adiciona o aposto “mental” ao seu nome, e é dado a entender que a abordagem foi pensada para ser algo mais holista, incluindo também os cuidados em saúde “não-mentais”, ou seja, aqueles também relacionados ao corpo e a fatores dissociados da diferença cultural e/ou linguística. Entretanto, e apesar de algumas vezes casos de enfermidades não relacionadas à saúde mental também serem discutidos (especialmente enquanto parte de uma abordagem holista da saúde mental que endereça os sofrimentos vividos pelas imigrantes-refugiadas de maneira bastante abrangente e os conecta com o bom ou mau estado da saúde da mente do indivíduo), essa abordagem sempre tinha uma proeminência sobre as outras: o problema de saúde relacionado ao corpo das imigrantes-refugiadas tornava-se um problema da Rede na medida em que as diferenças culturais e linguísticas (e outras “vulnerabilidades”) colocavam-se enquanto obstáculo para o acesso ao cuidado em saúde. O corpo em si, enquanto um aparato biológico universal, era acultural e alinguístico, e não representava uma ameaça à tentativa de se estabelecer algum tipo de cuidado “culturalmente sensível” – aquele para o qual a cultura é uma variável a ser analisada, ainda que essa variável não transborde para o corpo biológico, este sim invariável, ao menos em sua dimensão estrutural. **Cultura** inscreve-se na mente – e, porque não, a produz ou é produzida por ela em um processo quase simbiótico de justaposição, ao passo que não produz a estrutura biológica do corpo –, e são majoritariamente as profissionais da saúde mental as mobilizadas para dançar a coreografia ontológica sobre sistemas de saúde e doença para imigrantes-refugiadas no Brasil.

Também as assistentes sociais são presença constante e maciça nas reuniões de

Rede. Uma perspectiva humanitária emerge deste fato, e a proeminência de entidades religiosas produz uma intersecção nodal interessante. A ajuda humanitária como imaginada pelos serviços – e as relações estabelecidas durante todo o recorte longitudinal do meu campo etnográfico, que se configura enquanto um imenso sistema poroso e vivo de trocas e estabelecimento de relações de reciprocidade incessantes e não necessariamente altruístas (cf. Strathern, 1999) – pressupõe **cuidado**, em uma espécie de exercício missionário de compaixão cristã. A todas que adentram essa coreografia, o requisito primeiro é que sejam, acima de tudo, empáticas, e a principal atividade desenvolvida deve ser **cuidar**. Trocar histórias de pacientes e acionar a rede de encaminhamentos é criar, acima de tudo, um lugar privilegiado de exercício da empatia cristã pelo sofrimento alheio, e não por acaso a maior parte dos serviços de assistência a imigrantes-refugiadas de São Paulo têm ligações com a Igreja Católica<sup>70</sup>. O mesmo humanitarianismo-dádiva que demanda de imigrantes-refugiadas o silêncio complacente e uma “reação resignada de gratidão” (Hamid, 2012, p. 121), entre outras coisas, exige também daquelas que queiram adentrar este palco e retirar algo (seja esse “algo” dados, relatos, imagens, bem-estar espiritual, renome profissional, etc) que estejam versadas na arte de cuidar e sejam, acima de tudo, empáticas.

O conteúdo discutido durante as reuniões que compareci entre 2017 e 2019 foi bastante diverso. Em algumas reuniões, em especial as que ocorriam próximas a eventos políticos de relevo – como, por exemplo, na ocasião em que a equipe do CRAI fora completamente substituída após a troca da administração municipal da gestão Fernando Haddad (2013-2016) para a gestão João Doria (2017-2018) –, o debate era a respeito do horizonte de desmontes do sistema público de saúde e das políticas migratórias, e sobre como seria possível construir estratégias de resistência. Uma dessas reuniões contou, inclusive, com Alexandre Padilha (PT-SP), ministro das Relações Institucionais entre 2009 e 2010 no governo de Luís Inácio “Lula” da Silva, da Saúde entre 2011 e 2014, no governo Dilma Rousseff, e Secretário Municipal de Saúde no governo Fernando Haddad entre 2015 e 2016, além de professor do curso de medicina da Universidade Nove de Julho (UNINOVE) e deputado federal. Em outros momentos, sugestões para debates mais teóricos aconteciam: em uma das reuniões, foi aventada a possibilidade de um vídeo ser reproduzido sobre a psicóloga e psicanalista francesa Marie-Rose Moro, apresentada no capítulo anterior, para um debate posterior – a pessoa encarregada para levar o vídeo em questão para a reunião não compareceu, e ele não foi exibido (e como

<sup>70</sup> E não apenas esses serviços: vários dos centros de estudos e pesquisa sobre migração no Brasil são vinculados à Igreja Católica, bem como suas respectivas revistas científicas.

isso ocorreu em um período imediatamente posterior à confirmação da eleição de Jair Bolsonaro à presidência da República, o debate orbitou novamente as estratégias de mobilização política à disposição naquele momento). Também eram convidadas imigrantes-refugiadas de movimentos sociais, como o Coletivo “Sí, yo puedo!” (coletivo de mulheres latino-americanas), para apresentarem suas reflexões sobre a maneira como percebiam as dificuldades ou facilidades no acesso a serviços de saúde em São Paulo. Por fim, o espaço tornava-se também um ambiente para as profissionais dividirem as dificuldades no desempenho de suas funções, motivadas especialmente pela crônica falta de assistência por parte do poder público.

Entretanto, e como mencionado, era a discussão de casos de imigrantes-refugiadas o principal tema da maioria das reuniões de Rede. Em uma dessas oportunidades, o caso discutido foi o de uma Escola Municipal de Ensino Infantil (EMEI) localizada na Zona Norte que estava apresentando alguma dificuldade ao lidar com suas alunas imigrantes-refugiadas: várias crianças estavam sendo encaminhadas pelas professoras para o CAPS-Infantil do território com suspeita de *autismo*, algo bastante comum a crianças imigrantes-refugiadas em contextos os mais diversos possíveis<sup>71</sup>. Algumas alunas imigrantes-refugiadas pouco interagiam com outras crianças, não respondiam às professoras e colegas e não cumpriam as tarefas designadas a elas, ficando em silêncio a maior parte do tempo. Diante disso, as professoras costumavam reagir chamando mães e pais à escola para explicar-lhes a importância de elas próprias aprenderem a língua, e, em alguns casos, proibindo-lhes que a língua nativa fosse falada em casa para não prejudicar o aprendizado do português.

71 No Brasil, há registros jornalísticos sobre a questão: “*Autista, não: imigrante*”, reportagem d’O Estado de São Paulo de 19/07/2017. Disponível em <https://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,autista-nao-imigrante,70001705273>, último acesso em 20/02/2019. Há também uma tendência a sobrediagnosticar crianças imigrantes brasileiras no Japão com autismo: “*O que pode estar por trás do alto índice de autismo entre crianças brasileiras no Japão?*”, reportagem da BBC Brasil de 10/07/2016. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-36580919>, último acesso em 20/02/2019. Entretanto, não é um tema abordado desde uma perspectiva acadêmica de qualquer que seja a área, sendo uma questão ainda subexplorada. Mesmo os trabalhos que o mencionam, como o de Dantas (2017, p. 59), mencionam-no *en passant*. Há, entretanto, bibliografias que aproximam as perspectivas imigrante-refugiada e autista (Lima et. al, 2018; Rosa et. al, 2009). Rosa, Berta, Carignato e Alencar, ao elaborarem sobre o luto impedido àquelas que migraram (luto esse não apenas em relação à morte de indivíduos, mas também a uma série de discontinuidades impostas a estas pessoas em razão de sua migração), afirmam que a imigrante “sabe da perda, mas vive como se esta não houvesse se processado, em um certo *autismo*, isolamento da realidade e paradoxalmente realçando os traços do objeto perdido” (p. 503, ênfase minha). Mais à frente, refletindo sobre como confraternizações coletivas em rituais religiosos e profanos, como cultos, festivais e o carnaval, há uma amenização das perdas dessas pessoas pela revivescência de suas terras de origem por meio da tradição cultural. As autoras prosseguem: “o que poderia relançar os imigrantes ao *autismo cultural* pode favorecer o luto, pois na produção dos cultos e das festas populares do país de origem também se localizam as perdas, evidenciando-se, na verdade, uma ‘criação’, uma ‘reinvenção’ do passado.” (p. 504, ênfase minha). A associação entre as perspectivas imigrantes-refugiadas e as autistas é, portanto, relativamente comum.

Várias autoras defendem uma perspectiva oposta: a aquisição de duas línguas diferentes na infância, por exemplo, não só não dificulta o aprendizado de uma das duas, como pode aumentar o desempenho cognitivo em outras esferas da vida da criança (Thompson et al, 2007; Kovács e Mehler, 2009; Patelli, 2015; Bialystok et al, 2012). Além disso, e como frequentemente apontado por B.B., psicóloga peruana da Missão Paz, durante as reuniões, esse fato tem uma conotação colonialista e assimilacionista imensa: B. B., que é peruana, frequentemente relembra que a colonização espanhola também proibia que povos indígenas andinos falassem o *aymará* e o *quéchua*, e que esse ato, eminentemente violento, repetia-se em uma reinvenção, pois desta vez era o espanhol que era proibido para supostamente favorecer a **assimilação** do português - que é, na verdade, a assimilação da imigrante-refugiada pela língua, como argumentou Fanon (2008).

A outra reação possível da equipe da escola era encaminhar essas crianças imigrantes-refugiadas ao CAPS por suspeita de autismo<sup>72</sup>, o que vinha causando conflitos entre a equipe pedagógica da escola, as mães e pais e as funcionárias da equipe de saúde do CAPS, que resistiam aos encaminhamentos das professoras e recusavam-se a fornecer de imediato o laudo atestando as alegações delas. Nesse ínterim, psicólogas de um grupo acadêmico ligado ao estudo de imigrantes-refugiadas e que também dedicavam-se a promover intervenções terapêuticas, aproximaram-se da equipe da escola – representada naquela reunião pelo diretor e uma professora – por intermediação do CRAI, e propuseram-se a mediar a relação entre a equipe pedagógica e o CAPS do território. O projeto, então, previa incursões iniciais para mapear a questão, e a realização de um trabalho de formação com comunidades de imigrantes-refugiadas

72 O quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014) tem um extenso capítulo sobre os Transtornos de Neurodesenvolvimento, entre os quais está o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O manual diz que o TEA “caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos.” (p. 31). Também afirma que “a deficiência intelectual é comum entre pessoas com transtorno do espectro autista. Sua investigação pode ser complicada por déficits sociocomunicacionais e comportamentais, inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no engajamento nos procedimentos dos testes. Uma investigação adequada da função intelectual no transtorno do espectro autista é fundamental, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, uma vez que escores do QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, particularmente na primeira infância” (p. 40). Por fim, em um pequeno tópico chamado “Questões Diagnósticas Relativas à Cultura”, o manual vaticina: “Haverá diferenças culturais nas normas de interação social, comunicação não verbal e relacionamentos; indivíduos com transtorno do espectro autista, entretanto, apresentam prejuízos marcados em relação aos padrões de seu contexto cultural. Fatores culturais e socioeconômicos podem influenciar a idade de identificação ou de diagnóstico; por exemplo, nos Estados Unidos, pode ocorrer diagnóstico tardio ou subdiagnóstico de transtorno do espectro autista entre crianças afro-americanas.” (p. 57).



cujas filhas estudassem na escola.

Os seis primeiros meses foram dedicados a uma escuta inicial dos problemas ocorridos na escola – o que, para a psicóloga que acompanhara o caso, já era em si uma intervenção. A sondagem foi direcionada a todas as actantes identificadas enquanto importantes naquele contexto: as famílias das crianças imigrantes-refugiadas, a equipe da escola e as próprias crianças. A psicóloga, Jo., relatou ter identificado que o problema do excesso de encaminhamentos estava diretamente relacionado ao fato de as crianças serem imigrantes-refugiadas, e o lugar do “heterogêneo” era, portanto, reservado a elas – o que o diretor da escola referendou, dizendo que “quem faz aparecer a diferença na escola é a criança imigrante”. O problema linguístico adquiriu um relevo considerável na avaliação da questão: a especificidade da língua das crianças imigrantes-refugiadas era trazida enquanto um problema intrinsecamente ligado à suspeita de *autismo* projetada sobre as crianças, e o uso das línguas nativas das mães e pais, como dito anteriormente, era censurado e até mesmo proibido pelas professoras<sup>73</sup> por representar um obstáculo, na visão delas, ao aprendizado e à assimilação da língua portuguesa por parte das crianças, o que atrapalhava também a sua “sociabilidade” e, em determinado nível, explicava o isolamento e a perseguição por colegas brasileiras.

Como as mães e pais das crianças não falavam português, a despeito de as profissionais fazerem questão de frisar que estavam há muito tempo no Brasil, elas também foram trazidas ao centro da questão. Nas reuniões entre a equipe da escola e as famílias das crianças bolivianas, os relatos davam conta que as professoras falavam, e as imigrantes-refugiadas ouviam-nas em silêncio – o que foi apontado por algumas das profissionais presentes à reunião da Rede como uma característica da “falta de mobilização” inerente às comunidades bolivianas, que supostamente não costumam formar grupos políticos articulados (interpretação no mínimo questionável: há hoje em São Paulo pelo menos uma dezena de associações de bolivianas), ou que seriam mais passivas e subservientes. A ideia das oficinas com familiares e professoras derivou dessa percepção: era preciso envolver as famílias das imigrantes-refugiadas ao cotidiano da escola – algo que não acontecia, e que também foi creditado a um aspecto cultural da conformação familiar boliviana. Bolivianas, na ideia das presentes à reunião onde o caso era apresentado, cuidavam pouco de suas crianças, pois esta não seria uma tarefa

<sup>73</sup> Aqui observa-se algo análogo ao que Frantz Fanon descreveu sobre a realidade antilhana: “A língua oficialmente falada é o francês. Os professores vigiam de perto as crianças para que a língua crioula não seja utilizada.” (2008, p. 42). Em outra passagem, o autor volta a afirmar: “Na escola, o jovem martinicano aprende a desprezar o patoá. Fala-se de *crioulismo* com desdém. Certas famílias proíbem o uso do crioulo e as mães tratam seus filhos de pivetes quando eles desobedecem” (Id., p. 35-36).

relegada apenas às mães e aos pais, mas também a tias e tios e avós e avôs, fato impossibilitado por parte das famílias muitas vezes estarem distantes devido à migração. As oficinas foram consideradas bem-sucedidas<sup>74</sup> – embora o diretor ressaltasse que ainda era preciso trabalhar para quebrar a resistência das professoras – em especial pelo aumento do engajamento das famílias imigrantes-refugiadas no ambiente e no cotidiano escolar.

A questão da diferença, portanto, articulava-se em torno da cultura – neste caso, amalgamada a uma certa conformação psicológica das imigrantes-refugiadas a respeito de seus laços de parentesco –, da língua e da capacidade de comunicar-se – que são dois níveis de uma mesma questão tida enquanto “social”, ou da esfera da conexão das realidades individuais às realidades coletivas – e, por fim, da biologia – trazida à tona pela inferência de que existem, sim, caracteres biológicos passíveis de serem interpretados enquanto inequivocamente *autistas*, mas que não era o caso dessas crianças. A diferença cultural, explícita, no entender das profissionais, no não engajamento da família na escola, na sua falta de mobilização e articulação política coletiva – aqui, revela-se o aspecto “social” da cultura boliviana –, e na suposta negligência em relação aos problemas enfrentados pelas crianças da comunidade de imigrantes-refugiadas tornava a intervenção das professoras, que “diagnosticavam” uma incapacidade à troca simbólica por parte das crianças bolivianas, um equívoco ressaltado pela negação da equipe de saúde do CAPS em fornecer o laudo que atestaria o *autismo* a crianças que **não eram autistas**, pois suas biologias não mostravam isso.

A abordagem “terapêutica” das professoras foi, portanto, exigir o abandono do sistema simbólico de trocas de significados objetivado no idioma espanhol em benefício da língua portuguesa, em um processo de assimilação da diferença por meio de sua supressão. A intervenção da psicóloga foi, portanto, recusar essa abordagem “terapêutica” (pois que também visa responder à presunção de um quadro patológico) e atuar pelo estabelecimento de uma interlocução – ou de um sistema cibernético de trocas análogo a uma conformação mental (Bateson, 1971; 1972; 2018) –, inexistente até então, entre as famílias bolivianas e a comunidade escolar. Dessa forma, performou-se uma espécie de **cura simbólica**<sup>75</sup> e **coletiva**, pois se o problema diagnosticado era a

74 O projeto, entretanto, foi apresentado na reunião enquanto ainda em andamento.

75 Uso o termo *simbólico* na falta de um termo melhor. Considero que informação e símbolo não se confundem, e são portadores de uma descontinuidade considerável: se todo símbolo é informação, nem toda informação é simbólica – argumento semelhante é esboçado por Kohn (2015) em sua análise da teoria linguística de Peirce, embora não seja o caso de recorrermos a índices, ícones e símbolos nesse momento. Poderíamos falar, talvez, em um processo terapêutico informacional, ou comunicacional, mas não necessariamente simbólico, argumentação semelhante à de Campoy (2015,



parca comunicabilidade entre as actantes – um sistema fechado e comunicativo é um sistema morto, argumentaria Ingold (2012) –, a cura residiria justamente na desestabilização desse sistema fechado para torná-lo um sistema cibernético (Bateson, 2018) com características mentais (idem, 1971) – ou seja, opera por tentativa e erro e **tem caráter criativo** – cujo propósito não é a busca pelo equilíbrio estável, mas sim pela mudança exponencial progressiva em um sistema causal autocorretivo (2018, p. 318). Tornar poroso um sistema fechado – a saber, as relações intragrupoais entre professoras, mães e pais de alunas, alunas, equipe do CAPS e psicóloga – é, como argumentei anteriormente, um evento disruptivo, pois estabelece uma interlocução antes apenas imaginada – visto que deveria dar-se em termos virtualmente inalcançáveis pelas actantes envolvidas.

A intervenção da psicóloga, é, portanto, uma nova informação introduzida em um sistema comunicativamente fechado e circular, que o compele à autocorreção por meio da adaptação de suas actantes (alunas, mães, pais, professoras, equipe da escola, equipe de saúde do CAPS, etc.) à informação (Jo.) inserida – e a informação não é sinônimo de símbolo. Reorganizando informações, actantes e o próprio palco da coreografia ontológica, a intervenção é destinada a produzir cismogêneses (Bateson, 2018) – gênese de diferenças – para que este sistema articulado de relações, de características mentais, se autocorrija (ou imploda). O agregado crianças / imigrantes-refugiadas / famílias / equipe-da-escola / equipe do CAPS / Jo. / actantes-não-identificadas forma, em si, um sistema de características mentais – é uma mônada que existe em si mesma enquanto uma **mente**, que não está subsumida ao cérebro –, pois

“*qualquer* conjunto de eventos e objetos em movimento que tenha a complexidade de circuitos causais e relações de energia apropriados mostrará características mentais. Ele irá *comparar*, isto é, ser responsivo à *diferença* (além de ser afetado pelas ‘causas’ físicas comuns, como impacto ou força). Ele irá ‘processar informação’ e será inevitavelmente autocorretivo, seja em direção à otimização homeostática, seja em direção à maximização de determinadas variáveis.”<sup>76</sup>. (Bateson, 1971, p. 443, ênfase do autor)

A cura simbólica e coletiva performada – ou almejada – é, portanto, uma reconfiguração de valores informacionais em um sistema de trocas, em que o exercício

2017a, 2017b).

76 “any on-going ensemble of events and objects which has the appropriate complexity of causal circuits and the appropriate energy relations will show mental characteristics. It will *compare*, that is, be responsive to *difference* (in addition to being affected by the ordinary physical “causes” such as impact or force). It will ‘process information’ and will inevitably be self-corrective either toward homeostatic optima or toward the maximization of certain variables”.

de mediação das diferenças, a articulação realizada por Jo. figura enquanto uma informação nova inserida em um circuito causal cibernético, obrigando-o a reconfigurar-se. A mente, que definitivamente difere da *psyché* inerentemente individual, não pode, sob essa abordagem, ser interna à unidade do indivíduo, e deve localizar-se nas relações entre as partes desse circuito causal – como na já mencionada escultura cinética –, visto enquanto um todo cibernético – dessa forma, o chamado *setting* clínico tradicional entre paciente e terapeuta é o primeiro a ser sacrificado, e as profissionais da saúde mental parecem reconhecer isso. Como argumenta Wagner, creditando a formulação ao próprio Bateson, “nós não necessariamente realizamos o pensamento em nosso cérebro. O pensamento não existe no cérebro (...)” (2011, p. 975), mas nas relações.

Não é em um consultório psicanalítico que a intervenção em saúde mental performada por Jo. se dá, por exemplo: ela se dá, **etnograficamente**, nas relações entre as actantes desse cenário – nas articulações entre as partes desta escultura cinética. Além disso, a qualidade da informação (não em um sentido valorativo) deve ser diferente daquelas até então inseridas e processadas pelo sistema: a característica criativa e autocorretiva é provocada pela inserção de informação de um outro nível comunicacional, o que compeliaria à cismogênese – ou à gênese da diferença no interior do sistema. O sistema fechado caracteriza-se por ser um circuito com uma diversidade limitada de níveis de informação – inserir os mesmos parâmetros não abre espaço para esperar diferentes resultados. Torna-se necessária, portanto, uma disrupção, que terá escalas variáveis – da infinitesimal à revolucionária.

Passarei agora a descrever brevemente o Ambulatório, onde atuei enquanto pesquisador e enquanto antropólogo do serviço – essa segunda parte, entretanto, está reservada para ser discutida no próximo capítulo. Por agora, farei apenas uma breve contextualização acerca do contexto encontrado.

### ***Ambulatório***

O complexo do hospital universitário onde está localizado o Ambulatório é equiparável a uma pequena cidade, seja em termos de extensão territorial, seja pelo número de pessoas que circulam pelo espaço diariamente. Localizado em um bairro bastante valorizado da cidade, o Hospital é ladeado por duas importantes avenidas e tem fácil acesso a outras importantes vias da cidade. É contemplado por uma estação de metrô da linha verde – que cruza a cidade de leste a oeste – quase exclusiva, com acesso

direto às instalações do Hospital. Além disso, uma nova estação, desta vez da linha amarela – que liga a região central à Zona Oeste da cidade –, foi inaugurada recentemente nas proximidades do complexo hospitalar, em uma rua conhecida por ser um centro comercial de alto padrão econômico. O Hospital é formado por sete institutos: Central, de Psiquiatria, de Ortopedia e Traumatologia, do Coração, da Criança, de Radiologia e do Câncer. Também dispõe de 62 laboratórios de pesquisa.

Desde as primeiras interlocuções estabelecidas em meus primeiros dias de trabalho de campo, tomei nota da existência de um serviço hospitalar psiquiátrico destinado ao atendimento especializado de imigrantes-refugiadas em São Paulo. Acessá-lo, porém, não foi exatamente simples. Iniciei as tentativas ainda em 2017, quando tentei entrar em contato com uma das psiquiatras fundadoras do ambulatório, e não obtive resposta. Depois, fui à procura de outro psiquiatra fundador e ligado ao que eu conhecia até o momento enquanto Ambulatório Transcultural, que respondeu meu e-mail indicando-me os nomes de duas outras médicas – essas sim, segundo ele, estavam diretamente envolvidas nas atividades do ambulatório. Alguns meses já haviam decorrido desde meu contato inicial quando consegui, finalmente, agendar uma entrevista com as duas – a primeira, de L. C., por Skype; a segunda, Jn., no espaço onde o ambulatório realizava seus atendimentos.

