

Souza-Lopes, Júlia, Machado, Gustavo da Silva, Martins-Borges, Lucienne (2023). Contribuições do trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde na atenção psicossocial oferecida a imigrantes. *PERILOS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 145-176.

## Contribuições do trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde na atenção psicossocial oferecida a imigrantes.

## Contribuciones del trabajo de las Agentes Comunitarios de Salud en la atención psicossocial ofrecida a inmigrantes.

Júlia de Souza Lopes<sup>1</sup>  
Gustavo da Silva Machado<sup>2</sup>  
Lucienne Martins-Borges<sup>3</sup>

---

### RESUMO

Este artigo propõe reflexões sobre o cuidado psicossocial oferecido a imigrantes no Brasil por meio de uma perspectiva não individualizante e não etnocêntrica. Com base teórica na etnopsiquiatria e na psicologia comunitária, a partir de uma pesquisa qualitativa realizada com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do SUS em uma cidade do sul do Brasil, propomos possibilidades de atuação da psicologia com imigrantes em uma perspectiva centrada no território, entendendo este não apenas como espaço geográfico, mas especialmente como o ambiente onde relações e interações são estabelecidas. Conclui-se que os efeitos da migração são complexos por envolverem diversos âmbitos da vida dos imigrantes e da sociedade que os acolhe. Portanto, seus efeitos devem ser tratados a partir de um cuidado interprofissional de base comunitária, considerando aspectos culturais,

---

<sup>1</sup> Pesquisadora independente. E-mail: julialopes.psicologia@gmail.com  
Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0002-1764-5118>

<sup>2</sup> Professor no Curso de Psicologia na Universidade do Vale do Itajaí (Univali) e no Mestrado em Estudos Psicanalíticos da Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (Londres, UK). E-mail: machadosgustavo@gmail.com  
Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0003-3744-3115>

<sup>3</sup> Professora titular, École de travail social et de criminologie, Université Laval, Québec, Canadá.  
E-mail: Lucienne.Martins-Borges@tsc.ulaval.ca  
Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0003-4323-116X>

\*Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que foi financiadora da bolsa de mestrado concedida à autora da pesquisa que deu origem a este artigo.

saberes tradicionais e a pluralidade dos itinerários terapêuticos trazidos por outras culturas como possibilidade de inclusão no país de acolhida.

**Palavras-chave:** Psicologia. Atenção Psicossocial. Migração. Atenção Primária. Saúde Pública.

---

## RESUMEN

Este artículo propone reflexiones sobre la atención psicosocial ofrecida a inmigrantes en Brasil a través de una perspectiva no individualizadora y no etnocéntrica. Con base teórica en la etnopsiquiatría y la psicología comunitaria y a partir de una investigación cualitativa realizada con Agentes Comunitarios de Salud (ACS) del SUS en una ciudad del sur de Brasil, proponemos posibilidades para que la psicología trabaje con inmigrantes desde una perspectiva centrada en el territorio, entendiendo por ello no sólo un espacio geográfico sino especialmente como el entorno donde se establecen relaciones e interacciones. Se concluye que los efectos de la migración son complejos porque involucran diferentes ámbitos de la vida de las personas inmigrantes y de la sociedad que los acoge. Por tanto, sus efectos deben ser tratados desde una atención interprofesional de base comunitaria, considerando los aspectos culturales, los conocimientos tradicionales y la pluralidad de itinerarios terapéuticos traídos desde otras culturas como una posibilidad de inclusión en el país de acogida.

**Palabras clave:** Psicología. Atención Psicossocial. Migración. Atención primaria. Salud pública.

---

## INTRODUÇÃO

Constatou-se, nos últimos anos, um aumento significativo no número de pessoas em situação de deslocamento involuntário ao redor do globo. No relatório divulgado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas pelos Refugiados (ACNUR), tem-se mais de 100 milhões de pessoas em situação de migração forçada (UNHCR, 2021). Por diversos motivos, como guerras, desastres naturais ou crises econômicas, pessoas atravessam fronteiras em busca de melhores condições de vida, ou até mesmo condições para que a vida seja possível diante de ameaças concretas à continuidade da existência. Com isso, pode-se dizer que sair de seu país e de sua cultura de origem pode configurar uma situação suscetível à experiência de sofrimento social psíquico intenso.

O deslocamento desterritorializa também o referencial simbólico do imigrante e, na maioria das vezes, a migração involuntária pode estar associada a situações potencialmente traumáticas (Martins-Borges, 2013;

Papadopoulos, 2002; Pusseti, 2009). Por este motivo, o cuidado psicossocial tem uma importante função para migrantes, uma vez que pode auxiliá-los na tarefa de dar "continuidade a si mesmos" em um novo espaço, pois ao se verem em lugares e em culturas diferentes da sua de origem, os imigrantes podem sentir um descompasso entre seu "mundo psíquico" e seu "mundo externo" (Machado, Barros e Martins-Borges, 2019, Martins-Borges, 2013).

No Brasil, o cuidado psicossocial é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes níveis da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual conta com atenção primária, oferecida nos centros de saúde, por exemplo, especializada e intensiva (Presidência da República do Brasil, 2001). O cuidado prestado às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil utiliza a territorialização e os laços comunitários como ferramentas de trabalho com a presença de profissionais da psicologia inclusive na atenção primária (Presidência da República do Brasil, 2014). Isto significa que, para compreender as demandas de saúde dos usuários dos serviços, os profissionais precisam conhecer também os condicionantes que podem produzir agravos na saúde e, para isso, precisam conhecer o território de moradia destas pessoas. Quando falamos em território, referimo-nos não apenas a um espaço geográfico e físico, mas especialmente às relações, interações e laços estabelecidos nesta comunidade (Santos, 1996).

Atuando no contexto das migrações como psicólogas, deparamo-nos com situações específicas que mobilizaram a escrita deste artigo. Destacamos uma delas: após oferecer escuta psicológica a uma imigrante que evidenciou significativo sofrimento psíquico e que demandava continuidade do cuidado, perdemos contato com ela pela ausência de telefone celular. A resposta possível veio com o trabalho conjunto com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro onde esta imigrante morava. Em um trabalho conjunto, a ACS realizou uma Visita Domiciliar (VD) e conseguiu estabelecer contato para retomarmos o vínculo de cuidado. Ou seja, percebemos que a escuta precisava ir além do espaço físico do nosso serviço, o Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI/SC)<sup>4</sup> e além dos nossos próprios ouvidos.