As entrevistas forneceram-me um panorama sobre o surgimento do serviço, e seu funcionamento à época de nosso contato. O ambulatório foi fundado em 1997<sup>77</sup>, em uma parceria realizada entre o Centro de Referência para Refugiados da Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CRR/CASP) – cujo serviço de saúde mental para imigrantes-refugiadas surgiu no mesmo ano –, o instituto de psiquiatria do Hospital e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, sendo estes, portanto, os primeiros serviços especializados no atendimento de refugiadas na cidade<sup>78</sup> - o primeiro, dedicado ao “acolhimento, integração, proteção e assistência” das solicitantes de refúgio e refugiadas, e o segundo, ao atendimento psiquiátrico das mesmas<sup>79</sup>. A parceria foi uma resposta à solicitação da Secretaria Estadual de Saúde ao instituto de psiquiatria para

77 Não é a intenção realizar uma retomada analítica extensiva da história do surgimento do ambulatório. Para tal, ver Santana e Lotufo Neto (2004) e Carvalho (2015).

78 Vários outros serviços para imigrantes sem o estatuto de refugiado já existiam, entretanto.

79 É um dado significativo que esses tenham sido os primeiros serviços para refugiadas da cidade – e do país. Considerando-se o escopo de atendimento pretendido por eles, podemos delimitar quais as preocupações pautavam a atuação das actantes deste cenário à época – e que ainda pautam, de certa forma, até a presente data: a assistência social, o acolhimento psicológico e o atendimento psiquiátrico. Talvez, como apontou Nascimento (1978) sobre as religiões afro-brasileiras, seja preciso refletir sobre a razão de a especialidade em disciplinas relacionadas à saúde mental ser quase um pré-requisito para lidar com a alteridade em determinados contextos.

que fosse estruturado um serviço de atendimento clínico e psicoterápico para essa população. Apesar de as profissionais do CRR/CASP avaliarem que “quase todos os solicitantes de refúgio necessitavam de apoio psicológico e psiquiátrico” (Santana, Lotufo-Neto, 2004, p. 169), a demanda de imigrantes-refugiadas foi baixa – nos três primeiros meses, não houve nenhum encaminhamento ao serviço, e a tônica se manteve até o momento em que comecei a conhecer o Ambulatório. L.C. chegou, inclusive, a dizer em entrevista que o ambulatório cresceu a despeito da baixa procura do mesmo por imigrantes-refugiadas.

Uma das questões colocadas pela baixa demanda é que o Hospital funciona enquanto um hospital-escola: não só as alunas do quinto ano da Faculdade de Medicina passavam, à época da pesquisa, cerca de quatro semanas por ano realizando atendimentos no local (com supervisão de residentes e supervisoras), mas também residentes – ou seja, médicas graduadas, mas ainda em processo de formação – atendiam no local, fazendo com que o serviço também tenha propósitos didáticos. Devido à baixa demanda de atendimentos de imigrantes-refugiadas, o ambulatório passou, em determinado momento, a atender também brasileiras ouvintes e surdas. As surdas, em conformidade com o recorte estabelecido – o ambulatório se destinava, à época da pesquisa, ao atendimento de pessoas em situação de “vulnerabilidade linguística e/ou cultural” – aproximar-se-iam das imigrantes-refugiadas por “falarem outra língua” e terem “outra cultura”. As brasileiras ouvintes, entretanto, serviriam apenas para fornecer insumos aos propósitos didáticos exigidos do ambulatório: as estudantes em formação necessitavam realizar os atendimentos para fins didáticos, e atender apenas imigrantes-refugiadas e brasileiras surdas não possibilitaria o volume de atendimentos esperado. Dessa forma, no momento de minha entrada no Ambulatório em fins de 2017, a maior parte das pacientes eram brasileiras ouvintes, e presenciei uma ligeira mudança nesse perfil ao longo do ano de 2018, com uma chegada mais volumosa de imigrantes-refugiadas, além de indígenas e migrantes internos. As entrevistas com L. C. e Jn. tiveram, então, desdobramentos importantes. Fui convidado a comparecer ao ambulatório em um dia em que o atual coordenador, Le., estivesse presente para que negociasse com ele a possibilidade de realizar pesquisa no espaço.

Em uma das últimas quartas-feiras de dezembro de 2017, consegui comparecer a um dos dias regulares de atendimento. Assim que cheguei, Jn. me apresentou a Le., o coordenador, dizendo que eu era o antropólogo que ela havia mencionado que queria colaborar. Em momento algum, entretanto, eu havia mencionado a possibilidade de

colaborar com o ambulatório – minha intenção, expressa verbalmente, era realizar pesquisa no local. Cheguei, inclusive, a enviar meu projeto de pesquisa às minhas interlocutoras logo após as entrevistas iniciais. Entretanto, e lembrando a experiência na OSCIP, não neguei a possibilidade de ajudar nas atividades regulares do Ambulatório<sup>80</sup> – apenas não imaginava como poderia fazê-lo. Elas, então, sugeriram que eu planejasse e coordenasse um módulo de antropologia da saúde nas atividades didáticas de janeiro de 2018, quando o ano letivo estaria próximo ao fim<sup>81</sup>. Depois, reeditaríamos o módulo em agosto com a nova turma de residentes, que assumiria em março. Além disso, L.C., que coordenava as atividades didáticas, disse que me enviaria a programação anual para que eu pudesse colaborar com a reflexão sobre os temas tratados e os textos discutidos.

Neste mesmo dia, estava programada uma atividade didática com as internas – alunas do 5º ano de medicina – e L.C. e Jn. convidaram-me a acompanhá-las: o texto trabalhado, para minha surpresa, era o “Ritos Corporais entre os Nacirema”, de Horace Miner (1976). A ideia da discussão era ilustrar brevemente como “funcionaria” o etnocentrismo ocidental, apresentando uma descrição exotizada de hábitos de cuidados com o corpo, comuns entre estadunidenses, no caso do texto, e entre brasileiras, no caso dos exemplos mobilizados durante a atividade. Assim, as psiquiatras argumentavam junto às internas que também a medicina – e a empreitada epistemológica da ciência – era um sistema cultural, ou um sistema de crenças, em uma aproximação à ideia de “teia de significados”, de Geertz (1973).

A ideia de apontar a pressuposição etnocêntrica de que “cultura têm as outras”, enquanto a medicina e a ciência ocidentais, matriz epistemológica à qual minhas interlocutoras se afiliavam, consideravam-se neutras e objetivas enquanto produtoras de uma realidade unívoca – livre, portanto, das lentes côncava dos óculos culturais, que espriariam os significados possíveis de um multisimbolismo inerente ao exercício da humanidade – me chamou a atenção. Mais ainda, a ideia de tomar a cultura enquanto capacidade de produzir símbolos tidos enquanto eficazes – ao ponto de os naturalizarmos em respostas corporais concretas, ou seja, símbolos culturais capazes de

80 Uma outra pesquisa de mestrado foi realizada no espaço do ambulatório (Pinto, 2016). Tomei conhecimento deste fato de maneira curiosa: após cerca de 6 meses realizando pesquisa no local, mencionaram que um outro antropólogo havia passado por lá. A diferença que pontuavam, entretanto, era que ele “não havia aceitado colaborar”, e diziam isso de maneira a entender que isso teria sido uma falha de sua parte. Uma das frases que me chamou a atenção foi “ele nem comeu com a gente!” - um antropólogo que não se presta à comensalidade com suas nativas comete, de fato, uma falha.

81 As turmas de residentes ficam por um período de um ano no ambulatório, iniciando-se em março. As residentes que têm a possibilidade de escolher a disciplina “Ambulatório Transcultural” são as do segundo ano de um total de quatro anos de residência – são chamadas, portanto, de R2.

produzir sobre (e produzir a) realidade natural unívoca –, tributária a Lévi-Strauss (2012), servia de insumo para a elaboração da necessidade de não se observar apenas os aspectos ligados ao que se consideraria a natureza concreta das coisas, estrutura condicionante sobre a qual assentavam-se os símbolos culturais. A tentativa, portanto, era de expandir um modelo “materialista ingênuo” – onde geralmente a **natureza** das coisas adquire relevo, em uma crítica à prática psiquiátrica tida como meramente biológica – para um modelo aristotélico hilemórfico – onde forma (*morphé*) e matéria (*hyle*) compõem uma realidade bifacetada entre os pólos da **natureza** (ou matéria, ou biologia, ou estrutura, ou universal) e **cultura** (ou forma, ou conjuntura, ou particular).

Era necessário, portanto, que contassem com uma especialista em cultura e/ou em sociedade, em uma analogia entre “cultural” e “social”, ou “coletivo”, bastante comum ao campo, para que se compusesse, junto às profissionais responsáveis pela biologia – as médicas psiquiatras – e pela *psyché* individual – as psicólogas – a equipe. A saúde, de maneira ampla, e a saúde mental, de maneira particular, deveriam considerar essas três dimensões do ser humano, purificadas em especialidades de maneira a tornar contraproducente o cuidado prestado. Essa configuração seria mais proeminente no lide com imigrantes-refugiadas e surdas: a cura que se posiciona para além da cura biológica, da alçada da prática médica, é aquela que é simbólica, ou seja, se dá por meio dos símbolos culturais, e a atividade culturalmente competente da medicina e da psiquiatria deve, na visão das praticantes dessa área, ser capaz de decodificar e instrumentalizar esses símbolos para performar uma cura simbólica eficaz. Cultura, portanto, é capacidade de simbolizar e (re)construir significados, e a eficácia ou não dessa função simbólica (Lévi-Strauss, 2012) está em jogo na discussão de casos psiquiátricos. O desarranjo causado pelo choque semiótico entre dois sistemas simbólicos diferentes (representado, na maior parte das vezes, pela clivagem explícita nos símbolos linguísticos) seria, portanto, uma das principais razões para que as psiquiatras e psicólogas necessitassem do auxílio de antropólogas e da antropologia na construção de um serviço culturalmente competente capaz de lidar com imigrantes-refugiadas e surdas.

Ciello (2013) demonstra como setores da saúde mental têm cada vez mais articulado formulações semelhantes em contextos diversos, e não apenas naqueles em que sujeitos considerados “de outra cultura” estão envolvidos. O autor, ao apresentar os resultados de pesquisa realizada em uma clínica-dia e em outros espaços de debate das disciplinas envolvidas no processo do pensar terapêutico da saúde mental, argumenta

que havia uma percepção crescente de que a ideia de cultura, muitas vezes transmutada em uma alusão ao social (no sentido de coletivo, e/ou de sociedade), seria cara às profissionais do campo psi, que deveriam se dedicar a entender o “universo cultural dos sujeitos atendidos” (p. 13). Ele próprio, enquanto antropólogo, foi instado a dar sua contrapartida, como voluntário, ao serviço pesquisado. Tal convite foi realizado por um dos psicólogos com quem manteve interlocução, e que era um entusiasta da antropologia – disciplina com a qual havia mantido contato durante sua graduação em psicologia – por acreditar que as experiências com a antropologia “permitiam uma abertura do olhar e uma maior reflexividade sobre a vida humana” (p. 34). Seu projeto de oficinas de antropologia se configurava, então, como uma espécie de “alternativa terapêutica”, que considerava que “o tratamento de saúde mental deve ser necessariamente holístico” (p. 41).

Também no Ambulatório era a possibilidade de se complexificar as abordagens da psiquiatria e da psicologia, ancoradas na pressuposição de uma distribuição universal de duas estruturas consideradas pré-requisitos para o exercício da humanidade – a saber, a biologia e a *psyché*, ou o cérebro e a mente –, que justificava a inclusão da antropologia entre as especialidades capazes de lidar com as questões inerentes à ideia de cuidado em saúde mental. Se o tripé da abordagem terapêutica em saúde mental era **biopsicossocial**, duas esferas já estavam contempladas: a biológica, estrutura universalmente distribuída e da alçada da medicina e da enfermagem (que produzem conhecimento universal sobre o corpo biológico dos indivíduos), e a psíquica, estrutura também universalmente distribuída e da alçada da psicologia (que também produz um conhecimento universal sobre as estruturas mentais dos indivíduos). A estrutura cultural e/ou social, que figura enquanto a dimensão coletiva do exercício da humanidade – o que coloca em relevo que as duas primeiras especialidades precisam tomar a existência do indivíduo enquanto dado, opondo-se à, e descontinuando-se da esfera coletiva (Strathern, 2017) –, seria, então, representada pela antropologia. Essa estrutura cultural é universal em seu domínio da produção simbólica: afinal, inconsciente e função simbólica se confundem (cf. Lévi-Strauss, 2012), e a Mulher (ou o Homem) estrutural levistraussiana é, sobretudo, psicológica – em seu inconsciente/função simbólica – e biológica – seus órgãos de percepção sensorial (Descola, 2011). O mundo multissimbólico da humanidade, que repousa sobre o mundo uno e externo independente de nossos símbolos para existir, conforma nos símbolos e nos significados uma das variações possíveis da realidade unívoca: se a função simbólica é universal, a



eficácia simbólica e os significados produzidos são particulares. À antropologia caberia, portanto, identificar e interpretar os “códigos” culturais e simbólicos particularizantes da realidade unívoca da biologia e da *psyché*, além de identificar os aspectos coletivos e coletivistas, aqueles que extrapolariam a unidade do indivíduo – base da análise das especialidades envolvidas no ambulatório.

Tudo, portanto, estaria ligado à disfunção que levaria as pessoas atendidas àquele lugar: uma vulnerabilidade linguística, cultural e/ou social poderia repercutir na biologia, por meio de um desequilíbrio bioquímico que produziria sinapses erráticas, e na *psyché* do indivíduo, por meio de um sofrimento e vulnerabilidade agudos inscritos em suas apreensões psicológicas e individuais do mundo. As dimensões sociais e culturais do indivíduo, unidade de análise habitante da realidade unívoca deste mundo uno, natural e externo, seriam responsáveis não só por adoecer sua biologia e sua *psyché*, mas também por oferecer oportunidades terapêuticas e de cura. Como aponta Ciello (2013):

“Neste sentido, além de uma ênfase no corpo e, por consequência, no indivíduo em toda a sua irredutibilidade, existe também uma ênfase nas relações sociais e na pluralidade, no **social como terapêutico**. Compreender a ideia de uma noção de pessoa individualizada a partir da ênfase na pluralidade, bem como a relação entre a liberdade individual e o autocomedimento, são questões importantes pois é a partir da construção destas dualidades na prática da saúde mental que se pode ancorar o discurso do holismo e da pluralidade terapêutica.” - (Ciello, 2013, p. 154-155, ênfase do autor)

Passei, então, a colaborar enquanto voluntário do Ambulatório em um processo de invenção e contra-invenção wagneriana (Wagner, 2012): não só eu estava inventando uma espécie de “antropologia prática” e de cuidados em saúde, imaginando quais seriam minhas funções e tarefas, além de como eu poderia colaborar na elaboração de um cuidado terapêutico a partir das formulações da antropologia, como eu estava sendo inventado por minhas interlocutoras em uma antropologia reversa incessante. Os desconfortos foram inúmeros durante este processo, e os tensionamentos, constantes. Atuei nas atividades didáticas elaborando dois minicursos de antropologia da saúde e da doença para duas turmas diferentes de residentes, além de também colaborar na elaboração do restante do programa das atividades; realizei inúmeras atividades didáticas com internas do quinto ano da graduação em medicina; participei de discussão de casos – fui “gerente” de 30 deles, dentre os quais mais de 10 casos de imigrantes-refugiadas; participei de inúmeras consultas ao longo de 2018, realizei sugestões de

encaminhamentos, organizei e participei de eventos sobre acesso de imigrantes-refugiadas ao SUS. Como a intenção deste tópico é apenas apresentar o serviço em questão, todas as idiosincrasias envolvidas neste trabalho serão apresentadas durante o próximo capítulo, dedicado exclusivamente a pensar a atuação de antropólogas em serviços de saúde por meio de minha experiência de campo. Por agora, irei me deter na análise da equivalência sugerida entre imigrantes-refugiadas e brasileiras surdas.

### *A equivalência entre surdas e imigrantes-refugiadas*

O Ambulatório, como mencionado anteriormente, era destinado a oferecer atendimento culturalmente sensível a pessoas em situação de “vulnerabilidade linguística e cultural”. Entende-se, como descrevi extensivamente nos tópicos anteriores, que minorias linguísticas e culturais seriam mais suscetíveis a transtornos mentais devido às clivagens simbólicas e linguísticas inerentes a este fato. O choque semiótico entre dois ou mais diferentes sistemas simbólicos resultaria em sofrimentos mentais – pela própria natureza do que é considerado uma mente, estrutura essencialmente individual – e emocionais nesses indivíduos, e seria, portanto, necessária a oferta de serviços de saúde mental especializados nessas populações e nas questões trazidas por elas. Por serviço especializado, ou culturalmente competente, entende-se aquele que endereça as necessidades consideradas específicas e particulares daquelas que têm cultura – as Outras –, como, por exemplo, a sensibilidade para hábitos culturais considerados exóticos sob o prisma do sistema de significação das médicas, psicólogas, psicanalistas e das equipes de saúde e o oferecimento de profissionais de tradução que viabilizem os atendimentos psicoterapêuticos e psiquiátricos. Além disso, outras especificidades são consideradas como da alçada de serviços que se valham da alcunha “transcultural”, como encaminhamentos para cursos de português – que, como vimos no primeiro capítulo, é um dos mecanismos de assimilação por meio da supressão da diversidade cultural e, como vimos neste capítulo, a falha no aprendizado da língua é considerado um motivador para diagnósticos de transtornos mentais e o “instrumento terapêutico” (violento e duvidoso, é verdade) para proteção contra o acometimento deste mal seria o abandono das línguas nativas de imigrantes-refugiadas em benefício do português –, a observância de particularidades inerentes à imigração-refúgio – vulnerabilidades socioeconômicas, “rompimento” dos laços de parentesco derivado de deslocamentos forçados, condições migratórias traumatizantes, testemunho de situações de violência extrema –, a atuação em rede junto a serviços de regularização migratória e

de assistência social, o conhecimento de fatores culturais dos locais de origem das pacientes, a observância de situações de racismo e discriminação, e outras mais que observem fatores considerados “sociais” e/ou “culturais”.

Dessa forma, a equivalência entre surdas e imigrantes-refugiadas pode ser feita a partir da questão linguística e de outras vulnerabilidades compartilhadas. Primeiramente, considera-se que brasileiras surdas possuem – ou são possuídas por – culturas diferentes daquelas ouvintes (Magnani, 2007; 2009): os signos linguísticos e sistemas simbólicos diferentes produzem um mundo diferente daquele das ouvintes – se considerarmos o poder de agência dos símbolos, que não são neutros. Também as surdas são forçadas a “tornarem-se” lusófonas, como as imigrantes-refugiadas: não são raros os casos de famílias que demoram anos para perceberem algum tipo de déficit auditivo em surdas e, quando percebem, muitas são incentivadas a tentar “oralizá-las” no português em detrimento do ensino da Língua Brasileira de Sinais (Libras) sob o pretexto de que aprender Libras dificultaria o aprendizado do português e a consequente oralização posterior da surda (situação análoga à das crianças imigrantes-refugiadas diagnosticadas com *autismo*, e surdas também costumam ser associadas a essa condição [Ortega, 2009]). Muitas familiares, inclusive, recusam-se a aprender a língua mesmo quando as surdas já a dominam, o que torna a comunicação intrafamiliar uma questão problemática. O acesso ao SUS também apresenta obstáculos: são variados os relatos de surdas que comparecem a consultas onde nem elas entendem o que as médicas lhe dizem, nem as médicas entendem o que elas lhe dizem. Muitas surdas são também diagnosticadas com Transtornos do Espectro Autista na infância pela incapacidade de comunicação antes de uma perda auditiva ser diagnosticada, e o acesso ao sistema educacional é dificultoso. Por fim, uma solução cirúrgica é frequentemente aventada como uma possibilidade de remissão total da surdez: o implante coclear. Entretanto, minhas interlocutoras médicas frequentemente diziam que esse implante realizado tardiamente – após a “fase crítica de aquisição da linguagem” - pode trazer ainda mais transtornos por diversos motivos: o implante não fará a pessoa ouvir como uma “ouvinte nata” o faria, e pode acarretar em desenvolvimento de transtornos emocionais e mentais derivados da frustração da expectativa em relação à técnica cirúrgica de “cura” da surdez. Ao fim e ao cabo, muitas surdas são forçadas ao bilinguismo (aprendem Libras e português) e têm de ser versadas em leitura labial para transitar (e almejar a assimilação) no mundo das ouvintes.

Surdas, dessa forma, são aquelas cuja clivagem linguística explicita uma

conformação biológica tida enquanto deficitária: produzem conformações particulares de mundo, portanto. Equivaler imigrantes-refugiadas e surdas é, ao mesmo tempo, explicitar a centralidade da ideia de sistemas simbólicos e de significação enquanto origem e destino dos transtornos mentais e emocionais, e simetrizar as experiências de vulnerabilidade causadas pela característica particularizante de seus sistemas simbólicos. A saída proposta é, portanto, adequar a situação direcionando-as a adquirir os símbolos e significados amplamente compartilhados para alcançar a cessação dos sofrimentos causados pelo não acesso ao mundo e à realidade unívocos. Pressupõe-se também a existência das estruturas de simbolização universalmente distribuídas a que me referi anteriormente: surdas também têm a *psyché* que torna possível o oferecimento de psicoterapia, desde que seja possível oferecê-la em Libras. A ideia é, portanto, que uma vez oferecido o serviço equalizado às suas diferenças, todo o resto seja igual: à psicóloga, basta compartilhar os signos linguísticos para acessar a *psyché* das surdas – mesmo que algumas diferenças sejam apontadas por minhas interlocutoras, como o fato de que surdas têm um pensamento “menos abstrato” e “mais concreto” que as ouvintes.

Nesse sentido, **imigrantes-refugiadas são surdas** não porque não ouvem, mas porque são igualmente não ouvidas. Se o marcador biológico da surdez não é explícito na falta de uma cóclea para imigrantes-refugiadas – ou por outras motivações biológicas apontadas enquanto causadoras de surdez –, suas surdezes são desambiguadas no não compartilhamento dos sistemas simbólicos da “sociedade”, e é isso que torna as duas populações equiparáveis enquanto “possuidoras de cultura”. Não se é surda pelo déficit auditivo, mas pela incapacidade de ser ouvida, ou de se comunicar – e quem torna possível essa asserção são as imigrantes-refugiadas, que teriam uma biologia equiparável às das brasileiras ouvintes. Isso não se dá, entretanto, sem tensionamentos. Em um dos grupos de WhatsApp destinado a profissionais e usuárias surdas e imigrantes-refugiadas de serviços de saúde, acompanhei uma conversa entre um haitiano, um surdo e uma trabalhadora de um serviço para surdas que era ouvinte, mas é fluente em Libras e tem contato de longa data com a temática. Uma mensagem oferecendo um curso técnico de panificação foi enviada ao grupo por uma das participantes, e as vagas eram destinadas “a pessoas com deficiência intelectual, auditiva, física e visual”. O haitiano enviou, então, uma resposta de áudio (em português) dizendo que o estrangeiro também era uma pessoa com deficiência, que ele dizia poder chamar de “deficiência linguística”.

“Nós temos obrigação pra lutar, pra trabalhar pra todo mundo. É o que a gente chama de igualdade, né? Tem que

lutar pra todo mundo. E hoje no grupo tem pessoas de, do Japão, e de alguns países da América do Sul, e do Caribe, da África, mas a maioria deles não fala português. E nós podemos também considerar essas pessoas como as pessoas que estão com uma deficiência também. O que chamo deficiência linguística, porque eles, na verdade, não pode falar, eles não pode conversar, entendeu?” - Registro de campo, 17/01/2019.

Algumas surdas prontamente reagiram dizendo que não poderiam ouvir ao áudio precisamente por serem surdas, e pediram respeito às surdas do grupo. O haitiano pediu desculpas por ter enviado a mensagem de voz, reiterando que respeitava, sim, as surdas, e passou a enviar mensagens de texto, algumas das quais transcreverei tal qual foram escritas. Ele reafirmou: “Nas vagas eles não mencionam os estrangeiros que para mim são deficientes também”. Um surdo, então, respondeu: “Não sei se esse é o termo adequado. Deficiência auditiva é sinônimo da deficiência linguística? É uma pergunta sincera.”. Uma outra participante fez uma ressalva a ele: “Na literatura surda, existe distinção da terminologia deficiência auditiva e surdez”. Uma terceira, então, respondeu:

“Eu não vejo estrangeiros como deficientes linguísticos pois língua eles têm, só não comungam da mesma língua majoritária da sociedade onde eles estão. Eu entendo deficiente linguístico como aquela pessoa desprovida de língua, por exemplo, uma pessoa que cresceu sem contato com outro ser humano, ou com contatos restritos. Isto sim poderia culminar numa deficiência linguística pois a pessoa não tem nenhuma língua para se comunicar.”. Registro de campo, 17/01/2019

O haitiano redarguiu:

“É uma deficiência temporária até que ele aprende a outra língua o exemplo minha esposa está desempregada e não consegue se integrar por que ela não fala”. Registro de campo, 17/01/2019.

A conversa prosseguiu, agora com apenas duas participantes. Transcreverei o diálogo, em que H. é o imigrante-refugiado haitiano, e B. é a brasileira ouvinte fluente em Libras e militante em favor dos direitos das surdas.

**B.:** e então eu nem acho que “deficiente linguístico” seria o termo mais apropriado para isso, mas sim ‘pessoa com déficit linguístico’

**H.:** Não é isso o estrangeiro que não fala nada de português pode ser abusado o sofre várias maldades só por que não pode comunicar com as outras pessoas

**B.:** mas então o problema não é o estrangeiro, mas as outras pessoas que se provalecem da condição de estrangeiros logo eu acho bastante pesado chamar um estrangeiro como deficiente

**H.:** Uma pessoa que não pode ir sozinho no hospital, não pode fazer comprar em alguns lugares e mais por que não falam é o que?

**B.:** olha, uma pessoa sem nenhuma perda sensorial e/ou cognitiva tem menos limitações e mais facilidades em conseguir se comunicar do que uma pessoa com alguma perda sensorial e/ou cognitiva. isso é fato. Tentar colocar estas duas populações na mesma categorização seria bastante imprudente.”. Registro de campo, 17/01/2019.

Ao fim da conversa, H. disse que havia gostado dessa última mensagem de B., e que havia aprendido muito com a conversa. É importante apontar que B. não é médica, nem profissional de saúde. A questão posta na discussão pautava-se pelo processo de invenção da equivalência (ou obviação da invenção da equivalência [Wagner, 2012]) entre imigrantes-refugiadas e surdas. H., imigrante-refugiado, defendia que sua condição equivalia a uma “deficiência linguística” por não falar português, sofrendo, então, “várias maldades”, não podendo ir a hospitais sozinho, nem ir a lojas comprar coisas – uma “vulnerabilidade linguística”, portanto. B., por sua vez, defendia que como imigrantes-refugiadas possuíam um conjunto de estruturas biológicas mais completo que as surdas: se não há “perda sensorial e/ou cognitiva”, terão menos limitações para comunicar-se – a deficiência, portanto, inscrevia-se no corpo, e não na língua/cultura.

Não era o corpo das imigrantes-refugiadas que impediam-nas de falarem português – de compartilharem do sistema linguístico-simbólico-semântico das brasileiras ouvintes –, enquanto as surdas não possuíam os mesmos aparatos biológicos para compartilhar desse sistema linguístico-simbólico-semântico. Essa diferença, irreduzível ao corpo, tornava a aquisição da língua portuguesa mais provável para imigrantes-refugiadas que para surdas, pois era uma questão de mera adequação dos sistemas simbólicos – seus corpos, aculturais, estariam imediatamente aptos para a diminuição da clivagem linguística e cultural em relação às brasileiras ouvintes. Além disso, um “deficiente linguístico” só poderia ser aquele “criado sozinho”, sem nenhuma língua para se comunicar – em uma relação de pareamento do tipo indivíduo:natureza::cultura:sociedade (Strathern, 2017). Língua adquire-se em grupo, o símbolo é da alçada do coletivo pois é nas esferas coletivas que produzem-se os significados destinados a domar/culturalizar o indivíduo, dimensão “selvagem” que contrapõe-se ao polo do doméstico – o grupo (Id. Ibid.).

Não eram as mentes de imigrantes-refugiadas e surdas que eram diferentes, mas

seus corpos. Em compensação, os corpos de imigrantes-refugiadas aproximavam-se dos das brasileiras ouvintes, e ambas distanciavam-se dos corpos surdos, “realmente” deficientes pois tinham uma “perda sensorial/cognitiva”: em último grau, não havia como produzir um mundo idêntico ao de ouvintes pois sua biologia não poderia processar as informações inequívocas da realidade externa unívoca. Em compensação, toma-se como dado que os corpos das haitianas ouvintes poderiam produzir um mundo idêntico ao das brasileiras ouvintes, pois eram iguais, apenas suas culturas eram diferentes: as superestruturas simbólicas, diferentes entre si, repousavam sobre a mesma estrutura biológica, algo impossível às surdas, que **não tinham escolha** a fazer. Sua cultura e sua língua eram diferentes pois seus corpos eram diferentes, e seu mundo era, portanto, outro. A realidade biológica bifurca-se e passa de um ponto unívoco a um polissêmico para as surdas, mas não para as imigrantes-refugiadas.

H., entretanto, discordava. A incapacidade de compartilhamento linguístico alinhava as limitações de imigrantes-refugiados à daquelas com limitações supostamente inequívocas e inscritas no corpo. A diferença linguística e cultural amputava-lhe do acesso a uma realidade tão concreta quanto uma perda sensorial e/ou cognitiva, o que fazia daquelas que experimentavam essas limitações uma “deficiente” - da mesma forma, como vimos, não é a descoberta de um fenótipo corporal auto-evidente nunca antes percebido que faz com que imigrantes-refugiadas descubram que têm raça (em uma redução usual do binômio “ter raça/ser negra”), mas sim a apresentação do racismo enquanto experiência e enquanto capital político. Não adiantava que suas biologias fossem teoricamente idênticas a de brasileiras ouvintes – o que em nenhum momento foi uma questão para ele –, e que isso supostamente fosse um facilitador no processo de “integração”: as vagas no curso de panificação e confeitaria (e é importante lembrarmos que o início de todo o debate relaciona-se ao acesso ao mercado de trabalho) deveriam tomar imigrantes-refugiadas enquanto deficientes, pois existia uma incapacidade óbvia de acessar esse quinhão de mundo da mesma maneira como faziam as brasileiras (não todas, entretanto) – uma dificuldade de “integrar-se”/“assimilar-se”, portanto. Não bastava que seus corpos fossem iguais, ainda que em nenhum momento ele tenha afirmado que o eram – essa afirmação foi feita por uma brasileira que considerava isso. Em não purificando sua abordagem, H. acionava múltiplos polos de explicação que tornavam as não-falantes de português deficientes – eminentemente insuficientes para serem consideradas iguais a brasileiras ouvintes em variadas dimensões.



A conversa, que se deu em português – a língua materna de B., brasileira ouvinte, mas não de H., imigrante-refugiado haitiano –, termina sem conclusão: H. diz que aprendeu muito, mas não afirma peremptoriamente que deixou de entender a imigrante-refugiada como uma deficiente linguística, com direitos a acessos especiais a determinadas oportunidades. A obviação da invenção da equivalência, portanto, chega ao seu termo: a metáfora analógica entre imigrantes-refugiadas e surdas adquire vida própria, e o pensamento existe fora dos cérebros das actantes em questão, o que demonstra que a denotação absoluta não existe, mas tem de ser negociada e construída enquanto um mundo comum possível. Os símbolos adquirem vida própria, representam-se a si mesmos e produzem o(s) mundo(s), que têm que comunicar-se entre si – construindo um mundo comum possível, a despeito dos diferentes regimes ontológicos que ora produzem identificação, ora produzem diferença.

## Capítulo 4 – Um antropólogo em um serviço de saúde – o Ambulatório.

### *Entrada e dificuldades iniciais: a invenção de um não-lugar*

Era o último dia de janeiro de 2018, e a manhã iniciava-se com o costumeiro mormaço que nem a brisa matinal conseguia aplacar. Meu trabalho de campo no Hospital já perfazia mais de um mês, e eu corria apressado pela estação do metrô para conseguir chegar a tempo à atividade didática que ministraria para residentes e profissionais do Ambulatório, à época chamado ainda de Ambulatório Transcultural. Até então, eu havia conduzido discussões com textos de Sarti (2010), Langdon e Wiik (2010), Duarte (1986) e Cardoso (1999), e no dia em questão trabalharíamos o artigo de Sartori (2011) sobre o manejo da cidadania e democracia do cuidado. Cheguei ao instituto de psiquiatria, o prédio mais distante da estação do metrô, e cumpri os trâmites usuais: fui ao terceiro andar, peguei a chave do auditório e desci novamente para abri-lo. Ao chegar ao primeiro andar, deparei-me com uma das psicólogas da equipe, que eu não havia conhecido até então, aguardando na porta. Ela se apresentou, e esclareceu a razão pela qual eu não a havia conhecido ainda: estivera afastada por um tempo para dedicar-se à construção de seu projeto de mestrado, e retornava agora para suas atividades usuais no Ambulatório.

A aula, que fazia parte do módulo de antropologia destinado a apresentar algumas reflexões e trabalhos etnográficos sobre a antropologia da saúde, transcorreu de maneira diferente do que fora até então. A psicóloga, que era a chefe da equipe de psicologia do ambulatório, participou bastante da atividade: concordou, discordou, apresentou críticas e questionamentos e tornou a aula, até então com participação costumeiramente tímida por parte das presentes, um tanto mais dinâmica. Suas intervenções suscitaram questões sobre as atividades do ambulatório, e sobre como as pacientes, à luz das formulações propostas pela Lei nº 10.126/01 – conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica –, deveriam ser tratadas como coterapeutas e participar do processo de construção de seu tratamento, concordando com as profissionais do CAPS Esperança, descrito por Sartori, sobre somente a paciente ser “capaz de elaborar um saber acerca do que ele sente ou vive como experiência” (2011, p. 86), responsabilizando (ou comprometendo) o usuário com seu tratamento e invertendo a posição de passividade das pacientes para uma posição de sujeito atuante em seu processo terapêutico.

Após o término da aula, ela me chamou para participar da reunião da equipe de psicologia, que tradicionalmente ocorria em sequência à atividade didática, e aceitei o convite. Descemos ao térreo, e entramos em um dos consultórios disponíveis. Havia várias cadeiras distribuídas pelo espaço da sala – a maioria encostada nas paredes laterais, e uma, a que ocupei, colocada perpendicularmente ao restante –, e a equipe, composta à época por sete psicólogas além de sua chefe, já nos aguardava. Meu assento concedeu-me uma posição de destaque que poderia ser lida tanto enquanto um sinal prestigioso de centralidade, ou como símbolo de uma configuração inquisitória (o que acabou por ser minha leitura daquele contexto após o início da reunião). Os questionamentos, então, iniciaram-se com a chefe da equipe solicitando às psicólogas presentes um relato de como havia transcorrido o mês em que ela havia se ausentado, dando ênfase especial sobre como um antropólogo havia passado a integrar a equipe. “Vocês sabiam que ele estava trabalhando aqui?”, ela repetiu mais de uma vez enquanto questionava, uma a uma, as psicólogas da equipe acerca de suas percepções sobre o ambulatório e sobre mim. O tom, mais agressivo, era pincelado por viradas de cabeça em minha direção, sequenciadas pela frase “não é nada com você, você está chegando agora”, repetida mais de uma vez.

Entretanto, havia, sim, um desconforto explícito por minha presença ali, algo que só notei por estar presente à reunião. Apesar de evidente, o desconforto era também ambíguo: minha chegada para constituir parte da equipe denotava, por um lado, que a decisão pela inclusão de novas especialidades e especialistas à equipe do ambulatório dispensava a opinião das psicólogas – em especial, a de sua chefe –, e isso dava relevo, sob sua perspectiva, à posição de subalternidade da disciplina em relação à psiquiatria: “essa não é nossa casa”, dizia, emendando com “esse aqui é um Instituto de Psiquiatria, não de Psicologia”. Por outro lado, minha presença também parecia abrir uma janela de oportunidade destinada a aumentar a participação das psicólogas na determinação das lógicas do ambulatório: eu estar ali indicava que não só as dinâmicas poderiam estar em processo de mudança, o que criaria um *momentum* para a realização dos pleitos das psicólogas por mais integração e destaque no ambulatório, como também trazia outra disciplina subalterna à psiquiatria para engrossar o coro da “resistência” – afinal, da mesma forma que aquele não era um Instituto de Psicologia, tampouco era de Antropologia. Estaríamos, portanto, juntas em nossa subalternidade epistêmica em um esforço contínuo por legitimação.

Entretanto, mesmo observada a equivalência de subalternidades epistêmicas,

ainda existiam assimetrias entre essas posições. Após a reunião e o término dos atendimentos do ambulatório, a discussão sobre “a falta de integração” entre a equipe de psicologia e a equipe médica – formada por residentes e psiquiatras assistentes, além do coordenador do serviço – adentrou o horário de almoço. Houve melindre pelo fato de as antropólogas terem sido chamadas pelas psiquiatras a contribuir sobre o documento chamado de Roteiro de Pós-Consulta (Anexo 1), uma espécie de anamnese semi-estruturada destinada a “colher” a história das pacientes: o instrumento não continha perguntas sobre religião, etnia, raça, origem nacional e línguas faladas antes da intervenção das antropólogas. Esse documento servia apenas como referência à equipe não-médica para que as informações coletadas transcendessem aquelas destinadas apenas ao processo de construção da categoria diagnóstica a ser oferecida às pacientes enquanto classificatória dos sintomas descritos por elas e ressignificados pelas médicas à luz da nosologia psiquátrica, além de avaliar as demandas suscitadas por essas informações, como a demanda por psicoterapia, intervenções de assistência social (como encaminhamento a abrigos, cursos de português e outros serviços de assistência social e migratória) e mediação de conflitos diversos. Por último, foi tomado enquanto signo incontestado da subalternidade da equipe de psicologia que nós tenhamos sido chamadas a contribuir com um módulo de antropologia composto por quatro aulas durante as atividades didáticas para residentes do ambulatório. Essa subalternidade, entretanto, não era absoluta, mas apontada na relação epistêmica entre a psicologia e a psiquiatria, e a maneira como a inclusão da antropologia no ambulatório foi feita – sem consultar as psicólogas, ou especificamente sua chefe de equipe – era o que aparentemente incomodava a chefe da equipe de psicologia.

Após a questão ser dada como presumidamente pacificada junto ao coordenador do serviço, que acatou a demanda da chefe da equipe de psicologia por uma maior integração com a equipe médica, garantindo participação ativa das psicólogas nas discussões de caso e nas decisões tomadas no ambulatório, a animosidade recrudesciu. Nas semanas seguintes, como estaríamos em um período de transição entre duas turmas de residentes – uma findava seu ciclo de um ano, enquanto outra o iniciava –, reuniões com toda a equipe, chamada de “equipe transdisciplinar”, foram agendadas para o horário a fim de que pudessemos discutir as mudanças no Instrumento de Acolhimento/Pós-Consulta (Anexo 2) sugeridas pela equipe de antropologia, e os conflitos emergiram de maneira mais destacada.

A chefe da equipe de psicologia abriu a reunião anunciando que não integraria

mais a equipe do ambulatório pois daria sequência à sua pesquisa em outro ambulatório do instituto de psiquiatria. Lá, de acordo com ela, havia mais pacientes identificáveis com o recorte determinado por ela para sua pesquisa de mestrado. Ela endereçou, então, críticas diretas à presença de antropólogas na equipe: disse que não éramos da área da saúde – e, portanto, não tínhamos conhecimento do funcionamento do SUS –, nem possuíamos técnicas de cuidado, repetindo mais de uma vez que o objetivo do ambulatório não era realizar pesquisa, mas prover cuidado às suas pacientes – a frase repetida reiteradas vezes foi “não é sobre o dado, é sobre o cuidado!”. A chefe reafirmava que antropólogas só “querem pesquisar”, e não cuidar: “Achei que vocês viriam para ampliar nosso entendimento sobre transculturalidade”, ela dizia, complementando com “não estamos em um campo de refugiados ou no meio do mato para precisarmos de antropólogos” (Registro de campo, 07/02/2018).

Estávamos, portanto, em uma relação de subalternidade epistemológica – e praxológica – em relação às psicólogas, que sabiam cuidar. A psicologia hospitalar é apenas uma das muitas subáreas da psicologia – ligada à Psicologia da Saúde –, e apenas uma das psicólogas da equipe tinha formação específica na área. Além disso, a subdisciplina é de estabelecimento relativamente recente: se a inserção de psicólogas em hospitais remonta à década de 1950 no Brasil, com o objetivo de preparar crianças para a realização de cirurgias (Marcon et al, 2004), a consolidação do campo enquanto uma subárea da psicologia com produção acadêmica relevante dá passos iniciais a partir dos anos 1980, e apenas em 1997 é fundada uma Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar<sup>82</sup>. Ainda assim, era possível conceber a presença da psicologia entre as disciplinas imbuídas na arquitetura de uma espécie de teoria e prática do cuidado e inserida em um serviço hospitalar destinado a cuidar, e não a coletar dados – único interesse possível da antropologia e das antropólogas, que não cuidavam. O lugar de subalternidade era ainda mais visível quando colocado em perspectiva com o objetivo expresso da chefe da equipe de psicologia de mudar de ambulatório para aumentar a proximidade com os sujeitos de sua pesquisa: apesar de insistir que “não era o dado”, mas “o cuidado” o foco central das atividades ali desenvolvidas, sua produção de dados não era problematizada como era a das antropólogas, pois seu dado era comprometido com a produção de cuidado, enquanto o das antropólogas supostamente não por aquele não ser um contexto suficientemente exótico.

Esse foi o primeiro episódio em que tornou-se explícito para mim a inexistência

82 “A História da SBPH”. Disponível em . Acesso em 16/04/2019.

de um lugar para antropólogas enquanto habitantes desse cenário do cuidado. Se a antropologia é chamada à baila para lidar com as reificações estereotípicas nutridas nesse campo em referência às pacientes-alvo – imigrantes-refugiadas, surdas e outras “alteridades radicais”, como argumentarei mais à frente –, a antropóloga só é necessária em situações de exceção, “no meio do mato” ou “em um campo de refugiados”. Nas demais situações, é possível – e, em determinada medida, desejável – que antropólogas sejam meras visitantes a promover reflexões e capacitações sobre as “noções de transculturalidade” da equipe, que consumiria a alteridade em blocos étnicos, nacionais e/ou raciais – aulas sobre hábitos e comportamentos de haitianas, árabes ou africanas sempre em sentido *lato*, e de maneira generalizável. Em nenhum momento, entretanto, cogita-se a possibilidade de que antropólogas povoem ambulatórios hospitalares enquanto praticantes do cuidado, ainda que o tipo de investigação produzida por antropólogas produza dados sobre as relações entre as habitantes desse cenário que contribuam com as práticas terapêuticas estabelecidas – afinal, restou demonstrado o lugar privilegiado das teorias do simbólico nesses contextos nos capítulos anteriores.

Como um exemplo banal, mas significativo, o Instrumento produzido pelas psicólogas antes das modificações propostas pela equipe de antropologia continha orientações para que a profissional que o estivesse aplicando realizasse uma “avaliação de repertório” da paciente, sem especificar como lidar com uma “avaliação de repertório” em outra língua, por exemplo. As “avaliações de repertório” de haitianas seriam feitas em português, francês ou em *krèyol*? As de nigerianas *yorubás* far-se-iam nessa língua, em inglês ou em português? Quem “avaliaria o repertório” seria a intérprete/tradutora, ou a psicóloga? E a avaliação de demanda psicoterápica, consideraria isso? Além disso, o roteiro não incluía perguntas específicas sobre imigrantes-refugiadas, como questões sobre há quanto tempo estavam aqui, se havia família no Brasil, onde e com quem estavam residindo, se mantinham relações de amizade com outras imigrantes-refugiadas ou brasileiras, quais suas fés religiosas, quais suas línguas nativas, se havia alguma identificação étnica, se estavam regularizadas no país, se havia demanda de assistência social, como cursos de português e benefícios sociais, e outras questões.

Pode-se argumentar que tanto o roteiro das psicólogas, quanto o instrumento das antropólogas eram apenas consultivos, e que essas questões poderiam ser colocadas no momento da consulta, mas fato é que a preocupação em obter essa informação não estava expressa e não era demandada pelas psicólogas antes da chegada de antropólogas

à equipe. Talvez, como apontado no diálogo entre H. e B. no final do capítulo anterior, o documento da equipe de psicologia expressasse, em sua negligência com essas questões, o mesmo entendimento de B.: a diferença simbólica entre surdas e ouvintes é irreconciliável pela incapacidade de interpretar o símbolo sonoro, o que demandaria uma coleta de informações específicas para surdas, e não para imigrantes-refugiadas: no caso dessas últimas, “dá-se um jeito” e aplica-se as mesmas questões que às brasileiras ouvintes – até porque, como demonstraram as psicólogas em reiteradas interações comigo, a preocupação “antropológica” mais premente nos casos onde “cultura” era uma variável importante (e não eram todos) eram aqueles que envolviam o que elas chamavam de “estresse de aculturação”, e não preciso sublinhar o quanto a própria ideia de aculturação é problemática sob a perspectiva da antropologia.

A questão posta é que o dado promove, sim, cuidado, em especial em um campo recheado de reiteradas manifestações da importância do simbólico e do significado, como argumentado nos capítulos anteriores – e isso não passa despercebido pelas profissionais que atuam no campo, como argumentei em relação à chefe da equipe de psicologia. Que a produção de dados da psicologia seja valorizada em relação à da antropologia não demonstra um desprezo pelos dados desta ou daquela disciplina: o dado antropológico é, sim, valorizado, apesar dos ataques frontais à presença de antropólogas na equipe. A questão, micropolítica, orbita a disputa pelo simbólico e a forma como o dado antropológico será considerado. Se a psicologia reserva uma primazia pela atuação no ambiente hospitalar, referendada por seus conselhos de ética – que antropólogas não têm, e as psicólogas frisaram este ponto reiteradas vezes – e sua “maior experiência” na área da saúde, é por ter o monopólio do simbólico nesses ambientes.