Nesta perspectiva territorializada de cuidado considera-se a interdisciplinaridade como um fator significativo na atuação. Assim, as fronteiras entre uma profissão e outra são repensadas a fim de construir um diálogo de saberes que, conjuntamente, promovem o cuidado integral. Profissionais da medicina, enfermagem, odontologia e agentes comunitárias de saúde compõem a equipe mínima da Saúde da Família, modelo básico ordenador da atenção primária à saúde do SUS, e fazem uma escuta "generalista" das demandas de saúde. Como suporte, profissionais de

---

<sup>4</sup> O Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes de Santa Catarina operou de fevereiro de 2018 a setembro de 2019 em Florianópolis oferecendo atendimento aos imigrantes da região nas áreas de Documentação, Integração ao trabalho formal, Psicologia e Assistência Social, entre outras. Teve como principal objetivo acolher, orientar e integrar imigrantes à sociedade brasileira.

psicologia, serviço social, nutrição e outras especialidades são convocados a depender da necessidade, com foco na promoção da saúde (Presidência da República do Brasil, 2014).

As ACS são profissionais de nível médio capacitadas para atuar como tal a partir de uma formação específica oferecida pelo SUS, que cumprem um papel fundamental na atuação territorializada, pois devem ser obrigatoriamente moradoras do território do Centro de Saúde (CS) de atuação. Este último fator é essencial e diferencia as possibilidades de atuação das ACS, pois, a partir dele, busca-se garantir que estas profissionais tenham pertencimento e conhecimento suficientes do território capazes de lhes permitir atuar como uma ponte entre o CS e os moradores/usuários. Ou seja, são especialistas sobre o território em questão, garantindo um cuidado necessariamente localizado para os moradores do local.

Os territórios de abrangência dos CS são definidos por suas características: sua população específica, que vive em um tempo e em um espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinadas. Nesta perspectiva, a noção de território decorre da vida em sociedade; os territórios são antes relações sociais projetadas no espaço, do que um espaço concreto (Gondim e Monken, 2009; Souza, 1995). Portanto, um território pode abranger um ou mais bairros, pois não se trata do CEP das residências e sim das relações sociais estabelecidas e da utilização dos moradores dos espaços.

As ACS representam o elo entre a equipe de saúde e a comunidade por fazerem parte de ambas, transitando entre esses dois espaços e intercambiando conhecimentos advindos de ambos. Estas profissionais são responsáveis por fazer o mapeamento da área do território, o que implica realizar contato e manter atualizado o cadastro das famílias que vivem no território, além de identificar os possíveis e os atuais riscos aos quais os moradores estão expostos. São elas que realizam orientações e encaminhamentos aos serviços de atenção à saúde para aqueles que não conseguem acessá-los pelos mais diversos motivos, como, por exemplo, falta de dinheiro para o transporte até lá, incompatibilidade de horário por jornadas exaustivas de trabalho, incompreensão da organização do sistema de saúde, entre outros (Sousa, 2007; Cabral e Albuquerque, 2015).

Ainda que haja profissionais que façam esta ponte entre o território e a equipe de saúde, a literatura aponta que, quando a população atendida é imigrante, as barreiras seguem existindo, pois elas operam em dinâmicas sociais que extrapolam os limites simbólicos compartilhados. Quando se trata de imigrantes, as barreiras linguísticas e culturais são também fatores citados em estudos como possíveis causas para impedir o acesso à saúde e ao tratamento adequado (Jaeger et al., 2019). Em casos de sofrimento psíquico, por exemplo, a dificuldade de comunicação com a equipe de saúde pode acarretar a imigrantes um sentimento maior de solidão, isolamento e até mesmo agravamento de sintomas, evidenciando uma importante lacuna na escuta psicossocial a ser analisada crítica e cuidadosamente.

As práticas de cuidado psicossocial podem ser marcadas por atos coloniais, como o etnocentrismo<sup>5</sup>, os quais historicamente forjaram a noção de sofrimento psíquico dentro do binômio saúde/doença em uma mirada ocidental. Ou seja, a perspectiva de cultura dentro do cuidado em saúde recebe uma dimensão da diferença hierárquica na qual determinado modo de ler e interpretar o sofrimento é colocado como padrão (Kilomba, 2019). Com isso, constroem-se técnicas e métodos de classificação que utilizam óculos clínicos etnocêntricos. Fanon (1968), ao refletir sobre esta questão, aponta para o lugar tático da psiquiatria no projeto colonial: "ela é a negação da linguagem, da cultura e da história do colonizado, e é uma arma nas mãos do colonizador" (Fanon, 1968, p. 50).

Sabemos que os movimentos migratórios e as dinâmicas geopolíticas contemporâneas contam com tensionamentos coloniais que reeditam constantemente a separação entre colonizadores e colonizados, como apontado por Fanon (1968). Assim, nem todo sujeito que se desloca no território ganha o peso do "imigrante indesejado". Ele será assim qualificado caso apresente características de raça e classe consideradas inferiores a partir de uma visão de mundo classista e racista, caso contrário, será um "visitante desejado". Esta linha colonialista é, portanto, fundamentalmente simbólica e encontra lugar de efetivação nas práticas de controle biopolítico (Foucault, 2008/1979), bem como no cuidado em saúde mental, por exemplo, pois depara-se com um "corpo estranho". A partir de uma visão clínica etnocentrada, rotinas diagnósticas e condutas que visam camuflar manifestações de sofrimento que fujam aos enquadres ocidentais se tornam frequentes, evidenciando uma lacuna importante na formação dos profissionais da área psi.

Esta visão patologizante da diferença, centrada no sintoma, indica aquilo que Caponi (2014) argumenta sobre o uso do Diagnostic Statistical Manual (DSM) como uma ferramenta de defesa diante daquilo que o sofrimento psíquico apresenta como enigma. Ou seja, nos atendimentos interculturais, o sofrimento "impossível" de ser traduzido pode correr o risco de ser "normalizado" em um diagnóstico não coerente com o que se manifesta em sintoma (Rosa, 2002). Afinal, como o saber médico e, especificamente, aqueles que o corporificam em sua prática, lidam com a posição de não saber? Alternativamente, a sensibilidade cultural surge como uma possibilidade para um posicionamento não-etnocêntrico e que olha a diferença em uma perspectiva horizontal e ontológica (Kilomba, 2018; Martins-Borges, 2013). A partir desta lógica, questionamos: O que a psicologia, inserida nas políticas públicas de saúde, pode aprender com o fazer de outros profissionais, como

---

<sup>5</sup> De acordo com Everardo Rocha (2004), o etnocentrismo pode ser compreendido como uma forma de julgamento que se baseia em critérios que são específicos de uma determinada cultura, ignorando a diversidade cultural e a complexidade das relações sociais. Para Rocha, ele pode ser tanto um fenômeno individual quanto coletivo, e pode se manifestar de diferentes formas: desde a simples rejeição das práticas culturais de outras pessoas até a negação de seus direitos e a sua subjugação.

as agentes comunitárias de saúde, a fim de oferecer uma escuta psicossocial territorializada à imigrantes?

As ACS representam, para a psicologia no âmbito da atenção primária, importantes aliadas na compreensão sobre as demandas apresentadas como sofrimento psíquico, uma vez que são também moradoras do território e fazem parte da comunidade em questão, compartilhando muitas vivências com as pessoas atendidas no CS. Elas trazem, portanto, conhecimento a respeito da cultura e do funcionamento da comunidade que podem subsidiar intervenções territorializadas, apontando para os possíveis conflitos, disputas e choques entre a cultura local e dos imigrantes atendidos.

Fassin (2014) traz uma provocação interessante neste sentido, atentando para as questões culturais, sociais, econômicas e, especialmente, para as relações de poder. Para ele, ao invés de ver a cultura como um obstáculo ao tratamento ou uma variável a ser controlada, os profissionais de saúde mental deveriam aprender com as práticas de cuidado dos pacientes e suas famílias, suas representações do sofrimento e sua concepção de saúde. Em outras palavras, é preciso trazer a cultura para o cerne da produção de cuidados em saúde mental.

Este artigo surge desta inquietação. Seus autores trabalharam como psicólogos atendendo pessoas imigrantes em diferentes contextos, com destaque em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI/SC). As estratégias de cuidado utilizadas passam pela intervenção psicoterápica, mas também pela vinculação das pessoas atendidas às redes de apoio e suporte a partir da criação de vínculos significativos, inclusive com serviços da rede de saúde pública quando necessário. Nesta experiência, foi constante o contato próximo com as ACS, as quais eram uma das únicas profissionais com uma atuação que extrapolava as barreiras do consultório e adentrava no território, o que permitia ir ao encontro dos imigrantes e suas demandas.

Assim, guiados por um princípio ético que posiciona a angústia como um método<sup>6</sup> de elaboração, localizamos esta escrita como uma tentativa de encontrar respostas diante de nossa própria perplexidade frente ao “choque cultural”. George Devereux (1967), definiu este acontecimento como “o estresse resultante do contato com uma cultura diferente, que leva a uma sensação de desorientação e ansiedade” (Devereux, 1967, p. 136). O sentimento de angústia decorrente desse choque, ao invés de promover paralisação, mobilizou nossa escrita e prática clínica a desenvolvê-la como um método de elaboração visando ao aprimoramento da prática, ao localizá-la como algo necessariamente relacional e que questiona dinâmicas de poder pré-estabelecidas.

---

<sup>6</sup> Ver Devereux, Georges (1967) Da angústia ao método nas ciências do comportamento.

## Atenção territorializada: uma perspectiva localizada do cuidado

Um dos princípios básicos que norteiam o trabalho do SUS é a universalidade, ou seja, toda pessoa que esteja no território brasileiro tem direito de utilizar os serviços de saúde, uma vez que a partir da Constituição de 1988, o cuidado em saúde é um direito do povo e um dever do Estado. Portanto, mesmo aqueles imigrantes que não possuem documentação para permanência no Brasil têm direito de atendimento assegurado e garantido (Presidência da República do Brasil, 1990; Granada et al, 2017). Aqui, salienta-se a função protetiva que a saúde como uma política pública pode oferecer a imigrantes indocumentados, uma vez que mesmo sem o reconhecimento de permanência por parte do Estado, as pessoas são reconhecidas como sujeitos de direitos. Com isso, abre-se uma discussão sobre como este reconhecimento pode prevenir agravos em saúde ainda maiores, especialmente em saúde mental, uma vez que imigrantes indocumentados com muita frequência experimentam sentimentos como insegurança e medo associados à própria saúde ou a possibilidade de deportação ao procurar órgãos públicos (Hacker et al, 2015).

Com isso, evidencia-se a função protetiva que uma RAPS de caráter público e universal pode ter na experiência de imigrantes. Contudo, percebe-se no âmbito prático da atenção psicossocial uma dificuldade por parte dos profissionais de acolher e até mesmo interpretar a demanda trazida por esta população. A literatura aponta que para os profissionais, há significativas barreiras linguísticas e culturais no atendimento à população migrante, o que indica a necessidade de formações para a qualificação da sensibilidade cultural nestes profissionais (Risson, Masue e Lima, 2018), uma vez que, a ausência de tal característica nos atendimentos pode acarretar práticas de medicalização e patologização da diferença (Knobloch, 2015). Com isso, entram em cena atividades que apostam nas relações comunitárias, como a atuação das ACS, as quais amparam e oferecem cuidado buscando uma possível integração cultural dos imigrantes ao território de acolhida.

Guareschi (2005) propõe que a vivência de relações comunitárias significa apostar no reconhecimento do outro com sua diferença e na possibilidade de existência sem os efeitos negativos das relações de dominação. Para esse autor, a noção de comunidade se apresenta como um espaço de segurança e proteção. No caso de imigrantes observa-se o contrário, especialmente quando os imigrantes são racializados, os quais, ao buscarem inclusão comunitária no país de acolhida, encontram muitas vezes a exclusão e atitudes xenofóbicas (Silva, 2021). Diante disso, é urgente uma mirada localizada sobre as práticas em saúde, ou seja, uma ideia de que o cuidado só se mostra efetivo se for pensado para quem e onde ele será ofertado. Assim sendo, é importante conceber que o território e, portanto, a comunidade, se transforma na medida em que recebe imigrantes. Com isso, a atenção à saúde também deve se reposicionar. Como primeiro passo, é preciso repensar o fazer em saúde como algo incompleto, passível de se construir no encontro com cada usuário.