Considerando a tríade das dimensões constitutivas do ser humano formulada desde esse campo – a biológica, a psicológica e a social –, a primeira e a segunda estariam abarcadas pela psiquiatria e pela psicologia, enquanto a última estaria reservada às ciências sociais, e diria respeito à dimensão da interação intersubjetiva, eminentemente coletiva. Não é possível, portanto, inventar (Wagner, 2012) uma profissional dedicada a aferir a produção simbólica em uma relação clínica, pois essa profissional já existe: é a psicóloga. À antropóloga, reserva-se o lugar daquela que fala sobre grupos, e a dimensão simbólica produzida por estes, em uma espécie de *grupismo* cultural. Devemos, então, falar sobre os significados atribuídos coletivamente, nunca individual ou relacionalmente, em uma visão da antropologia enquanto uma disciplina



inventariante de práticas culturais e de padrões de comportamento dos povos muito ligada a um determinado culturalismo estadunidense (Mead et. al, 2013; Benedict, 2013).

Não só a chefe da equipe de psicologia inventou-nos dessa forma (ainda que ela tenha sido a única a fazê-lo de maneira mais enfática). Também as psiquiatras tinham uma expectativa análoga em relação à entrada de antropólogas na equipe. Quando do processo de elaboração das atividades didáticas, em dado momento uma das psiquiatras responsáveis por elaborar o cronograma requisitou ajuda à outra antropóloga da equipe e a mim para encontrar bibliografia que servisse de insumo para o debate sobre as diferenças entre “sociedades e culturas mais coletivistas” e aquelas consideradas “mais individualistas”. Isso, de acordo com ela, produzia diversas implicações na “construção cultural da pessoa”, ou na forma como a cultura determinaria a divisão entre o indivíduo e o grupo – um exemplo mais prático de como essa divisão funcionava na concepção de minhas interlocutoras é o da paciente “japonesa” (brasileira e filha de imigrantes japonesas) apresentado no primeiro capítulo, pois japonesas seriam mais contínuas a suas coletividades. De toda forma, e apesar de frisar que esse poderia talvez ser um debate cujo contexto estaria “ultrapassado” para a antropologia, a ideia de que é possível identificar traços culturais e/ou sociais nos indivíduos que apontassem para possíveis traços psicopatológicos – como, por exemplo, a analogia entre sociedades mais coletivistas e o diagnóstico de esquizofrenia, cujo marcador diacrítico seria a continuidade observada entre o indivíduo e o mundo que o cerca (uma espécie de conformação mental coletivista) – era o que baseava a tentativa de mapear conformações étnicas, nacionais e raciais que informassem coletivamente o funcionamento das mentes dos indivíduos. Era possível, portanto, inventariar os múltiplos “idiomas do sofrimento”, para que também fosse possível sistematizar suas traduções em categorias diagnósticas próprias da psiquiatria, encaixando-as na nosologia unívoca das patologias mentais, que existiam em si mesmas.

Também relacionado à atividade didática, um dos blocos era destinado a falar de “populações específicas”, convidando pessoas para falar sobre “as culturas” de povos árabes, de haitianas e de africanas, de maneira genérica. Primeiramente, essas atividades foram conduzidas por brasileiras, e não imigrantes-refugiadas oriundas desses lugares. Além disso, a expectativa era poder delinear padrões de comportamento compartilhados nacional ou etnicamente. Um dos exemplos trazidos frequentemente à tona por minhas interlocutoras para exemplificar como isso poderia contribuir para a prática psiquiátrica

ciosa da consideração do “cultural” e do “social” era o que explicava a ideia de “idiomas do sofrimento”: uma das psiquiatras sempre dizia que as “diferentes culturas” expressavam sofrimento de maneira diferente. Árabes, por exemplo, eram escandalosas, choravam alto, precisavam demonstrar exacerbadamente a dor interna. “Muitos médicos”, dizia, “consideram isso fingimento. Mas é que na cultura deles, se você não expressar dessa forma, você não tá sofrendo”. A competência cultural, portanto, residia no fato de compreender que esse é um “idioma do sofrimento”, o que não invalida ou torna falso o sofrimento “real” apreensível por trás desse idioma específico. Por isso, torna-se imprescindível inventariar práticas e variações culturais da comunicação do sofrimento – este sim, irreduzível a uma estrutura universal de produção de sofrimento – de povos específicos. Ao fim e ao cabo, a ideia era entender como seria possível traduzir esses idiomas de sofrimento, alocando-os na nosologia psiquiátrica.

Esse pensamento só se sustenta ao se considerar que há um sofrimento basal que extrapola o idioma que o expressa, e esse é – ou deveria ser – universalmente compartilhado – a ontologia unívoca do sofrimento. Realizada a tradução, possível por meio do aprendizado do que é a cultura das imigrantes-refugiadas atendidas, não haveria mais empecilho para a aplicação do conhecimento médico e psicológico tal e qual é postulado em manuais diagnósticos e pelos teóricos da psiquiatria e da psicologia (o que, ao mesmo tempo, dispensa a antropóloga) - e, dessa forma, as culturas que cabem inteiras em um livro ou em uma aula tornam-se muitíssimo atraentes. Os métodos terapêuticos são imaginados como universalmente aplicáveis a todos os contextos, observada a devida equalização idiomática/cultural – eles resistiriam às contextualizações, portanto. Como diria Roy Wagner,

“O resultado é uma analogia, ou um conjunto de analogias, que ‘traduz’ um grupo de significados básicos em um outro, e pode-se dizer que essas analogias participam ao mesmo tempo de ambos os sistemas de significados, da mesma maneira que seu criador.” (Wagner, 2012, p. 53).

Dessa forma, torna-se possível a antropologia sem antropólogas que o ambulatório parecia desejar – ou pelo menos, com antropólogas que não cuidassem das pacientes. Acessando “a cultura” das pacientes e inventariando “padrões de comportamento” (Mead et. al, 2013; Benedict, 2013), não há necessidade alguma de mediadoras nas relações entre médicas, psicólogas e pacientes, e elas poderão, enfim, se comunicar baseadas nas crenças epistêmicas fortemente enraizadas no conhecimento médico e psicológico **moderno**. Da paciente, só se acessa a cultura, e ela não informa nada sobre a própria doença e/ou métodos terapêuticos concernentes que não possa ser

resolvido com a compreensão do significado daquele “idioma”, a tradução dele da narrativa à realidade unívoca das categorias diagnósticas da psiquiatria/biomedicina e das categorias da psicologia e a aplicação do conhecimento médico e psicológico sem alterações significativas, observando – nem sempre, é verdade – o cuidado de realizar a tradução reversa à paciente e explicando-lhe o que **realmente** significa o sofrimento por ela expressado. As narrativas da doença e do sofrimento não tinham importância em si mesmas, senão como expressão simbólica de uma camada de acesso exclusivo de médicas e psicólogas onde a realidade unívoca existia. A antropóloga deveria ajudar, portanto, na limpeza dessa camada externa acessória de modo que médicas e psicólogas pudessem desempenhar seu ofício da mesma forma que faziam com as “sem cultura”, ou seja, com aquelas que não eram consideradas alteridades radicais e que “compreendiam” a – e não acreditavam na – clivagem epistêmica entre as elaborações feitas por médicas e psicólogas e aquelas feitas pelas pacientes imigrantes-refugiadas.

Assim, em um exercício de invenção e contra-invenção do papel da antropóloga em um ambulatório destinado a atendimentos de saúde mental para imigrantes-refugiadas e surdas (e, posteriormente, indígenas e migrantes internas – grupos com “vulnerabilidades linguísticas e culturais”), estive presente enquanto voluntário e enquanto pesquisador – produzindo, portanto, dado e cuidado – no Ambulatório. Fui gerente de casos, função que esmiuçarei no tópico subsequente, responsável por três módulos das atividades didáticas – e pela consequente avaliação dos residentes em psiquiatria –, promovi diversas articulações institucionais entre o Ambulatório e serviços de assistência migratória e organizei eventos destinados a ouvir dessas populações quais eram suas dificuldades de acesso ao SUS.

A todo momento, o embate entre o que minhas interlocutoras esperavam de minha atuação, o que eu esperava realizar atuando pelo serviço e o que foi efetivamente possível fazer se colocou para mim de forma premente, e navegar nesses mares revoltos foi uma parte particularmente difícil do trabalho de campo. Mobilizei alguns antropólogos que começam, recentemente, a pensar o lugar da antropologia como uma disciplina hábil para “participar da formulação do cuidado e atenção à saúde” (Rego e Barros, 2017, p. 13), como Campoy (2015, 2017a, 2017b), Targa (2010) e Bonet (2017). Esses relatos, apesar de representarem um ganho considerável à discussão sobre a presença de antropólogas em serviços de saúde atuando enquanto profissionais do cuidado, me foram insuficientes para lidar com a prática cotidiana do Ambulatório. Ao fim, como tentarei argumentar, minha atuação enquanto antropólogo do serviço foi

fundamentalmente um exercício de mediação diplomática – inclusive entre essa constelação de perspectivas e expectativas postas em relação nesse contexto –, uma atuação no interlúdio (Marras, 2018) da relação entre médicas, psicólogas, pacientes e outras actantes não humanas desse cenário, como as medicações, sinapses, documentos, entidades transcendentais e/ou divinas e atribuição de conformações comportamentais padrão determinadas por afiliações nacionais, raciais e/ou étnicas.

### *A gerência de casos.*

Após um almoço de trabalho entre a chefe da equipe de psicologia, o psiquiatra coordenador do serviço, a outra antropóloga e eu, ficou decidido que, para contemplar as demandas por maior integração entre psicólogas – e outras especialistas não-médicas – e a equipe médica, seria instituída a figura da gerente de casos, a ser desempenhada por uma das especialistas não-médicas da equipe. Surgido após os movimentos que questionavam a eficácia terapêutica da institucionalização em saúde mental nos Estados Unidos na década de 1960 (Reinaldo, Luís, 2005), o gerenciamento de casos “pode ser definido como um processo de cuidado que inclui avaliação, distribuição, coordenação e monitoramento de serviços e fonte de recursos para garantir que a necessidade dos serviços sejam reconhecidas” (Soares, 2009, p. 2). Assim, o trabalho de uma gerente de casos “consiste em avaliar as necessidades individuais e desenvolver um plano de cuidados para atender a essas necessidades” (Id. Ibid.). Essas definições, entretanto, reconhecem a pluralidade de entendimentos acerca da figura da gerente de casos: há sempre a ressalva de que o contexto no qual o gerenciamento é implementado determina sua ação prática.

No caso do Ambulatório, a gerente de casos foi definida como um ponto focal de relacionamento longitudinal entre o serviço e a paciente. A gerente teria entre suas incumbências estabelecer uma relação em profundidade<sup>83</sup> com as pacientes e seus contextos; identificar demandas não-médicas e possíveis vulnerabilidades; mediar a relação entre médica e paciente e entre esta e serviços específicos para imigrantes-

83 Uma relação de vínculo com profundidade temporal: acompanha-se a pessoa por um período extenso de tempo. Dessa forma, é o acúmulo da relação que interessa, pois é necessário tempo para ler contextos: a ideia é que a gerente evite dar respostas imediatas e dedique-se a aprofundar seu conhecimento sobre o contexto completo da paciente, recusando interpretações apressadas e definitivas, tão comuns a contextos médicos e psicológicos. Deve-se também observar que os contextos mudam, às vezes muito rapidamente, e essas transformações devem ser levadas em consideração. O exercício da gerência de casos é, portanto, eminentemente etnográfico: a relação longitudinal é um instrumento metodológico da etnografia.

refugiadas e surdas e outros serviços de assistência social; colaborar na elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) da paciente, e outras demandas que pudessem ser pertinentes. Como gerente de caso, eu realizava o acolhimento das pacientes no serviço, que era o primeiro contato destas com a equipe de saúde: realizava-se o acolhimento para “colher a história” e entender a demanda do caso, e o Instrumento de Acolhimento servia como referência para conduzir essa conversa inicial – sem, entretanto, defini-la, como seria em uma entrevista estruturada. Também como gerente de casos, realizei visita às casas de diversas imigrantes-refugiadas, a centros de acolhida, acompanhei-as em consultas médicas de outras especialidades em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e Assistência Médica de Emergência (AME), fazendo as vezes de tradutor em vários desses atendimentos.

Também acompanhei-as em outros compromissos, como audiências judiciais e nos itinerários por vezes intermináveis entre centros de acolhida, serviços de assistência social e migratória, cursos de português e em eventos políticos de variados tipos. Como forma de melhorar meu trânsito com as imigrantes-refugiadas, aprendi noções básicas para me comunicar em *krèyol*<sup>84</sup> e *yorubá* com pacientes haitianas e nigerianas (também junto às minhas alunas do Coletivo) – o que sempre fazia muita diferença na receptividade junto a elas, que abriam um sorriso ao ouvirem “*Bonjou, koman ou ye? Koman ou relè?*”<sup>85</sup> ou “*E kààró, n kó?*”<sup>86</sup>, e demonstravam surpresa pelo meu interesse em seus idiomas nativos. O efeito produzido pelas línguas nativas ou crioulas era completamente diferente daquele produzido pelas línguas envolvidas na expansão colonial das potências europeias, como o inglês, o francês ou o espanhol, como argumentarei mais à frente.

Junto à equipe, acolhi e discuti diversos casos, trazendo à mesa questionamentos que me pareceram pertinentes quanto à exotização e estereotipação daquilo que se chamava de “alteridades radicais”: nesse sentido, minha atuação era de tentar arrefecer tais tendências. Em um dos casos, estávamos acolhendo um paciente angolano. Para o acolhimento, fomos destacados eu, um dos psicólogos e a outra antropóloga da equipe, que estava frequentando o Ambulatório à época. O imigrante-refugiado estava acompanhado por um membro da igreja onde estava morando, também angolano, e que o havia trazido desde a Angola para realizar trabalho missionário no Brasil – a igreja

84 A outra antropóloga que trabalhou por um tempo no Ambulatório falava *krèyol* fluentemente, e frequentemente realizava a interpretação das consultas médicas. Entretanto, suas poucas passagens pelo ambulatório durante o ano de 2018 foram relativamente curtas.

85 “Bom dia, como vai você? Como você se chama?”, em *krèyol*.

86 “Bom dia, tudo bem?”, em *yorubá*.

fora fundada por angolanas e destinava-se a atender majoritariamente angolanas que viviam no Brasil. Realizamos o acolhimento todo em português. Já no consultório, nos apresentamos e esclareci que não éramos médicos – estávamos ali para realizar uma primeira escuta a fim de entendermos melhor o caso. Quem começou a falar foi Al., acompanhante de Ax., que explicou-nos: Ax. estava bem, e não apresentava problemas nem em Angola, nem quando chegou aqui (Ax. chegou a mostrar uma foto sua 3x4 para provar que “não era assim antes”, referindo-se ao fato de que havia ganhado peso). Al. dizia que Ax. começou a piorar depois que voltou de um emprego no interior onde trabalhava como marceneiro – em Angola, ele era fisioterapeuta. Ax. não sabia se concordava ou não sobre estar mal – por vezes, achava que estava mal; por outras, relatava que não precisava estar ali, pois já fazia suas orações e várias vezes repetiu que não entendia muito bem o motivo/sentido da conversa.

Ax. fora encaminhado por que teria cometido atos obscenos na frente de outros fiéis de sua igreja, o que gerou uma reação violentamente negativa contra ele. O pastor mais velho, que lhe dera acolhida, precisou intervir a seu favor, mas avaliou que sem tratamento psiquiátrico ele não poderia permanecer na igreja – o que é algo comum: alguns centros de acolhida também condicionavam a permanência das albergadas ao tratamento psiquiátrico, o que é mais uma faceta do humanitarismo-dádiva apresentado no primeiro capítulo. Após esses conflitos, ele fora dormir em um carro abandonado que ficava na rua da igreja – o que era tido como signo incontestado de que ele só podia estar “fora de si”, embora o fato tivesse ligação com o conflito entre Ax. e o pastor –, e havia sido ameaçado de morte por meliantes que atuavam na rua. Al. listava diversos outros “comportamentos estranhos” de Ax.: tirava o sapato no meio da igreja, certa feita havia colocado um pão dentro de seu sapato, fugia da igreja antes de compromissos agendados para ele (como consultas médicas), achava que as pessoas estavam tentando matá-lo, não tomava banho ou trocava de roupa sem que alguém insistisse muito, não aceitou uma blusa de frio comprada a mando do pastor mais velho da igreja em razão do conflito entre eles, entre outros.

As narrativas de Al. e Ax. eram entremeadas por olhares desconfiados ou negativas com a cabeça de ambas as partes, o que indicava que havia conflitos e discordâncias em relação à história contada. Ax., o paciente encaminhado, parecia bastante confuso, e Al., o pastor que o acompanhava, parecia bastante impaciente. Ax. chegou a mencionar sua família na Angola algumas vezes, e disse que seu irmão gêmeo – que não apresentava problemas semelhantes, e que despertou interesse em mim e na

outra antropóloga<sup>87</sup> – havia se oferecido para pagar sua passagem de volta para o país de origem, mas Ax. não queria: “chegar lá desse jeito vai ser ruim”, ele disse. Ia continuar a frase, mas o psicólogo o interrompeu: “Pelo que eu estou entendendo, você não quer retornar à Angola mal, você não quer que as pessoas da Angola te vejam *doente...*” (Registro de campo, 16/08/2018, ênfase minha). A palavra “doente” não havia aparecido até então, e Ax. reagiu imediatamente à menção dela, balançando a cabeça e franzindo o cenho. O psicólogo emendou: “A gente tá aqui pra fazer uma escuta do seu problema, não vamos julgar. Ninguém aqui tá dizendo que você tá *doido*, ninguém vai julgar você.” (Id. Ibid., ênfase minha). Mais uma vez, ninguém havia mencionado a palavra “doido” até aquele momento. Quando Ax. demonstrou preocupação sobre o tipo de acompanhamento que iríamos fazer, dizendo que não queria ficar ali e que já tinha lugar para morar (a igreja), o psicólogo mais uma vez se antecipou, dizendo: “Fica tranquilo, Ax., ninguém aqui vai te cortar, ninguém vai te amarrar, ninguém vai te internar... pode ficar tranquilo” (Id. Ibid.).

Ax. estava visivelmente impaciente e incomodado, e a cada nova colocação do psicólogo parecia tornar mais difícil a tarefa de retornar a uma conversa tranquila. Ele produzia saltos interpretativos pouco recomendáveis para um primeiro contato com a história de alguém. Quando Al. descreveu o episódio em que Ax. tirou os sapatos no meio da igreja, e colocou um pão dentro deles, o psicólogo disse: “Pelo que eu estou entendendo do que você está dizendo, você está expressando um desconforto e uma falha de adaptação com o Brasil tirando seus sapatos, demonstrando que você não concorda, é uma adaptação cultural... você tem problemas de adaptação no Brasil?”. A antropóloga e eu nos entreolhamos, assustados, ao passo que Ax. pensou por um tempo, e respondeu secamente: “não”.

O acolhimento havia sido um desastre, e saímos para discutir o caso e realizar a marcação da consulta. Conversando com o psicólogo, eu e a outra antropóloga apontamos nosso desconforto com o que ocorrera. O psicólogo, então, respondeu que ele havia utilizado uma técnica reconhecida, e que todas as suas abordagens estavam “descritas nas leis e nos manuais do Ministério da Saúde”, sem, entretanto, especificar quais técnicas ou apresentar as referências para as descrições das abordagens. Ele ficou bastante desconfortável com os apontamentos que fizemos, incômodo visível em suas respostas mais secas e em sua expressão facial. O caso, que seria gerenciado por ele, foi para minha pasta por decisão da equipe de acolhimento e do coordenador do serviço

87 Gêmeos são objeto clássico de interesse da antropologia (Lévi-Strauss, 1993; 2006). Não pudemos, entretanto, aprofundarmo-nos na história de Ax..



para que evitássemos a reedição do que havia ocorrido. Dei meu número de telefone a ele e perguntei se poderia realizar uma visita à igreja onde ele estava morando, ao que Al., que respondeu por ele, disse que conversaria com o pastor para ver se era possível – a visita, no entanto, nunca foi realizada. Ax. retornou a apenas uma consulta, e depois perdeu o seguimento – faltou à terceira consulta, e nunca mais apareceu no Ambulatório.

Como pontuei, a língua falada durante o acolhimento fora a língua portuguesa – dominada por todos que estavam participando. Ainda que Ax. e Al. falassem alguma outra língua presente em Angola, como o lingala – e não pudemos adentrar esse tópico tamanho fora o descompasso durante o processo de acolhimento –, à primeira vista não existia nenhum problema de equalização linguística (muito embora a equalização linguística e a que equaliza significados não sejam sinônimas). A falta de traquejo do psicólogo pode ser lida enquanto uma postura epistêmica que crê que nutrir empatia e valorizar o “multiculturalismo” complacente e tolerante (Stengers, 2011b) com a diferença tida como cultural bastam para instrumentalizar a variável cultura, identificando precisamente as falhas de adaptação cultural de imigrantes-refugiadas por meio do sofrimento expressado idiomáticamente: o “tirar o sapato” é um “idioma de sofrimento”, que o psicólogo, educado sobre a importância da consideração da cultura em sua avaliação dos significados simbólicos da narrativa, trabalha para retirar do caminho a camada externa da cultura (expressão de sofrimento=tirar o sapato no meio da igreja e colocar um pão dentro) e fornecer, já no primeiro encontro, o **real** significado do sofrimento (falha de adaptação cultural), pois o “tirar o sapato” quer comunicar “desconforto”, “inconformidade”, “questionamento”, “inadaptação”, “**inassimilação**”. Já se sabe todas as respostas de antemão (o que dispensa a investigação), e interpretar corretamente é uma questão de aplicação da técnica correta de aferição.

Além disso, os problemas éticos envolvidos na abordagem realizada eram inúmeros (e fora do alcance do conselho de ética tão frequentemente acionados como legitimadores da atuação de psicólogas), especialmente por produzir violência sob a guarida da técnica, neutra e acultural, que dispensa qualquer equalização caso não haja problemas comunicacionais identificados pela profissional (que detém, nesses contextos, a exclusividade da prerrogativa de apontar a existência ou não desses problemas): basta que a profissional envolvida empreenda o exercício consciencioso de respeito à “diversidade cultural”, como ingenuamente argumentam Kirmayer e Minas

(2000b). Dessa forma, evidencia-se o emudecimento dessas imigrantes-refugiadas atendidas pelos serviços: essas pessoas e seus problemas tornam-se antes as interpretações que as profissionais que povoam esses espaços fazem delas, do que o que elas mesmas acreditam que sejam - assim, as interpretações tornam-se mais reais que as pessoas. Os saltos interpretativos são próprios de um multiculturalismo condescendente que não acha que deve escutar as pessoas antes de formular juízos de verdade sobre elas e, ainda que as escute, faz-se ouvidos moucos: o *autismo* cultural (Rosa et. al, 2009, p.504) é antes uma condição projetada sobre imigrantes-refugiadas do que algo que ela produz internamente a suas estruturas biológicas e/ou psicológicas (e as autistas, talvez, também sejam equivalentes às surdas, pois são virtualmente inaudíveis, como argumentei no terceiro capítulo).