Donna Haraway (1995), em seu célebre texto sobre os “Saberes localizados”, nos adverte acerca da potência das “conexões parciais” como uma política de produção criativa de modos de conhecer e intervir. Para ela, permitir-se um saber parcial e distante da necessidade de uma perspectiva totalizante e unívoca sobre a realidade busca subverter as estruturas de significação opressoras, as quais sempre se colocam como detentoras de certa verdade “absoluta”. Desta forma, o cuidado psicossocial localizado considera o vínculo como sua potencialidade mais sensível, analisando criticamente os efeitos das relações de poder nos encontros que são estabelecidos, propondo-se a aprender com eles (Carvalhaes, 2019).

Se pensarmos na posição de profissionais de saúde, pode-se dizer que são pessoas inscritas em um papel social de suposta “superioridade” em um regime de verdades impostas (Foucault, 1979/2008). Afinal, dentro deste regime de verdades, acredita-se que os “detentores” do saber médico possuem a resposta para as aflições do corpo e da mente que, eventualmente, nem o próprio sujeito encontra. No cuidado ofertado a imigrantes, por exemplo, corre-se o risco de nomear o sofrimento deste utilizando uma gramática simbólica, isto é, o modo de nomear e representar os sentimentos, que não é necessariamente compartilhada com o paciente por conta das barreiras linguísticas e culturais, algo que pode gerar uma experiência de perplexidade para ele sobre seu próprio sentimento.

Esta forma de atuação propõe, uma reflexão crítica que deve reestruturar o tratamento padrão para uma proposta localizada de cuidado. Assim, reafirmamos a importância das ACS, as quais, como anunciamos anteriormente, ocupam esta função dupla: estão inseridas diretamente na comunidade e são profissionais da saúde. Com isso, quebra-se uma fronteira historicamente perpetuada, inserindo na cena do cuidado um saber localizado e, necessariamente, implicado, convidando demais profissões a fazer este mesmo movimento em sua escuta.

### **Escuta psicossocial diante da diferença**

As experiências dos autores deste artigo e tantas outras citadas na literatura científica (Duden e Martins-Borges, 2021; Martín-Baró, 1998; Freitas, 1996; Martins-Borges, 2013; Machado, Barros e Martins-Borges, 2019), apontam para a necessidade da atuação de psicólogos a partir de uma perspectiva de cuidado que vá para além de uma leitura do sofrimento em uma lógica individualista. Em contraponto a essa lógica, Sawaia (2001) apresenta a noção de sofrimento ético-político, o qual considera, a partir de uma inspiração hegeliana e espinosana, a ideia de que o sofrimento é algo constituído conjuntamente na relação com o outro e que leva em consideração as relações de poder, a opressão e seus efeitos. Ou seja, para ela o sofrimento deve ser lido como um acontecimento permeado pelas dinâmicas de poder que envolvem, inclusive, a exploração capitalista e a cristalização de desigualdade como uma característica social.



Há, assim, a construção de uma inclusão perversa, a qual inclui o sujeito que corporifica a diferença para demarcar as posições desiguais de poder e a superioridade ficcional daqueles que detém o privilégio (Sawaia, 2001). Esta perspectiva corrobora com o que Kilomba (2019) apresenta sobre a diferença: por mais que ela seja uma condição ontológica, há uma hierarquização. Da mesma forma, pensando com Fassin (2010), é possível dizer que as desigualdades sociais e políticas são tensionadas também pelas próprias políticas públicas de saúde e pelo sistema de saúde em si. Ele argumenta que as políticas de saúde não são neutras, mas são moldadas pelas relações de poder e pelas visões ideológicas sobre a saúde e a doença.

Sendo assim, o sujeito imigrante, além dos movimentos psíquicos provocados pela migração, pode experimentar situações de violência a partir desta diferença anunciada, as quais evocam a necessidade do reconhecimento de si como um ponto fundamental para o sentimento de inclusão (Machado, Barros e Martins-Borges, 2019). Butler (2015) fala que o reconhecimento é um ponto fundamental para a condição de possibilidade de existência na relação com o outro. Além disso, acrescenta que a estrutura social constrói um enquadre de possibilidade que responde às normas vigentes e aquilo que está fora desta matriz não é sequer considerado. Sendo assim, a escuta oferecida pela psicologia precisa realizar deslocamentos a fim de abarcar os diferentes modos de vida.

Nesse sentido, a Etnopsiquiatria, disciplina que utiliza saberes e métodos da psicanálise e da antropologia para investigar o fundo cultural tanto do sofrimento psíquico como da própria constituição de sintomas em um espaço de vida social e cultural específicos, pode ser de grande contribuição no atendimento à imigrantes (Devereux, 1967; Martins-Borges, Boeira-Lodetti, Jibrin e Pocreau, 2019). A partir dessa teoria, que subsidia práticas de acolhimento e de psicoterapia e atenção psicossocial, o profissional que atende um sujeito de cultura diversa a sua deve ter uma postura não etnocêntrica, admitindo que a origem cultural tem influência significativa em crenças, comportamentos, emoções e atitudes em relação a doenças, dores e outras formas de infortúnio.

A cultura tem, portanto, implicações diretas na saúde do sujeito e nos cuidados que ele despense para sua manutenção, apesar de não ser a única a exercer influência sob ela, pois fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais também atuam nas crenças e comportamentos relacionados à saúde (Helman, 2009). Assim, é também a partir daquilo que é transmitido geracionalmente entre membros de uma mesma comunidade que se desenvolvem práticas de cuidado.

Sabe-se que a prática do cuidado em saúde mental, considerando sua história, também passa por posicionamentos coloniais sobre a subjetividade que demarca uma fronteira entre “normalidade” e “loucura”, a qual considera a adequação à norma como critério principal de inclusão, indo além do olhar sobre o sofrimento e adentrando em uma prática de docilização e colonização (Fanon, 1968; Foucault, 2006). Portanto, algo a ser considerado é, certamente,

o que a comunidade de imigrantes tem a dizer sobre seu sofrimento, mais do que aquilo que podemos produzir de nomeação sobre doença e saúde. Afinal, além dos posicionamentos coloniais, tanto a psiquiatria quanto a psicologia também produzem teoricamente e reproduzem em seu fazer clínico o enquadramento dos sujeitos dentro do "normal" e do "patológico" (Foucault, 1974/2006).

Um imigrante, ao chegar em um novo país, traz consigo sua história pessoal e bagagem cultural e, quando adoece, essas referências irão significar a experiência que vive. Nestes casos, quando conseguem acessar o sistema de saúde do país de acolhida - geralmente organizado por meio da concepção cultural de saúde-doença deste país e, portanto, possivelmente diferente da sua -, os imigrantes e profissionais de saúde por vezes vivem um "choque cultural" decorrente do encontro com a alteridade. Além disso, eventos traumáticos do processo migratório são, então, muitas vezes agravados por fatores que ocorrem após a imigração, já no país de acolhida, frente a situações nas quais não há o compartilhamento de uma mesma linguagem. Diante de tantas rupturas, construir vínculos significativos entre imigrantes e profissionais de serviços das redes de acolhimento podem representar um instrumento potente na mediação com a nova cultura.

Sendo assim, a partir da pesquisa de Souza-Lopes (2021) que utiliza estudos atuais sobre a temática e a etnopsiquiatria como pressuposto epistemológico para compreender o acolhimento realizado por ACS a imigrantes na cidade de Florianópolis, propomos pensar neste artigo a importância do trabalho em conjunto entre as ACS e a psicologia a fim de oferecer um cuidado localizado e territorializado a imigrantes.

---

## METODOLOGIA

### Contextualização do campo de pesquisa

Apresentamos aqui uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo e exploratório, realizada em Florianópolis (Figura 1), capital do estado de Santa Catarina localizado na região sul do Brasil. Considerando os temas expostos, foram realizadas entrevistas com ACS que atuavam nesta cidade. À época de sua realização, a cidade tinha uma população estimada em pouco mais de 500 mil habitantes (IBGE, 2020). Fundada em 1673, Florianópolis foi inicialmente uma colonização portuguesa e ainda hoje mantém uma população majoritariamente branca e de descendentes do continente europeu, mesmo que outras populações não-brancas sempre tenham estado presentes na cidade e posicionadas em condições "marginalizadas" em decorrência das dinâmicas sociais racistas (Silva, Rocha e D'Ávila, 2020). Além disso, vale ressaltar que esta região recebeu muitos imigrantes europeus após a tardia abolição da escravidão no Brasil, a partir de uma

política de embranquecimento populacional que ganhou força no final do século XIX e começo do século XX. Sendo assim, a representação social do que significa ser imigrante passa também por práticas de racialização e xenofobia, o que nos faz questionar se o número maior de pessoas brancas não é efeito de reiteradas práticas de esquecimento e exclusão da população negra (Faustino e Oliveira, 2021).

A partir de 2010, houve maior expressividade, em relação a outros grupos, de fluxos migratórios de haitianos, senegaleses, sírios e venezuelanos, alterando o perfil demográfico de Florianópolis (Silva, Rocha e D'Ávila, 2020). A chegada e a permanência de populações de diferentes nacionalidades, costumes e formas de vida tem um impacto global na sociedade de acolhida (Martins-Borges, 2013), assim, a cidade que recebe tais fluxos migratórios tem que estar preparada para se adaptar às mudanças e desafios desencadeados em diferentes setores por tais movimentos, que são típicos das dinâmicas sociais contemporâneas.

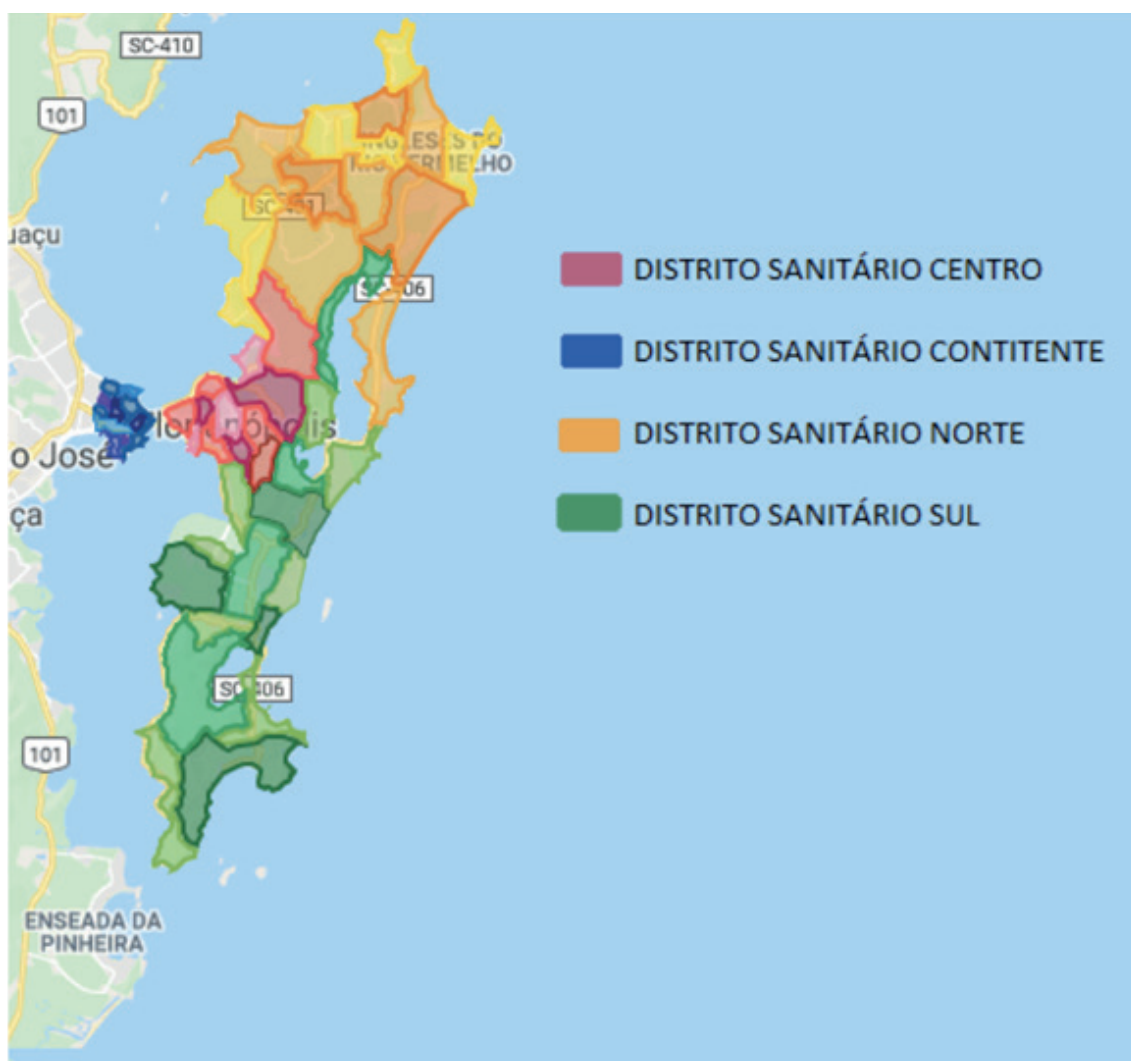
Como evidenciado na figura 2, dos quatro Distritos Sanitários de Florianópolis, os distritos Centro e Continente contavam com maior concentração demográfica de imigrantes em seu território quando foi realizada a pesquisa e, por isso, foram estes os escolhidos como campo de pesquisa. Os distritos sanitários, por definição, são a unidade organizacional mínima do sistema de saúde no Brasil. Eles têm uma base territorial geograficamente definida que deve dispor de uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (Gondim et al., 2008).