Em outros momentos, a gerência de casos parecia ter mais sucesso, especialmente em produzir mais adesão – comprometimento entre a paciente e plano terapêutico. No fim de 2018, acolhi uma paciente nigeriana, Ta.. Ela já havia frequentado o ambulatório em 2014, mas havia interrompido o tratamento após um tempo. Ela encontrava-se bastante fragilizada: sempre que falava, era em um volume inaudível, e parecia sempre encerrar a frase antes de sua conclusão. Frequentemente chorava, e isso ocorreu desde nossa primeira conversa: geralmente, as lágrimas eram associadas à descrição de episódios de despedida, como quando a psicóloga do centro de acolhida onde ela estava morando, a única funcionária do local a falar inglês (e, portanto, a única capaz de efetivamente se comunicar com ela), tirou férias, o que a deixou sem ter com quem conversar, ou quando o residente responsável por seu caso informou que não seria mais seu médico, uma vez que seu ciclo enquanto residente do segundo ano estava terminando; ou quando contou-nos sobre seu marido, morto diante dela na Nigéria, e de suas cinco filhas, que deixou para trás durante sua fuga e de quem desconhecia os paradeiros.

Essa foi, portanto, a primeira intervenção não-médica produzida: acionei o serviço de Reestabelecimento de Laços Familiares (RLF) da Cruz Vermelha de São Paulo, do qual tomei conhecimento em uma das reuniões de Rede em que ele foi apresentado. O serviço utilizava-se das centenas de comitês internacionais da Cruz Vermelha em diversos países para localizar parentes de imigrantes-refugiadas que desconheciam seus respectivos paradeiros – condição muito comum a pessoas forçadas ao deslocamento repentinamente, como no caso de Ta. –, e colocá-las novamente em contato. Esse serviço não promovia reuniões familiares de imigrantes-refugiadas, mas

tornava-as possíveis: Ta., por exemplo, não conseguiria nem comprar passagens aéreas para as cinco filhas quando de nosso encontro pois não mantinha nenhum contato com elas, tampouco sabia seus paradeiros. O profissional da Cruz Vermelha me foi muito solícito, e requisitou-me informações sobre Ta., além de realizar uma visita ao centro de acolhida onde ela estava albergada para colher mais informações presencialmente. Suas filhas, entretanto, ainda não haviam sido localizadas até o momento de escrita desta dissertação, muito embora os esforços continuem.

Outra questão premente à gerência do caso de Ta. era sua vivência no centro de acolhida onde estava albergada. Em uma das consultas, ela relatou a mim e à residente que a atendia que havia brigado com uma de suas colegas de quarto. A colega dizia que ela estava roncando muito alto – o que Ta. acreditava ser efeito da medicação que estava tomando, que a fazia dormir mais profundamente –, e a acordou durante a noite sacolejando a beliche que as duas dividiam. Ta. disse que a colega chamava-a de “macaca”, “africana”, ordenando que “voltasse para seu país” e que agora, “com Bolsonaro presidente”, ela seria expulsa definitivamente. Para entender melhor a situação, solicitei à Ta. permissão para visitá-la no centro de acolhida, localizado na Zona Leste de São Paulo, e ela de pronto autorizou. Marcamos um dia, e Ta. esperou-me em uma praça próxima ao local junto a uma colega haitiana que também morava lá. Caminhamos até o centro de acolhida por uma rua movimentada, repleta de estabelecimentos comerciais, e as pessoas com quem cruzávamos iam acompanhando-nos com os olhos ao ouvir palavras pronunciadas em *krèyol* e inglês. Chegamos a um prédio branco com dois andares aparentes desde a rua, delimitado por uma grade que, por sua vez, era reforçada por placas de acrílico que cortavam a visão do interior do prédio a quem passava pela calçada. Mesmo assim, era possível identificar vultos de pessoas que se aglomeravam próximas à entrada. Ta. tocou a campainha, e uma funcionária destrancou a porta, autorizando nossa entrada.

O centro de acolhida pululava de gente, entre imigrantes-refugiadas e brasileiras – só eram aceitas mulheres e crianças no lugar. Após a entrada, descortinava-se uma espécie de garagem adaptada onde havia uma cozinha americana à direita de quem entra, um aparelho de TV e diversas cadeiras de plástico. À esquerda, uma escada levava ao piso superior onde havia um amplo quarto com dezenas de beliches e armários. À direita, uma outra escada descia ao piso inferior onde havia mais um quarto bastante amplo com camas e armários, e as salas onde a equipe profissional do centro de acolhida trabalhava. Também à direita, havia um acesso ao pátio onde muitas crianças

brincavam, observadas por suas mães. Várias moradoras assistiam televisão, uma fazia café enquanto ralhava com a filha e todas observavam, curiosas, minha entrada naquele ambiente – afinal, eu era um homem desconhecido adentrando um abrigo onde só eram permitidas crianças e mulheres. Elas cumprimentavam Ta. em português, revelando o apelido que lhe haviam dado: “Bom dia, *mama!*”, ao que ela respondia também em português: “bom dia!”. Ta. me conduziu, então, ao piso inferior onde localizava-se a sala de F., psicóloga do local com quem ela mantinha interlocução mais próxima. F. explicou-me, então, que a briga havia sido da forma como Ta. relatara-me, dizendo ainda que a brasileira que começou a briga chamara a polícia no dia e registrara um boletim de ocorrência alegando ter sido agredida com um soco, o que não havia ocorrido. Dessa forma, uma audiência de conciliação estava marcada para dar fim ao processo de maneira amigável sem que fosse preciso conduzi-lo à justiça. Perguntei à Ta. se ela aceitaria que eu a acompanhasse à audiência, e ela aceitou.

No dia da audiência, combinamos o encontro já no Núcleo Especial Criminal (NECRIM) da Polícia Civil do Estado de São Paulo. A audiência estava prevista para 14h, e eu cheguei pouco depois das 13h30. Dei meu nome na portaria, e mandei mensagem para Ta. para saber se ela estava a caminho, mas a mensagem não foi respondida. Resolvi, então, telefonar-lhe: ela atendeu ofegante e com um tom preocupado, dizendo que estava próxima da estação da Luz – o que era relativamente distante –, mas que não sabia como chegar até o NECRIM. Ela chamou ao telefone, então, uma Guarda Civil Metropolitana (GCM), com quem conversei e expliquei a situação, requisitando a ela que, se possível, levasse Ta. até o NECRIM para que ela não perdesse a audiência – além de tudo, Ta. andava muito devagar e parava frequentemente para retomar o fôlego, pois tinha problemas cardíacos. Já eram 14h40 quando ela finalmente chegou acompanhada de duas GCMs, e subimos à sala onde ocorreria a audiência – sua “rival”, no entanto, já havia prestado esclarecimentos e estava saindo da sala quando a adentramos.

A sala de audiência tinha uma mesa com três cadeiras ao seu redor, e uma outra mesa posicionada perpendicularmente a esta, atrás da qual sentavam-se as mediadoras designadas pela Polícia Civil para promover a audiência de conciliação. Após relatar mais uma vez a história da briga, entre muitas lágrimas e com ajuda de minha tradução, as oficiais de justiça sugeriram que eu atuasse enquanto mediador junto ao centro de acolhida para promover uma troca de quartos – ou de camas, pelo menos. Foi o que fiz: nesse mesmo dia, entrei em contato com F., e ela me disse que havia tentado realizar

essa troca antes, mas que as duas haviam se recusado a sair da cama onde estavam. Entretanto, disse que se elas agora estavam de acordo, a troca seria feita – o que efetivamente ocorreu poucos dias mais tarde. Orientei Ta. sobre a possibilidade de denunciar o crime de injúria racial perpetrado por sua colega de abrigo, mas as agentes da Polícia Civil, apesar de dizerem que ela tinha o direito de realizar a denúncia, desincentivaram que ela seguisse adiante para “evitar conflitos que seriam piores pra ela”.

Neste mesmo dia, retornando à estação de metrô acompanhado pelo passo lento de Ta., comentei com ela que o Brasil tinha uma grande ligação com povos Yorubá (pois sabia que ela era daquela etnia), e que haviam palavras em nossa língua derivadas daquele idioma. Ela sorriu, e começou a perguntar quais palavras eram famosas por aqui: citei *ilê aiyé*, babalaô (*bàbáláwo*), oxalá (*òòsàálá*), orixá (*òrisà*), e alguns nomes específicos, como Ogum, Oxum, Iansã, Exu, Oxóssi, Oyá e outros. Ela demonstrou entusiasmo, e começou a me ensinar saudações e cumprimentos em *yorubá*: *e káàrò* (bom dia), *e káàsan* (boa tarde), *e káàlé* (boa noite), *se àlàáfìà ni?* (como vai o[a] senhor[a]?), *àlàáfìà ni*, *a dupé* (vou bem, obrigado), *àlàáfìà re* (não há de quê), *odàbò* (até logo). Ela me ensinava, eu repetia, e ela ria de minha pronúncia ruim e vacilante, dizendo “oh, Alexandre” enquanto abaixava a cabeça para gargalhar. Essa foi a primeira vez que a vi sorrir. Aqui, cabe lembrar do exemplo do senhor sírio, dado ainda no primeiro capítulo, que decidi ensinar-nos árabe em substituição às atividades do *grupo de troca*: enxergadas somente a partir da perspectiva da falta e da desestrutura, imigrantes-refugiadas também têm a ensinar, e não há como estabelecer lógicas simétricas de troca sem que isso seja considerado. Pressupor uma vulnerabilidade absoluta anuvia a possibilidade de enxergar este fato.

No caso de Ta., a temporalidade passada não esgota o sofrimento experimentado, como argumentei no capítulo anterior. A intervenção deve vislumbrar uma atuação enquanto mediadora em diversos contextos diferentes no momento presente, como no caso de conflitos em centros de acolhida e serviços de assistência – que são muitíssimo frequentes sob a lógica do humanitarianismo-dádiva e pela disrupção necessária para que a interlocução seja estabelecida, além de outros espaços de interlúdio onde esses encontros ocorrem. Ta. não conseguiria ter chegado à sua audiência, tampouco teria conseguido compreendê-la ou expressar-se nela, e muito menos teria conseguido sozinho pleitear junto à equipe do centro de acolhida a resolução do conflito caso não houvesse alguém atuando na mediação – ou na

articulação – entre as actantes implicadas nessas diversas relações. Tal qual uma charneira ou uma dobradiça, colocar em relação todas as actantes desse cenário não pode prescindir a existência de algum tipo de junta que permita a comunicação e a articulação entre duas ou mais partes, e a gerente de casos (e a antropóloga) podem tentar cumprir este papel nestes contextos. Simultaneamente, é preciso que se atente sempre à reflexividade – que não deve ser confundida com ensimesmamento – do trabalho proposto: ele nunca está dado ou é óbvio, e é sempre construído contextualmente: é a relação que informa o tipo de articulação requerida, exigindo que a própria reflexividade da intervenção seja sua técnica.

Por fim, o caso de Ta. também demonstra que a ferramenta metodológica do “levar a sério” é fundamental: é preciso que a profissional não descarte as inferências ontológicas formuladas pelas pacientes, pois aprender com elas não é apenas um exercício de interpretação e subsequente tradução à realidade unívoca do mundo e da Ciência. Seus mundos também existem da mesma forma que os nossos, e “é óbvio que o etnógrafo tem de acreditar (no sentido de confiar) em seu interlocutor” pois este não está só a lhe opinar sobre o que algo é, ele está a ensiná-lo (Viveiros de Castro, 2002:136), como Ta. ensinava-me. Mas como alguém que deve, por excelência, duvidar da existência dos mundos de suas interlocutoras, pois estes seriam meras lentes que impedem-nas de ver o que é verdadeiramente **real** se comporta diante desse enunciado? Como podem psiquiatras e psicólogas levar a sério o que dizem suas interlocutoras se isso significaria compartilhar de uma visão equivocada acerca do que é real-em-si-mesmo, e torná-las, portanto, habitantes de uma “realidade alternativa”, tal e qual suas interlocutoras? Talvez indo em busca da cultura reificável, dos blocos monolíticos inarticuláveis<sup>88</sup> que requerem seu abandono por meio da aculturação ou da assimilação, dos inventários de práticas e costumes e das estereotípias sociológicas, para usar uma expressão de Cardoso (1999): a cultura que cria “modelos explicativos” alheios às “explicações” sobre a realidade unívoca. Essa opção é feita, entretanto, às custas de algumas frustrações de expectativas: a busca pelas imigrantes-refugiadas arquetípicas e hiperculturais frequentemente esbarra em sujeitos reais que resistem em atender aos critérios definidores de um sujeito “possuidor de cultura”, como procurarei demonstrar no próximo tópico.

88 “Se a cultura fosse uma ‘coisa’ absoluta, objetiva, ‘aprender’ uma cultura se daria da mesma forma para todas as pessoas, tanto nativos como forasteiros, tanto adultos como crianças. Mas as pessoas têm todo tipo de predisposições e inclinações, e a noção de cultura enquanto uma entidade objetiva, inflexível, só pode ser útil como uma espécie de ‘muleta’ para auxiliar o antropólogo em sua invenção e entendimento” (Wagner, 2012, p. 52)

***Atividades didáticas com internas e residentes, e a formulação cultural: a invenção da cultura por meio da estrangeira hipercultural e da médica acultural.***

As atividades didáticas eram, por excelência, um momento de discussão sobre os pilares epistemológicos das práticas “culturalmente sensíveis” empreendidas no Ambulatório, e de elaboração do que seria uma prática clínica ideal para uma atuação psiquiátrica ciosa da consideração das variáveis “sociais” e “culturais”. Durante o ano de 2018, acompanhei e ajudei a elaborar atividades didáticas para residentes do segundo ano da residência em psiquiatria e para “internas”, que eram alunas do quinto ano da graduação em medicina da Universidade. As atividades didáticas dos residentes – uma turma formada exclusivamente por homens composta no ano de 2018 – ocupava a primeira hora de funcionamento do ambulatório, e abordava temas como “psiquiatria social e cultural”, “introdução ao trabalho com cultura”, “psicopatologia e cultura”, “o brasileiro como ‘o outro’”, “formas de organização social: coletivismo x individualismo”, “cultura surda”, “migração e saúde mental”, “hermenêutica da saúde”, “antropologia da saúde”, “populações específicas”, “saúde mental e coletiva”. Ao final de cada módulo, que durava um mês – ou quatro aulas, no total –, era prevista uma “formulação cultural”, que fazia parte das avaliações e consistia na aplicação de um modelo adaptado das oito perguntas de Kleinman para tentar elicitare os “modelos explicativos” das pacientes e tornar explícita a presença da cultura na elaboração das interpretações psicopatológicas. Já as atividades didáticas com as alunas de graduação discutiam questões relacionadas à surdez, à migração e ao refúgio e à construção cultural e social da medicina por meio da abordagem apresentada em “Ritos corporais entre os Nacirema”, de Horace Miner (1976).

O módulo de antropologia da saúde fora elaborado por mim, como mencionei no início deste capítulo. Não foi um módulo popular: em suas avaliações sobre todas as atividades do ambulatório no ano de 2018, as aulas de antropologia foram criticadas por serem consideradas “apenas curiosidade” e por não terem “utilidade” para a prática clínica. A participação dos residentes era praticamente inexistente, e a aula dividia a atenção com celulares e pequenos cochilos. Os textos trabalhados, disponibilizados com meses de antecedência, foram sumariamente ignorados. Além da “formulação cultural”, provas também faziam parte da avaliação dos residentes, e fui o responsável pela formulação e correção de questões sobre o módulo de antropologia, o que também



tornou explícita a distância entre o que era tratado em aula e pelas leituras sugeridas e as respostas apresentadas – e o baixo rendimento nas avaliações também foi motivo para contestações sobre a utilidade da antropologia enquanto parte das atividades didáticas.

Gostaria, entretanto, de deter-me por um momento às formulações culturais, que eram oportunidades de presenciar a abordagem “cultural” dos residentes, e como as psiquiatras contribuíam com o debate do caso apresentado. Mais que isso, eram oportunidades de saber como a ideia de cultura era instrumentalizada nessas discussões para lidar com os casos das imigrantes-refugiadas – como aparecia, com qual “utilidade” para a abordagem terapêutica e, sobretudo, **o que era ou não considerado cultura nesses contextos**, o que implicava visceralmente a ideia que tinham de uma contribuição a ser feita pela antropologia nesses contextos, além de definir quais seriam os objetos de atenção do Ambulatório (por exemplo, quais casos poderiam ser encaminhados ou não para lá): as “alteridades radicais”. A formulação cultural definia-se, portanto, enquanto um momento de invenção da cultura (Wagner, 2012). Acompanhei uma dezena de formulações culturais e, na medida em que conhecia a maior parte dos casos apresentados, sabia quais as pacientes haviam sido entrevistadas na maioria dos casos.

Em uma das atividades, um dos residentes iniciaria a apresentação da formulação cultural de uma paciente síria que, disse ele, “tinha certeza que ia aparecer muita cultura”. Entretanto, no decorrer da entrevista ele foi paulatinamente frustrado em suas expectativas iniciais:

“Fiz a entrevista, mais quebrei a cara. Ela não falou nada de cultura, nada. Quando eu vi, não tinha tanta diferença com paciente brasileiro. Ela explicava a doença pela biologia, não articulava cultura”. Registro de campo, 30/01/2019

Intrigado, questioneei sobre qual era, então, a expectativa dele sobre “aparecer cultura” na entrevista, ao que ele me respondeu que esperava que ela estivesse usando roupas típicas, pinturas corporais, fosse “menos cabeça aberta” e que desse explicações sobre seu sofrimento que fossem diferentes das que ele próprio articulava, o que não aconteceu: o “modelo explicativo” dela coadunava com o dele, o que fazia dessa uma consulta sem cultura – afinal, se o modelo explicativo da paciente coincidissem com o dele, isso significava que aquele não era um modelo explicativo, mas **explicação**. Se era biologia, não era **cultura**: apenas **era**.

Na semana seguinte, outra formulação cultural foi apresentada, e o residente apresentou as mesmas questões: onde estava a cultura, se a paciente estava falando

sobre biologia? Realizando a entrevista da formulação cultural junto a um paciente haitiano, uma das perguntas deste segundo residente questionava sobre a relação médica-paciente, pontuando que há, por vezes, dificuldades de entendimento entre as duas, uma vez que elas vinham de “diferentes culturas” e tinham expectativas diferentes sobre o tratamento. O enunciado prosseguia questionando o paciente se isso causava-lhe algum tipo de preocupação, e se havia algo que o residente pudesse fazer para prover ao paciente o cuidado que ele considerava precisar. O residente relatou, frustrado, que o paciente respondeu dizendo que “a única questão é que [ele] espera que o médico possa dizer o que ele tem.”. Disse também que “ele está ansioso por um diagnóstico e uma explicação”, e que “gostaria que existisse um ‘aparelho’ ou ‘exame’ que pudesse dar essa resposta mais concretamente”. Por fim, o paciente mencionou o fato de que outro médico havia comentado com ele que seus exames de sangue tinham apontado “a falta de uma vitamina” em seu corpo, e gostaria de saber se era possível que essa fosse a causa de seu mal-estar.

Um dos indícios da existência de “cultura”, portanto, é a ausência de explicações análogas às formuladas pela biomedicina. Quanto mais próxima está a paciente do modelo explicativo da médica, **menos cultura ela tem**, pois se não havia nenhum modelo explicativo exótico, a cultura não estava lá. Como pontua Roy Wagner:

“Ao experienciar uma nova cultura, o pesquisador identifica novas potencialidades e possibilidades de se viver a vida, e pode efetivamente passar ele próprio por uma mudança de personalidade. A cultura estudada se torna ‘visível’ e subsequentemente ‘plausível’ para ele; de início ele a apreende como uma entidade distinta, uma maneira de fazer as coisas, e depois como uma maneira segundo a qual ele poderia fazer as coisas. Desse modo, ele pela primeira vez compreende (...) o que os antropólogos querem dizer quando usam a palavra ‘cultura’. Antes disso, poder-se-ia dizer, ele não tinha nenhuma cultura, já que a cultura em que crescemos nunca é realmente ‘visível’ - é tomada como dada, de sorte que suas pressuposições são percebidas como autoevidentes. É apenas mediante uma ‘invenção’ dessa ordem que o sentido abstrato de cultura (e de muitos outros conceitos) pode ser apreendido, e é apenas por meio do contraste experienciado que sua própria cultura se torna ‘visível’. No ato de inventar outra cultura, o antropólogo inventa a sua própria e acaba por reinventar a própria noção de cultura.”. (Wagner, 2012, p. 43).

Em não existindo cultura, não haveria, portanto, equalização necessária a ser feita na abordagem terapêutica, o que dispensaria qualquer mediador nessa relação clínica: qual a utilidade da antropologia e da antropóloga se as pacientes estavam

falando de sinapses, de vitaminas, de medicações psicotrópicas e de categorias diagnósticas – ou seja, falando do que é **real**, e não uma **ilusão**? Qual a utilidade da antropóloga se não estávamos “em um campo de refugiados ou no meio do mato”, como afirmou a chefe da equipe de psicologia? Se as pacientes tinham acesso à “explicação” - e não ao modelo explicativo –, não havia necessidade de interpretação, tradução e equalização cultural: o modelo explicativo da paciente já havia acessado a realidade unívoca da patologia mental. Dessa forma, o lugar acultural da médica também diz respeito a um lugar coincidente com o pensamento moderno/modernista e com todas as intersecções concernentes a estes casos: se a cultura inventa-se no encontro, a crença no fato de que a biomedicina não é uma crença, mas um saber, enquanto todas as outras variações humanas não sabem, mas crêem, enraiza-se na produção de uma identificação – transitiva, como todas a são – com aquelas que se considera produzir saberes, e não crenças. Se durante a consulta a médica era defrontada com o que ela considerava um saber, e não uma crença, o projeto de considerar a variável cultura na abordagem terapêutica naufragava pois que ali não havia crença/cultura, mas um saber acultural.

Esse lugar acultural da médica e da medicina só se torna possível diante de uma imigrante-refugiada imaginada enquanto hipercultural. Tudo é linguagem e narrativa quando se trata das pacientes, e a cultura é a camada acessória que distancia os significados particulares do Significado universal - em último grau, são todas **iludidas**. A cultura produz uma realidade não aferível pelos métodos e instrumentos das tecnociências, que na concepção das praticantes (e de algumas imigrantes-refugiadas) descrevem o univocamente real. Na falta dos mesmos instrumentos, o que resta à imigrante-refugiada hipercultural é produzir narrativas, inventar explicações que, por serem invenções – não no sentido wagneriano de invenção, mas no sentido de uma invenção de significados que falseia a realidade óbvia –, são descontínuas ao significado real do sofrimento expressado e, portanto, do “mundo real” (e não é esta a loucura?). Entretanto, esperar sujeitos hiperculturais (e, portanto, pré-modernos, pois a aculturalidade é sobretudo a superação da crença e a evolução à modernidade) fornece, além de tudo, explicação para as falhas terapêuticas e de adesão ao tratamento: são os “problemas de comunicação”, de Kirmayer e Minas (2000b), causados pelos entendimentos exóticos da cultura que afastam as imigrantes-refugiadas dos serviços, desresponsabilizando as praticantes médicas por meio da neutralização da “ameaça à competência profissional representada pela ambiguidade ou resistência ao tratamento de sintomas persistentes” (Kirmayer et. al, 2004, p. 664, tradução livre).