**Figura 1. Mapa do Brasil e o estado de Santa Catarina em destaque.**



Fonte: <https://observasctur.com.br/santa-catarina/sc-em-numeros/>

**Figura 2. Mapa dos Distritos Sanitários do município de Florianópolis.**



Fonte: Produção dos autores.

### Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 15 ACS que atuavam nos Centros de Saúde (CS) selecionados dos distritos sanitários de Florianópolis com maior concentração demográfica de imigrantes. Os critérios de inclusão das participantes foram: (1) ter realizado no último ano atendimento a adultos ou famílias de imigrantes que residem ou residiram em Florianópolis (2) estar trabalhando no CS selecionada há pelo menos um ano, a fim de aumentar as chances de que esta profissional conheça bem o território onde atua e seus moradores; (3) realizar atividades no território, como, por exemplo, visitas domiciliares. O total de participantes foi determinado a partir do conceito de fechamento amostral por saturação teórica<sup>7</sup> (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

<sup>7</sup> Na pesquisa qualitativa, o conceito de "saturação teórica" está relacionado à ideia de alcançar um ponto de saturação ou redundância nas informações coletadas durante o processo de coleta de dados

Todas as participantes eram contratadas pelo município e trabalhavam como ACS há mais de 10 anos; 12 delas sempre trabalharam no mesmo CS e 14 delas sempre moraram no mesmo território onde atuavam. As ACS declararam realizar em média 10 atendimentos a imigrantes por dia, sendo que apenas duas delas declararam terem recebido algum tipo de informação específica sobre atendimento a imigrantes pela Pastoral do Imigrante, órgão religioso que cuida especificamente de imigrantes, e não pelo município.

As entrevistas aconteceram entre setembro e novembro de 2020 nos CS selecionados, respeitando todas as restrições sanitárias relativas à pandemia causada pelo vírus da COVID19 e a conduta ética estabelecida pelo Comitê de Ética que aprovou a pesquisa (Conselho Nacional de Saúde, 2013). Os relatos orais foram transcritos, categorizados e analisados utilizando a análise de conteúdo, de acordo com a técnica proposta por Bardin (2016), seguindo suas três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após transcritas as entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante do material para extrair os temas mais significativos de acordo com os objetivos específicos da pesquisa. Os temas foram, então, agrupados de modo sistemático a partir da interpretação dos seus significados, com intuito de produzir inferências de forma objetiva, resultando na construção de categorias de análise. Por fim, obteve-se quatro categorias de análise: Significados da migração para ACS; Condições de acesso aos serviços de saúde pública; Demandas de cuidado dos imigrantes e; Práticas de acolhimento.

A fim de responder ao objetivo deste artigo, os principais resultados de cada categoria serão resumidos e expostos aqui para que possam servir de base para discussão a respeito do como o trabalho de acolhimento das ACS à imigrantes pode auxiliar no aprimoramento da atuação da psicologia com esta população.

---

## DESENVOLVIMENTO ANALÍTICO

A primeira categoria de análise, "Significados da migração para ACS" (Figura 3), investigou o que as ACS pensavam e conheciam a respeito de imigrantes e do processo migratório.

**Figura 3. Significados da migração para ACS**



Fonte: Produção dos autores.

Nesta categoria observou-se que as ACS demarcam o lugar do imigrante como alguém diferente, como um estranho-estrangeiro em comparação a um familiar. A língua diferente, ou o domínio do português com sotaque, a cultura, a forma de se vestir, de se expressar e de ser, foram elementos destacados como meios de denunciar que aquele imigrante que chega em busca de cuidados no CS não é igual a elas ou "aos seus". Esta informação corrobora com a ideia de que as pessoas imigrantes carregam consigo a marca da estrangeiridade e isso produz efeitos diversos na relação com o outro (Pusseti, 2010).

Se pensarmos com a proposta freudiana acerca do infamiliar, encontramos no desconhecido este algo que ameaça nossa própria identidade e, por isso, nos assusta. Sobre isso, Freud salienta o narcisismo das pequenas diferenças, uma vez que diante da diferença do outro, as pessoas que apresentam similaridades se aproximam e rechaçam aquilo que pode ser diferente, numa tentativa constante de suposta autopreservação (Freud, 1921/2011). Ao mesmo tempo e, paradoxalmente, somos lançados a um estranho desejo de conhecer (Freud, 1919/2019). Estas ideias corroboram com a hipótese de Devereux que toda inclinação excessivamente objetificante por parte de pesquisadores - mas também poderíamos dizer sem incorrer em erro, por parte daqueles que trabalham no cuidado em saúde de imigrantes - seria uma reação a certos elementos ansiogênicos advindos do mal-estar provocado pela diferença cultural (Devereux, 1967).