O embate entre a hiperculturalidade das imigrantes-refugiadas e a aculturalidade das médicas também coloca em relevo a “maldição da tolerância”, para usar a expressão de Isabelle Stengers (2011b). Na argumentação da autora, tolerância

“É uma mensagem que, como uma ‘palavra mestra’, é instantaneamente aplicada assim que ouvimos, entendemos e aceitamos que ‘nós’ não somos como os outros, aqueles que definimos em termos de crenças que estamos orgulhosos, mas possivelmente também pesarosos, de não mais compartilhar. (...) Tolerante é ele, ou ela, que mensura quão dolorosamente pagamos pela perda das ilusões, das certezas que atribuímos àqueles que pensamos ‘acreditar’. (...) Eles habitam onde nós, modernos, não podemos retornar a não ser enquanto caricaturas, seitas e déspotas.

Mas a nostalgia e a tolerância em direção aos outros que têm sorte o suficiente de ‘acreditar’ mal esconde nosso orgulho imenso. Nós somos ‘adultos’, nós somos capazes de confrontar um mundo despojado de suas garantias e encantamentos.”<sup>89</sup>. (Stengers, 2011b, p. 310, tradução livre).

Se a outra só crê, enquanto eu sei – e sei inclusive sobre o que ela crê, como espera-se das antropólogas –, a clivagem epistemológica e de acesso a esse substrato humano comum estão dadas de antemão. Se não é possível trazer outras noções de sujeito, doença, cura alheias às articuladas pela Ciência, se não é possível hibridizar o serviço, ou seja, se as respostas estão dadas de antemão, não há o que se aprender com imigrantes-refugiadas, tampouco com as antropólogas, que exceda os possíveis inventários de práticas culturais e de comportamentos. As estereotípias socioculturais são “compradas” em grandes blocos que versam sobre as crenças concernentes a estes ou aqueles povos e sobre categorias e modos de pensamentos “nativos”. Entretanto, esses grandes monólitos exotizantes são “comprados” como forma de facilitar a comunicação – é preciso entender o “idioma de sofrimento” expressado, realizar o exercício de tradução para a nosografia médica, estabelecer o método terapêutico e, enfim, traduzi-lo de modo que a paciente entenda –, mas para serem descartados enquanto explicação. Em outras palavras, para a médica, ela poderia até crer no que a paciente diz, mas, dessa forma, ambas estariam erradas. Tolera-se, então, a explicação de forma condescendente, como um adulto tolera a uma criança sabendo que, na

89 “It is a message that, as a ‘master word’, is instantly applied as soon as we hear, understand, and accept that ‘we’ are not like the others, those we define in terms of beliefs we are proud, but possibly also pained, to no longer share. (...) Tolerant is he, or she, who measures how painfully we pay for the loss of the illusions, the certitudes, we attribute to those we think ‘believe’. (...) They dwell where we, moderns, cannot return to other than as caricatures, sects and despots.

But nostalgia and tolerance toward other who are lucky enough to ‘believe’ barely hide our immense pride. We are ‘adults’, we are capable of confronting a world stripped of its guarantees and enchantments.”

realidade, ultrapassa-lhe os conhecimentos sobre a realidade última do mundo. Advém daí o choque dos residentes quando descobrem que uma criança pode acessar os mesmos modelos explicativos que eles, podendo ser “mente aberta” como uma moderna.

Em casos onde, por exemplo, apareciam modelos explicativos mais facilmente “culturalizáveis”, transfiguráveis em “cultura”, a interpretação se dava de maneira mais automática e parecia ser mais confortável para que os residentes discutissem. O caso de uma imigrante-refugiada boliviana atendida no ambulatório, C., foi apresentado em uma das formulações culturais. Com convulsões frequentes, ela descobriu um tumor no cérebro e operou-o em seguida. Sua recuperação foi dentro do esperado, mas uma série de conflitos emergiu entre seu marido e o restante de seus familiares após a operação – conflitos que envolviam, inclusive, negociações sobre quais métodos terapêuticos deveriam ser mobilizados para endereçar seus problemas de saúde: os pais, muito católicos, eram contra o uso da medicação e diziam, durante as crises de C., que ela “era o diabo”; o marido, ateu (e peruano, o que também era um dado crítico na relação entre ele e o compósito “sogra+sogro”), era contra o uso de rezas e curandeirismo. Esses conflitos, que procurei mediar enquanto gerente do caso dela, envolviam também questões financeiras – a família exigia uma contribuição maior do marido –, o local de moradia de C. – se deveria morar com o marido ou com os pais –, sua autonomia e independência – ela desejava voltar a trabalhar, mas nem os pais, nem o marido acreditavam que ela estava pronta para tal –, e, definitivamente, a disputa pelo “modelo explicativo” e pelo itinerário terapêutico de sua condição (Id. Ibid.).

Na entrevista da formulação cultural, C. disse ao residente que sua doença, sob sua perspectiva, resultava de uma série de relações de reciprocidade (e de suas quebras) com o transcendental: seus pais haviam “pecado” na Bolívia e aqui. Os dois, entretanto, consideravam-se “puros” de acordo com C.: a despeito dos pecados, eles condenavam seu marido ateu, e acusavam-no de corromper a filha fazendo-a duvidar da existência de Deus. Segundo ela, sua condição advinha disso: “eles pecaram, e caiu tudo pra eu pagar”. Ela havia frequentado um tradicional centro de rezas boliviano na cidade de São Paulo, e dizia que havia ajudado bastante, mas para C. era justamente a religiosidade exacerbada dos pais – e sua suposta cegueira em relação aos pecados cometidos – que havia causado seus problemas.

A apresentação do caso de C. foi repleta de pontuações sobre a religiosidade exacerbada inerente às bolivianas. A explicação dada por ela para seu infortúnio –

punição do transcendental pelas faltas de seus pais – poderia ser abordada pela ideia de reciprocidade de um sistema de dádiva estabelecido com o transcendental, mas não apenas isso chamava a atenção. Para a equipe médica, saber desse fato não interferia em nada na 1) formulação da explicação biomédica sobre as causas unívocas do infortúnio e o método terapêutico mobilizado (seu problema estava inequivocamente ligado ao mau funcionamento cerebral decorrente de seu tumor e da posterior cirurgia, e apenas a isso) e 2) consideração de que essa informação era “perfumaria”, “curiosidade” que costumava interessar apenas à etnógrafa, “que acredita em tudo” (frase pronunciada por um de meus interlocutores psiquiatras). A inferência ontológica sobre o mundo era prospectada com intuito de fornecer insumos hermenêuticos às psiquiatras e psicólogas, mas não para que fosse levado em consideração enquanto algo que realmente existia – e para ser endereçada enquanto tal. Se C. considerava que rezas poderiam ajudá-la, o residente deveria, quando muito, tolerar seu modelo explicativo, mas não referendá-lo – acreditar que C. estava certa seria crítico para sua prática clínica. Uma psicóloga que atendesse (e aqui estou especulando, pois isso não ocorreu) poderia usar seu “modelo explicativo” para erigir uma explicação sobre como a história relatada por C. tinha uma natureza analógica: os problemas de relacionamento intrafamiliares eram expressos em uma linguagem que articulava seres transcendentais e suas regras de reciprocidade, mas esse mundo não existia “de verdade”, apenas na *psyché* de C., que, incapaz de se confrontar com a dureza do real significado de seus problemas de relacionamento, inventava uma metáfora para ser capaz de lidar com a realidade. Abrir mão do papel de hermeneuta significaria para psiquiatras e psicólogas a obrigatoriedade de “levar a sério” o “modelo explicativo” de C. (considerá-lo, portanto, uma explicação), e conceder isso a ela significaria que elas, tal qual a paciente, também falseavam a realidade.

### ***Breve comentário sobre o “levar a sério”, e a virtual intransponibilidade da estereotipia sociocultural***

Levar a sério as inferências ontológicas de outrem é um exercício com consequências críticas. É, como argumenta Viveiros de Castro,

“não neutralizar. É, por exemplo, pôr entre parênteses a questão de saber se e como tal pensamento ilustra universais cognitivos da espécie humana, explica-se por certos modos de transmissão social do conhecimento, exprime uma visão de mundo culturalmente particular, valida funcionalmente a distribuição do poder político, e outras tantas formas de

neutralização do pensamento alheio.” (Viveiros de Castro, 2002, p. 129).

Dessa forma, é preciso, sim, imaginar o pensamento alheio como um sistema de crenças, mas não nos termos psicologicistas (ou psiquiatristas) de crença enquanto ilusão, “nem nos termos logicistas do valor de verdade” (p. 130), pois não é o caso de considerar essas formulações como opiniões (objetos de crença e descrença), ou como um conjunto de proposições (passíveis de juízos de verdade). Se a crença, prossegue Viveiros de Castro valendo-se de Latour, é mais um efeito de relações entre os povos do que um estado mental (Latour, 2002), considerá-la enquanto uma opinião ou um conjunto de proposições torna a cultura “uma teratologia epistêmica: erro, ilusão, *loucura*, ideologia...” (Viveiros de Castro, 2002, p. 130, ênfase minha).

À psiquiatra e à psicóloga, abandonar a relação clínica enquanto eminentemente hermenêutica e interpretativa em benefício de uma relação ontológica e epistemologicamente simétrica é, portanto, virtualmente impossível. Abster-se de neutralizar o pensamento alheio e de versar sobre universais cognitivos da espécie humana é, em certa medida, estar realizando o mesmo erro de interpretação – cultural – que torna sua interlocutora produtora de um mundo que **não existe**, ou seja, que não atrela o pensamento simbólico aos índices e ícones unívocos do mundo (Kohn, 2015). Se a loucura é, como argumenta Kohn, o pensamento simbólico radicalmente descontinuado das bases indexicais que nossos corpos podem fornecer sobre o mundo externo, criando, assim, mentes radicalmente separadas das bases inequivocamente unívocas do mundo, levar esse pensamento simbólico a sério é não apenas desaconselhável para suas práticas clínicas, mas contraria a própria substância (desconfiança) da qual essa relação clínica entre paciente e psiquiatra/psicóloga é constituída, e isso a despeito das tentativas em contrário. É a relação que funda a doença e a saúde mental, e os mundos não compartilhados são a própria substância das alucinações – produzir um mundo eminentemente individual, intransitivo e incomunicável é, portanto, **loucura**: a incapacidade de produzir trocas simbólicas. Para que a psiquiatria e a psicologia existam, é necessário que, antes de mais nada, se creia que os mundos de suas pacientes **não existem** – ou não existem como elas próprias formulam –, para que então as patologias mentais possam existir.

Isso não quer dizer que psiquiatras e psicólogas duvidem da existência do sofrimento enquanto substrato produzido pelos estados de adoecimento mental. As vulnerabilidades produzem, sim, sofrimento: no entanto, é preciso reinterpretá-los para



descobrir o que realmente significam. Eram, portanto, falhas de adaptação cultural, estresse crônico e múltiplo derivado do processo migratório, estresse de aculturação, traumas (cicatrices psicológicas) derivados de situações extremas, racismo, entre outros modelos explicativos das psiquiatras e psicólogas erigidos enquanto explicações. O sofrimento teria, portanto, uma base estrutural universalizável codificada em manuais clínicos psicológicos e psiquiátricos, e uma simples tradução daria conta da tarefa de interpretá-lo da maneira correta, tirando a camada acessória das crenças culturais e das vulnerabilidades sociais do caminho: os idiomas de sofrimento apenas indicavam que abaixo dos estratos culturais repousava o sofrimento unívoco já acessado e descrito na literatura científica desses campos de conhecimento.

O modelo, portanto, não rompe com as lógicas que privilegiam a interpretação biomédica, ou “materialista ingênua”, apesar de suas tentativas expressas de fazê-lo - e o fato de existirem essas tentativas já garante uma descontinuação importante daquilo que se chama de “psiquiatria hegemônica”<sup>90</sup>. No entanto, a abordagem é ainda reducionista, e ainda não considera o símbolo e a dimensão simbólica como possuidores de agência, como mônadas, ou algo-em-si-mesmo: ele é sempre acessório ao mundo **real**. Essa abordagem falha em compreender o símbolo enquanto igualmente real, e enquanto produtor de realidades – enquanto o tropo, ou a metáfora obviada (Wagner, 2017). O pensamento, que não está no cérebro, está no símbolo e nas relações, pavimenta a construção dos mundos comuns possíveis. O lugar da agência da biologia, portanto, também não pode permanecer inarticulado: ele se inventa nas articulações postas em relação e no símbolo. Reconhecer a realidade das dimensões simbólicas e relacionais não é subsumi-las à biologia, mas levá-las em consideração em si mesmas, e de maneira dinâmica e processual. Dessa forma, os símbolos e relações estão sempre em disputa, em construção e reconstrução semântica, e é preciso um método de investigação etnográfico para acompanhá-los e levá-los a sério em si mesmos, e não enquanto uma camada acessória à realidade.

Assim sendo, a estereotipia sociocultural (os grandes blocos monolíticos sobre as culturas e sociedades das “alteridades radicais”, representadas por imigrantes-refugiadas e surdas) torna-se virtualmente intransponível por essas profissionais. Para psiquiatras e psicólogas acreditarem em suas pacientes (em especial, aquelas munidas

90 Aqui, cabe mais uma vez ressaltar que minhas interlocutoras psiquiatras alinham-se a uma corrente contra hegemônica da disciplina, sendo, portanto, também marginalizadas quando considerados os debates internos da psiquiatria. Nesse sentido, é importante ressaltar que a mera tentativa de erigir um serviço desse tipo já é algo revolucionário, e é preciso, portanto, frisar a importância da resistência interna que elas têm promovido.

de “cultura”), elas precisariam acreditar que elas próprias estariam erradas e deixar, então, de serem psiquiatras e psicólogas. Quem “acredita em tudo”, como colocou meu interlocutor psiquiatra, são as etnógrafas, e talvez por isso torna-se necessária sua presença nesses contextos, e não apenas uma ideia amputada de “transculturalidade”: a antropóloga não só pode, como deve, enquanto instrumento teórico-metodológico próprio da disciplina, **levar a sério** o que dizem suas interlocutoras. Sem a antropóloga atuando no interlúdio dessas relações clínicas críticas, o mais provável é que “cultura” torne-se apenas uma outra forma de estereotipia sociocultural bem-intencionada, um multiculturalismo consciencioso e complacente que, em último grau, crê-se dialogando enquanto apenas monologa – e surdas são sempre as outras. E, é bom que se diga, que mesmo a presença da antropóloga não garante o sucesso da empreitada, estando também ela passível de cometer reificações e saltos interpretativos errôneos, e por isso a reflexividade é imprescindível nesses contextos.

### *Modernas e pré-modernas: um passado anacrônico e insistente.*

É preciso que se diga, no entanto, que os serviços de saúde mental são os únicos a estarem promovendo tentativas de considerar essas conformações específicas do atendimento de populações com “vulnerabilidades linguísticas e culturais”, e isso se demonstra de maneira mais proeminente nas reuniões da Rede, como argumentei no capítulo anterior. Podemos articular algumas análises a partir desse dado. Primeiramente, é preciso que o SUS atente-se ao seu princípio da equidade: não há “competência cultural” na atenção básica em saúde. Não existem tradutoras em UBSs, ou quaisquer outros serviços de atenção primária e, quando existem, são situações pontuais. Várias imigrantes-refugiadas que conheci relataram suas dificuldades em acessar esses serviços, pois não entendem as orientações dadas nas consultas médicas, ao mesmo tempo em que não são entendidas - e as médicas não se esforçam para tal. Ademais, o dado também é significativo pois demonstra onde as profissionais acreditam ser mais pertinente a arquitetura de instrumentos de equalização linguístico-cultural: o lugar privilegiado desse esforço é a saúde mental e as ciências psi, as que tratam *as mentes* das imigrantes-refugiadas. Tratar seus corpos não exige das profissionais o mesmo esforço comunicativo que tratar suas mentes.

Outra questão a ser considerada é o povoamento dos espaços com profissionais não médicas das mais diversas especialidades, e, em especial, com imigrantes-

refugiadas, que atuariam, entre outras coisas, enquanto mediadoras privilegiadas nesses contextos. O modelo presente na saúde indígena é uma referência importante e análoga à experiência dos serviços “culturalmente competentes” para imigrantes-refugiadas, e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) são um exemplo de mediação de mão dupla importante (Novo, 2008). Digo de mão dupla pois a mediação não é (ou não deve ser) unidirecional, dedicada a quebrar a resistência das pacientes em relação aos métodos terapêuticos das modernas, mas a arrefecer as pulsões civilizatórias de um missionarismo científico próprio das lógicas normativas da saúde e da doença, dos saberes psi, e das modernas. É preciso que imigrantes-refugiadas, surdas, migrantes internas, negras e outras tantas estejam presentes não apenas como pacientes nesses contextos - e, sabemos bem, essa é também uma questão macropolítica transversal. Tornar esses contextos mais plurais e porosos às trocas e às diferenças, seja entre disciplinas divididas pelo projeto moderno, seja entre as muitas “alteridades radicais” presentes nesse cenário, poderia representar um ganho real. É preciso, no entanto, cuidado: há diferenças internas importantes entre esses grupos frequentemente tratados como monólitos indiferenciáveis, e não observar essas diferenças é estar sujeito à exacerbação das estereotípias socioculturais, o que certamente (re)produzirá violências.

A estereotípiia sociocultural aproxima-se das conformações apresentadas no primeiro capítulo desta dissertação: são as mentes pré-modernas as que crêem, pois a cultura é o estágio que precede o conhecimento. Se cultura é tida como uma crença (ou ilusão, ou invenção [no sentido de falsear a realidade], ou **alucinação**) que incide sobre a univocidade ontológica do mundo real, a divisão aqui realizada permite formular a ideia de que médicas e psicólogas – ou brancas, ocidentais, de classe média ou alta; em outras palavras, as Iguais ou as Mesmas – **sabem** pois não **crêem**, o que é um traço diacrítico da modernidade em relação às temporalidades outras: o abandono da crença em benefício do saber. As que têm cultura, portanto, não são todas as imigrantes-refugiadas, mas apenas aquelas localizadas em um ponto passado do tempo, e operam em uma temporalidade superada por aquelas que não crêem mais, pois já passaram a saber, transformando este em um serviço de “atualização” temporal, semelhante à ideia apresentada no primeiro capítulo. O choque expressado pelos residentes na apresentação dos casos em que as imigrantes-refugiadas articulavam explicações biomédicas para seus infortúnios advém da “descoberta” de imigrantes-refugiadas que, surpreendentemente, em sua concepção, coabitam o tempo presente junto a eles, são **modernas** como eles: não há crenças a serem inventariadas, pois eles depararam-se com

o que se considera ser inequivocamente um saber em contraposição às crenças exóticas, quase alucinatórias, imaginadas. Essa também é uma forma de operar mecanismos de produção de diferença, e de separar pessoas entre “mesmas” ou “iguais”, e “outras” ou “diferentes” - ou seja, de produzir hierarquias entre alteridades.

Por essa razão, se há uma profusão de serviços de saúde mental “culturalmente competentes” destinados a atender imigrantes-refugiadas é porque essas últimas são as que têm cultura (não todas, é verdade, apenas as pré-modernas), e eles também operam dentro da lógica do humanitarismo-dádiva (que espera, entre outras coisas, adesão e comprometimento ao tratamento) e coproduzem parte das hierarquias das alteridades fractais observadas em campo (quais conformações mentais são mais ou menos modernas). Em um dado momento, por exemplo, deparei-me com uma conversa entre psiquiatras que decidiam sobre o encaminhamento ou não de um paciente brasileiro ao Ambulatório. O Ambulatório, que desde que eu havia entrado procurava dar alta para brasileiras ouvintes, criando assim vagas para imigrantes-refugiadas e surdas, precisava que o número de pacientes referentes “à sua especialidade” (“pessoas em vulnerabilidade linguística e cultural”) fosse preponderante para justificar sua existência. Assim, ainda que um dos docentes tivesse força política para mantê-lo a despeito do grande número de pacientes brasileiras ouvintes, havia a constante pressão para que o ambulatório atendesse mais imigrantes-refugiadas e surdas do que brasileiras ouvintes, o que, durante minha passagem por lá, não ocorreu. Admitir novas brasileiras enquanto pacientes era, de certa forma, um contrassenso.

É aí que articula-se a coreografia ontológica das diferencialidades e das hierarquias da alteridade: o paciente brasileiro a ser encaminhado era descrito como “negro e nordestino”, migrante de Sergipe. O paciente explicava sua condição afirmando que era “golpeado todos os dias pelo racismo” e sofria “atentados psicológicos”, o que resultava em uma “grande gritaria mental”. Aqui, não é o caso de ponderar se a equipe levava ou não o sofrimento social (Kleinman, Das e Lock, 1997) causado pelo racismo a sério, pois certamente o faziam: condições de vulnerabilidade social, sob a perspectiva das psiquiatras com quem convivi, condicionavam determinadas estruturas do corpo deste paciente de forma a produzir sofrimento social corporificado, ou uma experiência epigenética do racismo<sup>91</sup>, e essas falhas

91 A alteração epigenética é definida pela “alteração herdável na expressão gênica, sem que haja mudança na sequência primária do DNA” (Oliveira, 2012, p. 22). São, então, mudanças no funcionamento de um ou mais genes causados por estímulos externos – um mecanismo, pode-se dizer, adaptativo e que hoje cogita-se ser transgeracional (Kellerman, 2011). Experimentar o racismo, ou passar por algum *trauma*, portanto, pode ter consequências epigenéticas passíveis de serem transmitidas às descendentes.

neurosinápticas eram o significado real do sofrimento, ainda que processos sociais estivessem determinado-o<sup>92</sup>, pois o símbolo (construção social do racismo) é acessório ao significado unívoco (e neutro) do sofrimento: as conformações neurosinápticas que o produzem ao ter que responder a um estímulo externo opressor. Um dos referenciais mobilizados para discutir seu caso foi, inclusive, Frantz Fanon, que tem extensa produção sobre o tema<sup>93</sup>. A questão a ser observada, no entanto, é que ele também representa uma “alteridade radical” em sua articulação com as médicas, psicólogas, antropólogas (que também não são neutras e estão imbricadas nessas relações assimétricas), fisioterapeutas, enfermeiras e outras participantes dessa coreografia.

Entre as que “têm cultura” – as pré-modernas que situam-se tão próximas da crença quanto distantes do saber – estão as brasileiras, contanto que sejam as negras, periféricas, migrantes internas, rurais, indígenas, e todas as coletividades que são simultaneamente vítimas da exclusão do projeto moderno e da tentativa de conversão a ele por meio de uma empreitada civilizatória de atualização temporal. Se as classes médi(c)as “ocidentais” (ou modernas) têm a pretensão de apresentar-se enquanto internacionalmente mais homogêneas entre si do que se considerarmos as similitudes possíveis entre elas e as populações socialmente excluídas em seus respectivos países (o que justifica a aplicação de um método de intervenção elaborado para contextos considerados modernos), a separação realizada entre as “com” e “sem cultura” é também uma separação entre as subjetividades do presente e aquelas de um passado anacrônico e insistente. As classes médi(c)as compartilham do projeto moderno, enquanto às outras relega-se o atraso da pré-modernidade, condicionado e determinado por expressões sociais que pertencem (ou deveriam pertencer) ao passado, como o racismo – e quantas vezes as frases iniciadas com “*em pleno 2019...*” são reproduzidas para demonstrar choque sobre episódios de racismo, machismo e homofobia, por exemplo, como se essas fossem expressões anacrônicas e impossíveis de existir no presente, embora existam e sejam reproduzidas mesmo por aquelas conscienciosas sobre os malefícios envolvidos na reprodução dessas estruturas de relações sociais. É nesse interlúdio – no encontro, ou no choque – que as culturas de pacientes – imigrantes-refugiadas e outras “alteridades radicais”, como surdas, negras, periféricas,

92 A existência do racismo, por exemplo, aparece frequentemente enquanto algo auto-evidente que, como argumentei no primeiro capítulo, não condiz a como as variáveis raça e racismo são articuladas na experiência das imigrantes-refugiadas do refúgio negro – descobre-se que é negra no Brasil pela comprovação empírica da divisão racial que articulamos aqui, da mesma forma que sírias descobrem-se brancas no Brasil.

93 O ambulatório passou a contar com uma cientista política especialista em Frantz Fanon em 2019 como convidada.

nordestinas, trabalhadoras rurais –, médicas e de todas as outras actantes envolvidas é inventada, e desvela-se o lugar (sociocultural?) de onde a psiquiatria social e cultural é pensada e praticada: o lugar que se crê moderna, habitante do presente, branca, urbana, detentora da prerrogativa de outorgar ou não o estatuto de sujeito a outrem e, acima de tudo, cujas interpretações sobre a realidade detém preponderância sobre às das pré-modernas.

## Conclusão

O macrocontinente da imigração-refúgio e dos mecanismos brasileiros de recepção e “integração/assimilação” reserva surpresas quando desdobramos suas fissuras fractais. Essa etnografia teve como intenção mergulhar nas produções de diferenças (e, em consequência, de identificações) observadas quando deixamos de considerar os arquétipos estereotípicos monolíticos de fácil assimilação. Não é um assunto simples, como não deve ser nossa abordagem: é preciso que os trabalhos que considerem a imigração-refúgio (ou quaisquer outros temas) sejam, sim, pedagógicos, mas sobretudo devem, ao menos, tentar filmografar – pois o termo “retratar” pode sugerir contextos estáticos, o que não é o caso – a complexidade dos sujeitos e dos contextos em que estão envolvidos. Fornecer respostas simples e palatáveis passíveis de rápida instrumentalização pode ser sedutor, mas é frequentemente o caminho mais curto para o mundo das soluções teoricamente fáceis e definitivas, onde pode-se, por exemplo, aventar absurdos como fechamento de fronteiras, punitivismos coletivos sobre populações inteiras, infantilização das mentes alheias e outros tantos e, infelizmente, tão comuns nos dias atuais.

Procurei demonstrar como as formulações raciais como elaboradas no Brasil incidem sobre os corpos e mentes de imigrantes-refugiadas. As conceituações acerca do *refúgio branco* e *refúgio negro* não devem ser consideradas como uma tentativa de binarizar as imigrantes-refugiadas em um colorismo pueril. Procurei demonstrar que não só a invenção dessas pessoas enquanto negras define as múltiplas (e relacionais) hierarquias das alteridades construídas desde aqui, mas também uma classificação que considera variáveis como o **tempo** e a **cultura**. Imigrantes-refugiadas são viajantes que deslocam-se indubitavelmente no espaço, mas é preciso que consideremo-nas também viajantes do tempo: ao chegarem a seu destino (ainda que provisório), que nesta descrição foi o Brasil, elas chegam também ao presente – ou ao que será seu futuro –, e os mecanismos de recepção funcionam também como mecanismos de atualização, de civilização, de catequização moderna. As que têm cultura – sinônimo de crença, mas no sentido de falseamento da realidade – precisam ser ensinadas para passarem a saber, trazendo-as, assim, ao que acredita-se haver de mais atual e moderno.

Essa intervenção de atualização pode funcionar sob a lógica humanitária e do humanitarianismo-dádiva, mas, em determinados momentos, ela fornece instrumental político às imigrantes-refugiadas para que elas questionem a forma como essas relações se dão e, por meio desse questionamento disruptivo, reformulem os termos em que ela



se dará a partir de então. É assim que imigrantes-refugiadas “descobrem que são negras no Brasil”, identificando na experimentação do racismo o traço delineador da experiência do “ser negra”, e o contato com questionamentos colocados desde aqui e com as disputas pungentes ao contexto brasileiro é fundamental para que isso ocorra. Descobre-se, como argumentou Fanon (2008), a negritude sob o olhar da branca: se a questão racial não era articulada dessa forma anteriormente, era por que ela surge no contato frequentemente racista entre brancas e negras, e que é permeado por variáveis que transcendem a univocidade da ideia clássica de raça, como a pressuposição de uma pré-modernidade inerente.

Também procurei argumentar que a expectativa de uma espécie de neutralidade política e axiológica tem acionamentos frequentes em diversos contextos. Espera-se a neutralidade política de imigrantes-refugiadas que não questionem as formas como as ajudas humanitárias e os projetos de integração se dão. Espera-se neutralidade das técnicas de intervenção em saúde mental acionadas enquanto parte do plano terapêutico – e isso significa também definir quais são as profissionais habilitadas a intervir, pois a suposta neutralidade da técnica surge como um argumento político incontornável. O objetivo da neutralidade é a dúvida e a desconfiança, bases fundantes das relações de humanitarianismo-dádiva: nunca se sabe se a interlocutora fala a verdade (fala-se frequentemente em “supostas filhas”, “suposto conflito”, e outros “supostos”), e isso é considerado a postura ideal para brasileiras nas relações estabelecidas em aeroportos, centros de acolhida, entrevistas de elegibilidade, consultas psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos, atendimentos de assistência social, entrevistas de emprego e outros tantos contextos.

Além disso, é preciso atentar-se para todo um campo de produção conceitual e teórico que embasa a atuação dos serviços de assistência a imigrantes-refugiadas, em geral, e serviços de saúde mental para essa população, em específico. O multiculturalismo complacente produz, por vezes, discursos problemáticos, com reprodução de estereótipos racistas e evolucionistas. Corre a ideia que a outorga da “capacidade de comunicar” e/ou da condição de sujeito é uma prerrogativa das modernas, e essa é uma relação evidentemente assimétrica. São as profissionais que aferem os “problemas de comunicação” - e repetidas vezes as imigrantes-refugiadas apontam, inutilmente, que esses problemas existem, mas são ignoradas –, e são também elas que podem dizer quem é ou não um sujeito por meio da atribuição de estruturas universalmente distribuídas, como a *psyché*. A pressuposição da existência de um

psiquismo inerente à humanidade, bem como das estruturas neurosinápticas, eminentemente neutras, é que aferem a condição de sujeito a essas pessoas sob essa perspectiva. Dessa forma, o instrumental construído para lidar com a *psyché* e as neurosinapses seria tão universal quanto as estruturas nas quais intervêm – e esse mecanismo retórico funda a universalidade dos métodos que dispensam qualquer equalização contextual caso não estejam diante daquelas que “têm cultura”. Assim, observa-se uma psicologização e uma psiquiatrização da experiência da imigração-refúgio: as interpretações oriundas de uma determinada psicopatologia e da nosologia da psiquiatria são privilegiadas, compondo, junto às abordagens jurídico-legais e assistenciais, as aproximações ao tema que ocorrem mais comumente. A saúde mental é lugar privilegiado para pensar os maquinários de produção de diferenças, pois tem voz normativa privilegiada na produção do imaginário acerca de quem esses sujeitos são (como suas mentes estão conformadas) e sobre o que é articulado para inventá-los diferentes de Nós.

A falha dos métodos, sob essa perspectiva, costuma dizer mais sobre as pacientes imigrantes-refugiadas (ou quaisquer outras que “tenham cultura”) do que sobre as idealizadoras da abordagem: se um método de intervenção sobre as mentes dessas pessoas falha, esse é um problema da alçada da cultura, ou da crença, e isso tem efeitos sobre o quanto essa paciente poderá ser considerada um sujeito. Aprende-se a cultura para aumentar a adesão por meio da melhoria dos problemas de comunicação – empecilho próprio da cultura. Na ausência da eficácia dos métodos de intervenção terapêutica de psicólogas e psiquiatras, não é a veracidade dos pressupostos epistemológicos e inferências ontológicas delas que são colocadas em cheque, mas as das imigrantes-refugiadas: falharam pois faltou adesão, faltou adesão pois ela crê ao invés de saber, ela crê ao invés de saber por ser pré-moderna, e pré-modernas são menos sujeito/indivíduo/*self* que as modernas – literalmente, pois nem “sabem” que o indivíduo “existe”, ou que têm “cultura”: há apenas um mundo internamente indiferenciado de explicações sobrenaturais. São as pré-modernas que são mais coletivistas, menos individuais, e isso influi obviamente sobre o fato de se ter ou não *psyché* – e sobre ser ou não um sujeito. O conhecimento moderno, neutro, esbarra na crença pré-moderna, matizada.

Isso não quer dizer que não haja uma diferença considerável dessas lógicas descritas em relação a correntes mais hegemônicas da psiquiatria e da psicologia. O questionamento acerca das neutralizações realizadas pelo serviço em benefício da

técnica neutra tem, ao menos, sido idealizado nesses contextos, e temas como os efeitos psicológicos e psiquiátricos do racismo, de condições degradantes de vida, das violências simbólicas e físicas sofridas e de outros temas frequentemente ignorados por essas disciplinas – pois dizem respeito às inassimiláveis – estão presentes na ideia de prática clínica advogada pela maioria das médicas e psicólogas presentes nesses contextos. O sofrimento dessas pessoas, por tanto tempo ignorado, deve, sim, entrar na pauta das profissionais de saúde mental, mas é preciso ter no horizonte a ideia de que mitigar o sofrimento social dessas pessoas não deve ser sinônimo de conformar neurosinapticamente os indivíduos a suportarem esses “sofrimentos sociais”. Endereçar o sofrimento dessas pessoas deve envolver, sobretudo, a renúncia à neutralidade axiológica da clínica. Em outras palavras, racismo, xenofobia, pobreza, relações abusivas de trabalho e outras questões sociais que causam sofrimento não se tratam com medicação psicotrópica ou psicoterapia individual, embora os sofrimentos derivados dessas experiências devam ser observados com a devida atenção: o índice de suicídios entre indígenas e negras<sup>94</sup>, por exemplo, é frequentemente mais alto do que entre as brancas (Souza e Júnior, 2017).

Os serviços de saúde mental são os únicos que estão promovendo tentativas de considerar essas conformações específicas do atendimento de populações com “vulnerabilidades linguísticas e culturais”. Os corpos prescindem de equalização. Não há “competência cultural” nos serviços de atenção básica, não havendo, assim, respeito ao princípio da equidade do SUS: não existe a preocupação sistematizada de oferecer tradutoras em UBSs, ou quaisquer outros serviços de atenção primária e, quando ela existe, é muitíssimo contextual: uma médica e/ou enfermeira que fale inglês, francês ou espanhol, por exemplo. Esse dado é agravado pelo fato de que é na atenção primária à saúde que desemboca a demanda mais considerável de imigrantes-refugiadas, e onde elas poderiam realizar acompanhamento de prevenção em saúde para vários infortúnios. É também nesses serviços em que a maior parte das atendidas serão as inassimiláveis, entre brasileiras e imigrantes-refugiadas, e “para brasileira também é assim” (mas não para todas). Ademais, o dado também é significativo, pois demonstra onde as profissionais acreditam ser mais pertinente a arquitetura de instrumentos de equalização linguístico-cultural: o lugar privilegiado desse esforço é a saúde mental e os saberes psi, as que tratam as mentes das imigrantes-refugiadas. Tratar corpos não exige das profissionais o mesmo esforço comunicativo que tratar mentes: corpos são aculturais, e

94 “Índice de suicídio entre jovens e adolescentes negros cresce e é 45% maior do que entre brancos”, disponível em . Acesso em 27/05/2019.

não necessitam de esforço de equalização - ainda que as partes dessa relação articulada entre médica e paciente não entendam absolutamente nada do que a outra diz.

Por fim, espero ter conseguido filmografar a coreografia ontológica produzida pelas actantes em campo. Essa obviamente não é uma etnografia que exaure as discussões sobre a imigração-refúgio e os serviços de assistência humanitária e de saúde mental destinado a atendê-las, mas procura apontar caminhos para os debates vindouros. Esse trabalho, uma etnografia do encontro, do choque, do interlúdio, do intervalo entre ser e não ser qualquer coisa (ou ser algo diferente do que se foi ou é), tem por virtude não dar respostas definitivas, e tentar dar um passo atrás a respeito de entendimentos tão cristalizados sobre os temas aqui abordados. Como os contextos pesquisados, as formulações aqui presentes não têm escolha sobre serem ou não transitivas, pois definitivamente são. A contribuição, entretanto, pretende-se que seja justamente essa: demonstrar que, em movimento (ou em coreografia), os processos ganham outra profundidade, e é possível apreender nuances até então ignoradas.

## Referências bibliográficas

- ACHÓTEGUI, Joseba. *Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*. Revista Norte de Salud Mental de La Sociedad Española de Neuropsiquiatria, Madrid, v. 5, n. 21, p. 39-52, 2004.
- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. *Sejamos todos feministas*. Companhia das Letras, 1ª ed., 2015.
- ALMEIDA, Alexandra Gomes de. Tese de doutorado em Antropologia Social - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, no prelo.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Ed. Artmed, 2014.
- ARAÚJO, Anna Bárbara. *Gênero no mundo do trabalho*. Cadernos Pagu, (51), 2017.
- BATESON, Gregory. *Naven: um exame dos problemas sugeridos por um retrato compósito da cultura de uma tribo da Nova Guiné, desenhado a partir de três perspectivas*. EdUSP, 1ª ed., 1ª reimpr., 2018.
- \_\_\_\_\_. *The cybernetics of self: a theory of alcoholism*. Psychiatry, vol. 34, n. 1, 1971.
- \_\_\_\_\_. *Steps to an ecology of mind*. Reprint. Originally published: San Francisco: Chandler Pub. Co., 1972.
- BENEDICT, Ruth. *Padrões de cultura*. Editora Vozes, 1ª ed., 2013.
- BERSANI, Ana Elisa. *Chace lavi Deyò: uma reflexão sobre a categoria refúgio a partir da diáspora haitiana no Brasil*. Cadernos de Campo, n. 25, p. 383-399, 2016.
- BIALYSTOK, Ellen; CRAIK, Fergus I. M.; LUK, Gigi. *Bilingualism: consequences for mind and brain*. Trends Cogn. Sci., 16 (4), p. 240-250, 2012.
- BONET, Octavio. *Antropologia na e da saúde: ética, relações de poder e desafios*. In CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa [orgs.]. *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Sobrescrita, 2018.
- BRANCO PEREIRA, Alexandre. *“Mas é só você que vê?”: A percepção social da loucura e o processo de reconstrução do universo simbólico do sujeito diagnosticado*. 70f. Monografia de graduação em Ciências Sociais - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- \_\_\_\_\_. *O refúgio do trauma: notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados*. REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 26, n. 53, p. 79-97, ago. 2018.
- BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.
- CABOT, Heath. *The social aesthetics of eligibility: NGO aid and indeterminacy in the Greek asylum process*. American Ethnologist, v. 40, n. 3, p. 452-466. August, 2013.
- CALLON, Michel; LATOUR, Bruno. *Don't throw the baby out with the Bath school! A reply to Collins and Yearley*. In: PICKERING, Andrew [org.]. *Science as practice and culture*. University of Chicago Press, 1992.
- CAMPOY, Leonardo Carbonieri. *Aproximando mundos: pensando etnograficamente a aplicação da antropologia na saúde mental infantil*. Teoria e Cultura, v. 11, n. 3, 2017a.
- \_\_\_\_\_. *Autismo em ação: reflexões etnográficas, sem aprovação de comitês de ética sobre a clínica e o cuidado de crianças autistas*. Política e Trabalho, Revista de Ciências Sociais, n. 42, p. 155-174, 2015.
- \_\_\_\_\_. *Sociedade do autismo, etnografia de vida*. 218f. Tese de doutorado em Ciências Humanas - Antropologia Cultural - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017b.

- CARDOSO, Marina. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. EdUFSCar, 1999.
- \_\_\_\_\_. *The “volunteers” from the north: the social construction of mental disorder among internal migrants in Brazil*. Tese de doutorado em Antropologia - University College of London, Londres, 1994.
- CARSTEN, Janet. *Culture of relatedness: new approaches to the study of kinship*. Cambridge University Press, 2000.
- CARVALHO, Luciana de Andrade. *Cuidados em saúde mental para imigrantes e refugiados: reflexões a partir da experiência em um centro terciário*. Trabalho apresentado na XI Reunião de Antropologia do Mercosul, no Grupo de Trabalho nº95: “Antropología, movilidad y salud”. Montevideo, Uruguai, 2015.
- \_\_\_\_\_; CRUZ, Janaína A.; SAMPAIO, Leonardo A. N. P. C.; BRANCO PEREIRA, Alexandre. *Serviços de saúde mental para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo: contribuições para o debate*. TRAVESSIA, Revista do Migrante, Ano XXXI, nº 84, 2018.
- CAVALCANTI, Leonardo; SIMÕES, Gustavo Frota. *Assimilacionismo x multiculturalismo: reflexões teóricas sobre os modelos de recepção dos imigrantes*. Esferas, ano 2, n. 3, julho a dezembro de 2013.
- CIELLO, Fernando José. *Saúde mental, loucura e saberes: reforma psiquiátrica, interações e identidades em uma clínica-dia*. 167f. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal do Paraná, Curitiba., 2013.
- CNIG – Conselho Nacional de Imigração. *Resolução Normativa do Conselho Nacional de Imigração nº. 97, de 12 de janeiro de 2012*. Dispõe sobre a concessão de visto permanente previsto no art. 16 da Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980, a nacionais do Haiti. Brasília, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Resolução Normativa do Conselho Nacional de Imigração nº. 126, de 02 de março de 2017*. Dispõe sobre a concessão de visto permanente a nacional de país fronteiriço. Brasília, 2017.
- COGO, Denise; SILVA, Terezinha. *Entre a fuga e a invasão: alteridade e cidadania brasileira da imigração haitiana na mídia brasileira*. Revista Famecos, v. 23, n. 1, 2016.
- DANTAS, Sylvia Duarte [org.]. *Diálogos interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais*. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Saúde mental, interculturalidade e imigração*. Revista USP, v. 114, pp. 55-70, 2017.
- DEBIAGGI, Sylvia Dantas; PAIVA, Geraldo José [orgs.]. *Psicologia, E/Imigração e Cultura*. São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo, 2004.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é a filosofia?* 3ª edição, Editora 34, 2010.
- DESAI, Geetha; CHATUVERDI, Santosh K. *Idioms of distress*. Journal of Neurosciences in Rural Practice, 8(1), p. 94-97, 2017.
- DESCOLA, Philippe. *As duas naturezas de Lévi-Strauss*. Sociologia e Antropologia, vol. 01.02, pp. 35-51, 2011.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 1986.
- DURKHEIM, Émile. *Representações individuais e representações coletivas*. In: Sociologia e Filosofia. Forense Universitária, 2ª ed., 1970.
- FASSIN, Didier. *The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in french public debate*. Anthropology Today, vol. 17, n. 1, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Another politics of life is possible*. Theory, Culture & Society, 26 (5), p. 44-60, 2009.



- \_\_\_\_\_ ; RECHTMAN, Richard. *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. Princeton University Press, 2009.
- \_\_\_\_\_ ; D'HALLUIN, Estelle. *The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers*. *American Anthropologist*, v. 107, n. 4, p. 597-608, 2005.
- \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_. *Critical evidence: the politics of trauma in french asylum policies*. *Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 35 (3), p. 300-329, 2007.
- FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Trad. de Renato da Silveira. - Salvador : EDUFBA, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Os condenados da terra*. Editora Civilização Brasileira, Coleção Perspectivas do Homem, 1968.
- FERREIRA, Jorge Flávio. *Retificando a psiquiatria transcultural: novas odisséias nas entrelinhas do Estado, da saúde e da imigração em Espanha e na União Européia*. *Revista de Antropologia da UFSCar*, v. 4, n. 2, p. 95-106, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Negociar a cura: enquadramentos da doença em uma clínica psiquiátrica transcultural - um estudo de caso*. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v. 3, n. 1, p. 145-170, 2011.
- FILHO, Mauricio Siqueira. *O centro, o círculo e o vínculo: sobre Tobie Nathan e as técnicas de influência*. 102f. Dissertação de mestrado em Antropologia Social - Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos - EdUFSCar, 2018.
- GALINA, Vivian Fadlo; SILVA, Tatiane Barbosa Bispo da; HAYDU, Marcelo; MARTIN, Denise, 2017. *A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos*. *Interface (Botucatu)* [online], vol. 21, n. 61, p. 297-308, 2017.
- GALLO, Fernanda Bianca Gonçalves. *Refugiados congolese em São Paulo: sentidos e significados na Igreja Boa Nova Mensagem*. 144f. Dissertação de mestrado em Estudos Étnicos e Africanos - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- GEERTZ, Clifford. *The interpretation of cultures*. Basic Books Inc. Publishers, 1973.
- HAMID, Sônia Cristina. *(Des)integrando refugiados: os processos do reassentamento de palestinos no Brasil*. 327f. Tese de doutorado em Antropologia Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- HAYDU, Marcelo. *Refugiados congolese na cidade de São Paulo: processo migratório e itinerários terapêuticos*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.
- HIRATA, Helena. *O trabalho de cuidado: comparando Brasil, França e Japão*. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 13, n. 24, pp. 53-64, 2016.
- INGOLD, Tim. *Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais*. *Horizontes Antropológicos*, v. 18, n. 37, 2012.
- JAPPE, Anselm. *Violência, mas para quê?* Trad. Robson J. F. de Oliveira, Hedra, 2013.
- KELLERMAN, Natan P. F. *Epigenetic transmission of holocaust trauma: can nightmares be inherited*. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, vol. 50, n. 1, 2013.
- KIRSCH, Stuart. *Experiments in engaged anthropology*. Collaborative Anthropologies, University of Nebraska Press, vol. 3, pp. 69-80, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Engaged anthropology: politics beyond the text*. University of California Press, 1ª ed., 2018.
- KLEINMAN, Arthur. *“Everything that really matters”: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world*. *Harvard Theological Review*, vol. 90, n. 3, pp. 315-336, 1997



\_\_\_\_\_. *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. Social Sciences and Medicine, vol. 12, pp. 85-93, 1978.

\_\_\_\_\_. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Basic Books, 1988.

\_\_\_\_\_; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. *Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research*. Focus, vol. IV, n. 1, 2006.

\_\_\_\_\_; DAS, Veena; LOCK, Margaret M.. *Social suffering*. University of California Press, 1ª ed., 1997.

KNOBLOCH, Felícia. *Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e na saúde mental*. Psicologia USP, vol. 26, n. 2, may/aug. 2015.

KOHN, Eduardo. *How forests think: toward an anthropology beyond the human*. Berkeley: University of California Press, 2013.

KÓVACS, Ágnes Melinda; MEHLER, Jacques. *Cognitive gains in 7-month-old bilingual infants*. PNAS, 106 (16), pp. 6556-6560, 2009.

KIRMAYER, Laurence. *Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization*. Transcultural Psychiatry, vol. 43, n. 1, pp. 126-144, 2006.

\_\_\_\_\_; GROLEAU, Danielle; LOOPER, Karl J.; DAO, Melissa Dominicé. *Explaining medical unexplainable symptoms*. The Canadian Journal of Psychiatry, v. 49, n. 10, 2004.

\_\_\_\_\_; BRASS, Gregory; TAIT, Caroline. *The mental health of aboriginal peoples: transformations of identity and community*. The Canadian Journal of Psychiatry, vol. 45, pp. 607-616, 2000a.

\_\_\_\_\_; MINAS, Harry. *The future of cultural psychiatry: an international perspective*. The Canadian Journal of Psychiatry, vol. 45, pp. 438-446, 2000b.