Ou seja, por não pertencerem a uma mesma cultura e, por isso, não compartilharem dos mesmos referenciais simbólicos, a compreensão entre aquele que oferece cuidado e aquele que necessita de amparo pode

ser alterada pela supracitada necessidade de autopreservação. Afinal, é a cultura que estabelece o que é o "normal", é ela quem preconiza os modelos de conduta e de cuidado, de se apresentar e de estar na sociedade (Pelbart, 1989). Assim, quando o sujeito está em um ambiente cultural diverso ao seu de origem, é facilmente identificável por não compartilhar dos mesmos marcadores culturais com os membros da sociedade de acolhida (Martins-Borges e Pocreau, 2009; Pusseti, 2010). Uma vez identificado, o imigrante é também tratado de uma forma específica, a qual pode ser apresentada como distanciamento por conta das barreiras presentes no encontro entre culturas, especialmente nos atendimentos em saúde mental, que exigem do sujeito o anúncio dos seus sintomas.

Além de serem percebidos como um potencial ameaça à "estabilidade" de um ambiente com uma única perspectiva cultural, os imigrantes atendidos também eram paradoxalmente muito admirados pelo fato de enfrentarem os riscos, dificuldades e toda a violência que envolve o processo migratório. Desde o deslocamento até a vulnerabilidade que encontram ao chegarem no Brasil, ao elencar as motivações que pensam levar alguém a imigrar, as ACS expõem sua admiração por aqueles a quem chamam de um "povo guerreiro", que migram em busca de uma vida melhor em função, por exemplo, da situação política e econômica do seu país de origem.

Desta forma, os imigrantes foram valorados pelas ACS como sujeitos com uma força extra comum, donos de uma adaptabilidade que as surpreendem. Por mais que este reconhecimento seja aparentemente positivo, o que se pode pensar sobre a escuta do sofrimento psíquico de pessoas que apresentam tal força? Questiona-se aqui a construção deste mito de força associado à migração que pode impedir, por vezes, a sensibilidade diante do sofrimento dos imigrantes. Afinal, o que é o sofrimento da vida cotidiana para quem precisou passar por situações tão delicadas? Como sugere Fanon (1968), o direito ao sofrimento também é marcado pelo traço colonial, restando ao corpo colonizado o lugar de força e capaz de suportar a dor em prol do "bom funcionamento social".

Assim, conforme o apontado no artigo de Duden e Martins-Borges (2021) que entrevistou psicólogos que atuavam com refugiados no Brasil, é preciso atentar-se para não cair em armadilhas no atendimento desta população. Ao entender a resiliência dessas pessoas como um facilitador em seu engajamento no processo terapêutico, por exemplo, não se pode, ao mesmo tempo, deixar de olhar para as inúmeras vulnerabilidades estruturais, escassez ou até mesmo falta de acesso a itens de necessidade básica (moradia, alimentação, vestuário etc.) que eles enfrentam.

Portanto, é importante construir possibilidades de compreensão a respeito dos diferentes modos de manifestar sofrimento. Pusseti (2013), em seu estudo sobre a antropologia das emoções em instituições de saúde mental, atenta para o reposicionamento da escuta e a relativização cultural como princípios básicos para não perpetuar lógicas etnocêntricas na atenção psicossocial, invisibilizando as formas singulares de sofrimento. Com as entrevistas,

percebeu-se que o estranhamento foi discursivamente desdobrado em uma noção de "identidade guerreira". Em se tratando de um olhar da psicologia neste contexto, é importante repensar esta visão a fim de conseguir abarcar a possibilidade de sofrimento por parte destas pessoas. Afinal, em alguns casos, o encontro entre culturas e a percepção de si em um contexto distante do habitual pode ser mais ameaçador do que o trajeto em si (Martins-Borges, 2013).

Sobretudo, ressalta-se que a percepção de certa vulnerabilidade nesta população na região é um fator reconhecido e apontado pelas ACS durante a entrevista. Pensar em vulnerabilidade e em sua relação com o sofrimento psíquico demanda evocar um enquadre teórico crítico, como apontado por Butler (2015). Por esta via, a vulnerabilidade pode ser lida como uma condição ontológica, uma vez que sendo sujeitos relacionais estamos constantemente vulneráveis ao outro, inclusive para critérios de reconhecimento sobre a própria existência.

Contudo, o apontado pelas ACS nas entrevistas diz respeito a uma vulnerabilidade que pode estar associada à noção de risco, ou seja, estão vulneráveis, pois suas condições materiais e psicossociais de existência estão ameaçadas pela ausência de uma vinculação que oferece certa "segurança" e proteção. Por exemplo, as participantes da pesquisa apontam como indicador desta vulnerabilidade as constantes mudanças de endereço que elas percebem nas famílias de imigrantes atendidas e, neste sentido, pode-se pensar sobre questões relativas a fatores socioeconômicos ou até mesmo de inserção efetiva deste grupo nas relações comunitárias. Além disso, evidencia-se uma dificuldade por parte de políticas efetivas de acolhimento por parte do poder público.

Como salientado anteriormente, é possível compreender este acontecimento sob as lentes daqui que Sawaia (2001) vai nomear como sofrimento ético político e suas artimanhas da exclusão. Por mais que os imigrantes estejam geograficamente inseridos no território, estão constantemente posicionados em uma condição de deslocamento, ainda que internamente no próprio bairro, devido às precárias condições de trabalho e moradia. Com isso, é importante demarcar que esta situação interfere diretamente em aspectos associados à saúde mental, uma vez que a experiência de instabilidade, insegurança e ausência de rede de apoio são considerados como fatores importantes para o agravamento de sofrimento psíquico.