LANGDON, Esther Jean. "A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica". Palestra oferecida na Conferência "30 Anos Xingu", Escola Paulista de Medicina, São Paulo. Disponível em - [http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A\\_Doenca\\_como\\_Experiencia.htm#ftn1](http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm#ftn1), 1995.

\_\_\_\_\_; WIJK, Flávio Braune. *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18 (3), 2010.

LAPLANTINE, François. *Aprender etnopsiquiatria*. Ed. Brasiliense, 1ª ed., 1ª reimpr., 1998.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Editora 34, 3ª edição, 1ª reimpressão, 2016.

\_\_\_\_\_. *Ethnography of a "high-tech" case: about Aramis*. In: LEMMONIER, Pierre [org.]. *Technological choices: transformation in material cultures since the Neolithic*. Routledge, 2006.

\_\_\_\_\_. *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*. EDUSC, 2002.

\_\_\_\_\_. *Whose cosmos? Whose politics? Comments on the peace terms of Ulrich Beck*. Common Knowledge, vol. 10, n. 3, 2004.

LEIBNIZ, Gottfried Wilhelm. *Monadologia*. Ed. Colibri, 1ª ed., 2017.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *O homem nu. Mitológicas IV*. Trad. Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo, Cosac Naify, 2011.

\_\_\_\_\_. *Antropologia estrutural*. 1ª ed, Cosac Naify Portátil, 2012a.

\_\_\_\_\_. *A antropologia diante dos problemas do mundo moderno*. Editora Schwarcz S. A., 2012b.

\_\_\_\_\_. *História de lince*. Trad. Beatriz Perrone-Moisés. Companhia das Letras, 1993.

- LIMA, Maria Celina Peixoto; FONTENELE, Thalita Castello Branco; GASPARD, Jean-Luc. *O sujeito autista como figura da segregação*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, vol. 70, n. 3, pp. 113-127, 2018.
- LOPEZ, Gabriel Angel Jimenez. *Migrações humanitárias ou migrações econômicas na fronteira Brasil/Colômbia: reflexões sobre deslocados e conflitos*. Tomo, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Sergipe, n. 26, jan/jun 2015.
- MACHADO, Igor José de Renó. *Sobre os processos de exotização da imigração internacional brasileira*. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 51, n. 2, 2008
- \_\_\_\_\_. *Parentesco e diferencialidades: alternativas à identidade e às fronteiras étnicas no estudo das migrações*. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (Org.). *Desafios da antropologia brasileira*. 1ed. Brasília:ABA, pp. 153-173, 2013.
- \_\_\_\_\_. *Brazilian immigration and the reconstruction of racial hierarchies of the portuguese empire*. Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology, v. 1, n. 1 / 2. January to December 2004.
- MAGALHÃES, Luís Felipe Aires; BÓGUS, Lúcia Maria Machado; BAENINGER, Rosana. *Migrantes haitianos e bolivianos na cidade de São Paulo: transformações econômicas e territorialidades migrantes*. REMHU, Rev. Interdiscip. Mob. Hum.; vol. 26, n. 52, Jan./Apr. 2018.
- MAGNANI, José Guilherme Cantor. *“Vai ter música?”: para uma antropologia das festas juninas de surdos na cidade de São Paulo*. Ponto Urbe, n. 1, 2007.
- \_\_\_\_\_. *Etnografia como prática e experiência*. Horizontes Antropológicos, ano 15, n. 32, pp. 129-156, jul./dez. 2009.
- MALKKI, Liisa H. *Refugees and exile: from “refugee studies” to the national order of things*. Annual Review of Anthropology, vol. 24, pp. 495-523, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Speechless emissaries: refugees, humanitarianism and dehistoricization*. Cultural Anthropology, vol. 11, n. 3, pp. 377-404, 1996.
- MARCON, Claudete; LUNA, Ivânia Jann; LISBÔA, Márcia Lucrécia. *O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios*. Psicologia, Ciência e Profissão, 24(1), pp. 28-35, 2004
- MARCUS, George. *Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography*. Annual Review of Anthropology, 24, pp. 95-117, 1995.
- MARRAS, Stelio. *Por uma antropologia do entre: reflexões sobre o novo e urgente descentramento do humano*. Revista do Instituto de Estudos Brasileiros, n. 69, 2018.
- MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. *Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural*. Saúde e Sociedade, 27(1), pp. 26-36, Jan.-Mar. 2018.
- MARTINS-BORGES, Lucienne. *Migração involuntária como fator de risco à saúde mental*. Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (REHMU), vol. 21, n. 40, pp. 151-162, 2013.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- MEAD, Margaret; BENEDICT, Ruth; SAPIR, Edward. *Cultura e personalidade*. Organização: Celso Castro. Ed. Zahar, 2013.
- MEJÍA, Rafael Ignacio Estrada. *Desterritorialização e resistências: viajantes forçados colombianos em São Paulo e Barcelona*. 354 f.. Tese de doutorado em Antropologia Social – Universidade de Campinas, Campinas, 2010.
- MINER, Horace. *Ritos corporais entre os nacirema*. Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/364413/mod\\_resource/content/0/Nacirema.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/364413/mod_resource/content/0/Nacirema.pdf) – Acesso em 16/01/2019.
- MORO, Marie-Rose. *Psicoterapia transcultural da migração*. Psicologia USP, vol. 26, n. 2, pp. 186-192, 2015.

- \_\_\_\_\_. *La clínica transcultural tiene necesidad del grupo para sanar*. Artigo disponibilizado às inscricas do evento “Psicanálise e Antropologia” promovido pela Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2018.
- NASCIMENTO, Abdias do. *O genocídio do negro brasileiro – processo de um racismo mascarado*. Paz e Terra, 1978.
- NATHAN, Tobie. *Georges Devereux and clinical ethnopsychiatry*. Tradução por Catherine Grandsard. Disponível em <http://www.ethnopsychiatrie.net/GDengl.htm>, acesso em 31/05/2019.
- \_\_\_\_\_; STENGERS, Isabelle. *Médecins et sorciers. Les empêcheurs de penser en rond*, 1999.
- NAVIA, Angela Facundo. *Êxodos e refúgios. Colombianos no sul e sudeste do Brasil*. Tese de doutorado em Antropologia Social – Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- NOVO, Marina Pereira. *Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu*. 161f. Dissertação de mestrado em Antropologia Social - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.
- OLIVEIRA, Jaqueline Carvalho de. *Epigenética e doenças humanas*. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 33 (1), pp. 21-34, 2012.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. *Monitoramento do fluxo migratório venezuelano com ênfase em crianças e adolescentes*. Brasília, 2018
- ORTEGA, Francisco. *Deficiência, autismo e neurodiversidade*. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), pp. 67-77, 2009.
- ORWELL, George. *A revolução dos bichos*. Tradução Heitor Aquino Ferreira, Biblioteca Folha, 2003.
- PAES, Vanessa Generoso. *Fronteiras políticas em movimento – dilemas e tendências de novos fluxos migratórios em São Paulo: trabalho, gênero e direitos*. 487f. Tese de doutorado em História Social – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- PATELLI, Mariana Burckarte. *Neurociência, bilinguismo e o processo de aprendizagem na primeira infância*. 32f. Monografia de graduação em Pedagogia - Universidade de Campinas, Campinas, 2015.
- PAULA CARVALHO, José Carlos de. *Georges Devereux, o projeto etnopsiquiátrico e algumas ilações educativo-organizacionais*. Revista da Faculdade de Educação, 14(1), pp. 23-34, 1988.
- PINTO, Renato Müller. *Refúgio e saúde mental numa perspectiva antropológica*. 110f. Dissertação de mestrado em Ciências - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.
- PUSSETTI, Chiara. *Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal*, Saúde e Sociedade, v. 19, n. 1, p. 94-113, São Paulo, 2010.
- \_\_\_\_\_. “O silêncio dos inocentes”. *Os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo*. Interface (Botucatu), vol. 21, n. 61, Apr./June 2017.
- \_\_\_\_\_. (Coord.); FERREIRA, Júlio Flávio; LECHNER, Elsa; SANTINHO, Cristina. *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 2009.
- REDE NOSSA SÃO PAULO. *Mapa da desigualdade*, 2017.
- REGO, Francisco Cleiton Vieira Silva; BARROS, Tatiane Vieira. *Antropólogos/as e etnografias diante de processos de adoecimento e medicalização no Brasil – por uma reflexão prática em defesa do SUS*. Equatorial, v. 4, n. 7, jul/dez 2017.
- REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; LUÍS, Margarita Antonia Villar. *Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica*. REME - Revista Mineira de Enfermagem, 10 (1), p. 61-68, Jan/Mar, 2006.
- ROSA, Miriam Debieux; BERTA, Sandra Letícia; CARIGNATO, Taeco Toma;

- ALENCAR, Sandra. *A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 12, n. 3, pp. 497-511, 2009.
- RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A.. *Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 9, n. 3, 2006.
- SAID, Edward. *A questão da Palestina*. Trad. Sonia Midori. - São Paulo: Ed. Unesp, 2012.
- SANTANA, Carmen Lúcia A. de; LOTUFO-NETO, Francisto. *Psicodinâmica e cultura: a implantação de um programa de saúde mental para refugiados em São Paulo*. In: Debiaggi, Sylvia Dantas; Paiva, Geraldo José [orgs.]. Psicologia, E/Imigração e Cultura. São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo, 2004.
- SÃO PAULO (Estado). *Lei Estadual nº 16.685, de 20 de março de 2018*. Dispõe sobre a isenção de pagamento de taxas de revalidação de diplomas de graduação, mestrado e doutorado para os refugiados do Estado. São Paulo, 2018.
- SARTORI, Leczy. *O manejo da cidadania e a democracia do cuidado*. Campos, 12(1), pp. 85-101, 2011.
- SARTI, Cynthia. *Corpo e doença no trânsito dos saberes*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 25, n. 74, 2010.
- SCHNEIDER, David. *A critique of the study of kinship*. The University of Michigan Press, 1984.
- SEYFERTH, Giralda. *Imigrantes, estrangeiros: a trajetória de uma categoria incômoda no campo político*. Trabalho apresentado na Mesa Redonda “Imigrantes e Emigrantes: as transformações das relações do Estado Brasileiro com a Migração”. 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho de 2008, Porto Seguro, Brasil.
- \_\_\_\_\_. *A dimensão cultural da imigração*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vo. 26, n. 77, 2011.
- SILVA, Sheila Alice Gomes da. *Negros em Guaianases: cultura e memória*. 146 f.. Dissertação de mestrado em História Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- SOARES, Marcos Hirata. *Conhecimentos básicos no gerenciamento de casos de saúde mental*. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, vol. 5, n. 2, 2009.
- SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; JÚNIOR, Ricardo Tadeu da Silva Onety. *Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não-indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 26 (4), pp. 887-893, 2017.
- STENGERS, Isabelle. *An ecology of practices*. Cultural Studies Review, vol. 11, n. 1, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Cosmopolitics I*. University of Minnesota Press, tradução para o inglês de Robert Bononno, 2011a.
- \_\_\_\_\_. *Cosmopolitics II*. University of Minnesota Press, tradução para o inglês de Robert Bononno, 2011b.
- STRATHERN, Marilyn. *No limite de uma certa linguagem: entrevista concedida a Eduardo Viveiros de Castro e Carlos Fausto*. Mana, vol. 5, n. 2, 1999.
- \_\_\_\_\_. *O efeito etnográfico*. Ubu Editora, 2017.
- TARDE, Gabriel. *Monadologia e sociologia: e outros ensaios*. Ed. Unesp. Organizado por Eduardo Viana Vargas; trad. Paulo Neves – São Paulo, 2018.
- TARGA, Leonardo Vieira. *Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde*. 236f. Dissertação de mestrado em Antropologia Social - Universidade Federal



- do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- TRAJANO FILHO, Wilson. *A África e o Movimento: reflexões sobre os usos e abusos dos fluxos*. In DIAS, Juliana Braz; LOBO, Andréa de Souza [orgs.]. *África em Movimento*. Brasília: ABA Publicações, 2012.
- THOMPSON, Charis. *Making parents. The ontological choreography of reproductive technology*. MIT Press, 2005.
- THOMPSON, Rachel H.; COTNOIR-BICHELMAN, Nicole M.; MCKERCHAR, Paige M.; TATE, Trista L.; DANCHO, Kelly A. *Enhancing early communication through infant sign training*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 40, n. 1, pp. 15-23, 2007.
- VASCONCELOS, Iana dos Santos. *Receber, enviar e compartilhar: aspectos da migração venezuelana em Boa Vista, Brasil*. REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 26, n. 53, p. 135-151, ago. 2018
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *Metafísicas canibais. Elementos para uma antropologia pós-estrutural*. Ubu Editora, n-1 edições, 2018.
- \_\_\_\_\_. *O nativo relativo*. *Mana*, vol. 8, n. 1, pp. 113-148, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio*. *Mana*, v. 2, n. 2, pp. 115-144, 1996.
- WAGNER, Roy. *A invenção da Cultura*. São Paulo, Cosac Naify, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Símbolos que representam a si mesmos*. Editora Unesp, traduzido por Priscila Santos da Costa, 2017.
- \_\_\_\_\_. *“O Apache era meu reverso”*. *Entrevista com Roy Wagner realizada por Florencia Ferrari, Iracema Dulley, Jamille Pinheiro, Luísa Valentini, Renato Sztutman e Stélio Marras em São Paulo, 17 de agosto de 2011*. *Revista de Antropologia*, v. 54, n. 2, p. 955-978, 2011.
- ZELAYA, Silvia. *A mobilização de refugiados e suas linguagens. Notas etnográficas sobre um campo de interlocução em transformação*. *Cadernos de Campo*, n. 25, p. 400-420, 2016.
- \_\_\_\_\_. *Imigrantes e refugiados na cidade: reconhecimento pelo sofrimento e construção de “vítimas”*. PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.25.2, p. 90-111, 2018.

[ANEXO 1]

**ROTEIRO DE PÓS CONSULTA [PSICOLOGIA]**

Durante as triagens, os psicólogos deverão fazer o acolhimento inicial do paciente e a orientação de funcionamento do serviço.

**1. Orientações gerais a respeito do Ambulatório para o paciente:**

- a. Ao chegar, entregue a folha de retorno para a enfermagem e aguarde atendimento.
- b. Enquanto aguarda o atendimento, participe do grupo de **Sala de Espera** (reunião de acolhimento dos pacientes acompanhados pelo Ambulatório, que acontece todas as quartas-feiras na própria sala de espera, dirigida pelos psicólogos da equipe.). Há intérprete de língua de sinais disponível para realizar a interpretação simultânea para pacientes surdos.
- c. Surdos e imigrantes: nossos intérpretes são profissionais treinados para o atendimento no contexto clínico e hospitalar, garantimos discrição e sigilo das informações tratadas em consulta.
- d. Você está em um Hospital Escola, que significa que você será atendido por internos (alunos) do curso de medicina da XXXXXX, e esses profissionais podem mudar no decorrer do tratamento, todavia, haverá **médicos supervisores fixos** que acompanharão seu caso.
  - i. Conheça seu médico residente pelo nome, ele lhe ajudará a tirar dúvidas e resolver quaisquer problemas que venham a surgir durante seu seguimento.
  - ii. O médico irá atendê-lo, levar o caso para discussão com o supervisor e, em seguida, lhe trará uma devolutiva.
  - iii. Sua medicação poderá ser retirada na farmácia do Instituto de Psiquiatria ou, eventualmente, nas unidades da Dose Certa, UBS ou CAPS.

**2. Faltas**

- a. Evite faltas e **atrasos**. O Hospital tem uma lista de espera para atendimentos.
- b. Um mês de ausência ao tratamento configura abandono.
- c. Você receberá medicação para fazer uso até a data de retorno. Se faltar à consulta, venha na quarta-feira seguinte, às 8:00h, para renovar suas receitas e retirar sua nova medicação.

**3. Intercorrências e casos de urgência**

- a. Caso você se sinta mal, venha numa quarta-feira, às 8:00h, e poderemos fazer um encaixe. Se a ocorrência for grave e urgente, procure um

Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico na lista que segue anexado.

#### **4. Processo terapêutico**

- a. Você está num Hospital de atendimento psiquiátrico para que seu caso receba atendimento especializado. Após a estabilização dos sintomas, você continuará sendo acompanhado por um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou uma UBS (Unidade Básica de Saúde) próxima de sua casa.

#### **5. Apresentação do espaço**

- a. Enfermagem
- b. Grupo de sala de espera
- c. Farmácia

#### **6. Anamnese complementar: aferição de demanda de psicoterapia**

- a. Pacientes Brasileiros Ouvintes e Imigrantes
  - i. avaliação de repertório
  - ii. experiência prévia com psicoterapia
  - iii. medicação já utilizada e em uso.
- b. Pacientes surdos:
  - i. avaliação de repertório psicológico e verbal
  - ii. experiência prévia com psicoterapia
  - iii. medicação já utilizada e em uso.

##### **6.1. Sugestão de roteiro para avaliação de demanda psicoterápica.**

- Queixa
  - Quando começou?
  - Existem outras queixas?
  - Quais atitudes frente às queixas?
- Desenvolvimento
  - Sono
  - Alimentação
  - Contexto familiar
    - Com quem mora
    - Relações familiares
  - [surdos] Comunicação
    - Começou a aprender Libras com qual idade?
    - Onde aprendeu Libras?
    - Com quem aprendeu Libras?
    - Tentativa de oralização ou outros mecanismos de reabilitação (IC)



- Família estimulava o uso da língua portuguesa/ língua de sinais?
- Se comunica bem em casa?
- Frequentou fonoterapia?
  
- Escolaridade
  - Frequentou a escola?
  - **[surdos]** Bilíngue, inclusiva ou regular?
  - Socialização da criança na escola
- Sexualidade (se houver demanda)
- Sociabilidade
  - Tem amigos?
  - Tipos de vínculo
  - Atitudes agressivas
  - Estabilidade de humor
- Doenças
  - Quais já teve ou tem?
  - Doenças hereditárias? Câncer / tumores, cirurgia, esclerose, esquizofrenia.
  - Familiares e drogas? Bebidas? Jogo? Internações?

## [ANEXO 2]

### **Instrumento Transdisciplinar Acolhimento/Pós-consulta**

#### **1. Orientações gerais a respeito do Ambulatório para o paciente:**

- a. Ao chegar, entregue a folha de retorno para a enfermagem e aguarde atendimento.
- b. Enquanto aguarda o atendimento, participe do grupo de **Sala de Espera** (reunião de acolhimento dos pacientes acompanhados pelo Ambulatório, que acontece todas as quartas-feiras na própria sala de espera, dirigida pelos psicólogos da equipe). Há intérprete de língua de sinais disponível para realizar a interpretação simultânea para pacientes surdos.
- c. Surdos e imigrantes: nossos intérpretes são profissionais treinados para o atendimento no contexto clínico e hospitalar, garantimos discricção e sigilo das informações tratadas em consulta.
- d. Você está em um Hospital Escola, que significa que você será atendido por internos (alunos) do curso de medicina da XXXXXX (adaptado), e esses profissionais podem mudar no decorrer do tratamento. Todavia, haverá **gestores de caso e médicos supervisores fixos** que acompanharão seu caso.
  - i. Conheça seu médico residente e o gestor de seu caso pelo nome, eles lhe ajudarão a tirar dúvidas e resolver quaisquer problemas que venham a surgir durante seu seguimento.
  - ii. O médico irá atendê-lo, levar o caso para discussão com o supervisor, o gestor do caso e a equipe transdisciplinar e, em seguida, lhe trará uma devolutiva.
  - iii. Sua medicação poderá ser retirada na farmácia do Instituto de Psiquiatria ou, eventualmente, nas unidades da Dose Certa, UBS ou CAPS.

#### **2. Faltas**

- a. Evite faltas e **atrasos**. O Hospital tem uma lista de espera para atendimentos.
- b. Um mês de ausência ao tratamento configura abandono.
- c. Você receberá medicação para fazer uso até a data de retorno. Se faltar à consulta, venha na quarta-feira seguinte, às 8:00h, para renovar suas receitas e retirar sua nova medicação.

#### **3. Intercorrências e casos de urgência**

- a. Caso você se sinta mal, venha numa quarta-feira, às 8:00h, e poderemos fazer um um encaixe. Se a ocorrência for grave e urgente, procure um Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico na lista que segue anexado.

#### **4. Processo terapêutico**

- a. Você está num Hospital de atendimento psiquiátrico para que seu caso receba atendimento especializado. Após a estabilização dos sintomas, você continuará sendo acompanhado por um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou uma UBS (Unidade Básica de Saúde) próxima de sua casa.

#### **5. Apresentação do espaço**

- a. Gestor do caso
- b. Enfermagem

- c. Grupo de sala de espera
- d. Farmácia

## 6. Sugestão de roteiro:

- Queixas
  - Porque você procurou o serviço?
  - Existem outras queixas, além da considerada principal?
  - Quais motivos você acredita serem as causas de suas sensações?
  
- Nome: \_\_\_\_\_;
- País de origem: \_\_\_\_\_;
- Região/cidade de origem: \_\_\_\_\_;
- Sexo: \_\_\_\_\_;
- Telefone (pode ser de alguém próximo): \_\_\_\_\_;
- Profissão: \_\_\_\_\_; - Ocupação atual: \_\_\_\_\_;
  
  
- Desenvolvimento
- Sono
- Alimentação
- Contexto familiar **[imigrantes/refugiados]**: existe família no Brasil?
  - Com quem mora;
  - Onde mora;
  - Relações familiares;
  - Relações de amizade;
  
- [imigrantes/refugiados]**
  - Há quanto tempo está no Brasil?
  - Qual foi o motivo de sua vinda para cá?
  - Você tem documentos?
  - Grupo étnico (caso se aplique)
  - Você morou em alguma outra cidade além de São Paulo? Se sim, qual?
  - Quais serviços da rede de assistência para imigrantes/refugiados frequentou?
  - Passou por algum serviço de saúde em seu país de origem? Se sim, qual e por quê?
  - Passou por algum serviço de saúde no Brasil? Se sim, qual e por quê?
  
- [surdos]** Comunicação
  - Começou a aprender Libras com qual idade?
  - Onde aprendeu Libras?
  - Com quem aprendeu Libras?
  - Tentativa de oralização ou outros mecanismos de reabilitação (IC)
  - Família estimulava o uso da língua portuguesa/ língua de sinais? Como ocorreu esse estímulo?
  - Família se interessou em aprender língua de sinais?
  - Se comunica bem em casa?
  - Frequentou fonoterapia?
  
- [imigrantes/refugiados]** Comunicação

- Frequenta aulas de português? Onde?
- Qual sua língua materna? Fala algum outro idioma?
- Qual língua prefere falar durante os atendimentos?
- Se comunica bem em situações cotidianas (transporte, comércio, trabalho)?
  
- Escolaridade
  - Frequentou a escola? Por quanto tempo?
  - **[surdos]** Bilíngue, inclusiva ou regular?
  - Socialização da criança na escola
  - Sexualidade (se houver demanda)
  
- Sociabilidade
  - Tem amigos?
  - Frequenta alguma comunidade religiosa?
  - **[imigrantes/refugiados]** Frequenta alguma comunidade de egressos do seu país de origem?
  - Tipos de vínculo;
  
- Doenças
  - Quais já teve ou tem?
  - Tem histórico de doenças mentais/clinicas?
  - Já foi internado alguma vez? Por qual motivo?
  - Você tem algum vício?