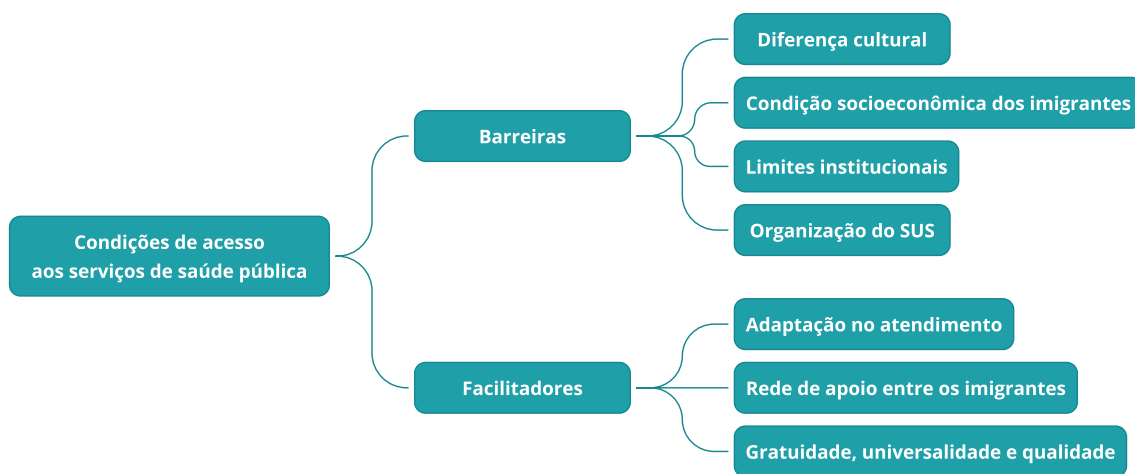
A partir deste dado percebido e comunicado pelas ACS, ressalta-se a importância do serviço de saúde e, especificamente, do cuidado psicossocial no trabalho de inclusão de imigrantes no país acolhedor, uma vez que oferece caminhos de elaboração entre a experiência do vivido e a produção de espaço psíquico para além da percepção de si como alguém em risco. Portanto, acessar os serviços de atenção psicossocial é uma forma de buscar reparar algumas dessas feridas causadas pelo processo migratório, acessando direitos humanos básicos, por exemplo. Sendo assim, o olhar que



as ACS apresentam sobre o acontecimento migratório passa também por questões socialmente compartilhadas e que chegam no cuidado de maneira significativa, mas não impede que ele ocorra caso o imigrante busque o serviço de saúde.

No caso dos serviços de saúde pública do Brasil, as condições de acesso para imigrantes são determinadas por diversas variáveis, como apresentado na segunda categoria desta pesquisa: Condições de acesso aos serviços de saúde pública (Figura 4).

**Figura 4. Condições de acesso aos serviços de saúde pública**



Fonte: Produção dos autores.

As ACS apontaram que aqueles que tentam ou conseguem acessar os serviços encontram importantes barreiras como, por exemplo, a impossibilidade de comunicação por não falarem o idioma do país de acolhida, corroborando ao encontrado em outros estudos sobre a temática (Vázquez et al., 2016; Zucchi e Inoue, 2018). Não apenas a língua, mas outras expressões culturais podem também dificultar o encontro entre imigrantes e profissionais/serviços de saúde. Somados a isto, estão a condição socioeconômica, muitas vezes precarizada, e os limites institucionais em acolhê-los em sua singularidade, que se apresenta na ausência de profissionais capacitados e alertas para uma limitação na organização do SUS.

Foi possível perceber que a organização do SUS e suas características operam tanto como barreiras quanto como facilitadores na perspectiva das ACS para o atendimento de imigrantes. A dificuldade dos imigrantes em entenderem o seu funcionamento pode representar importantes empecilhos para seu acesso, assim como alerta Fassin (2014): a barreira não está apenas no encontro com os profissionais, mas, antes mesmo, disso percebe-se uma dimensão moral e política que dificulta o acesso ao se considerar a compreensão prévia que os imigrantes têm sobre o próprio sistema de saúde, como se fosse um espaço que não pudessem ocupar.

Por exemplo, nem todos os imigrantes sabem da hierarquização dos serviços por nível de complexidade, como no caso da Rede de Atenção Psicossocial, e isso acaba dificultando o acesso e até mesmo à continuidade do acompanhamento, na perspectiva das ACS. No entanto, a gratuidade, universalidade e integralidade de seus serviços são fatores que possibilitam sua utilização em casos de necessidade. Apesar disso, o Estado brasileiro, responsável por operacionalizar o direito à saúde garantido constitucionalmente, não oferece condições adequadas para o acolhimento de imigrantes em suas especificidades: raras são as capacitações ou grupos técnicos de apoio para mediação cultural que sejam mobilizados pelo próprio SUS. Diante disso, iniciativas como a FENAMI (Frente Nacional pela Saúde de Migrantes) se tornam cada vez mais importantes neste cenário, a qual visam a partir de mobilização social e comunitária garantir políticas públicas de acesso e cuidado a esta população.

Os efeitos psicossociais da migração precisam ser ouvidos e de maneira adequada, considerando um cuidado de base comunitária como uma das ferramentas possíveis para uma inclusão no território de acolhida. Além disso, o suporte técnico de mediadores culturais e intérpretes é fundamental nos atendimentos, já que por vezes os profissionais e os imigrantes usuários dos serviços de saúde não falam a mesma língua (Souza-Lopes, 2021). Na falta de políticas públicas que garantam a mediação cultural nos atendimentos, os profissionais foram obrigados a criar outras estratégias por conta própria, como utilizar tecnologias para tradução, para oferecer condições mínimas para que o atendimento pudesse acontecer.

Frente a mais esta dificuldade, as ACS relataram iniciativas de combate próprias, tanto como profissionais individuais, quanto como equipe de saúde, mas também dos imigrantes. Assim, cada profissional buscou aproximar-se da cultura e do mundo dos imigrantes a partir de suas próprias condições de possibilidade. Segundo Foucault (1966/2007), as condições de possibilidade de cada sujeito são produzidas e mantidas por meio das práticas sociais, políticas e discursivas, elas são o resultado de uma série de relações de poder que moldam as formas como as coisas são pensadas, faladas e vividas. Sendo assim, cada ACS e cada território ofereciam condições diferentes de acolhimento aos imigrantes.

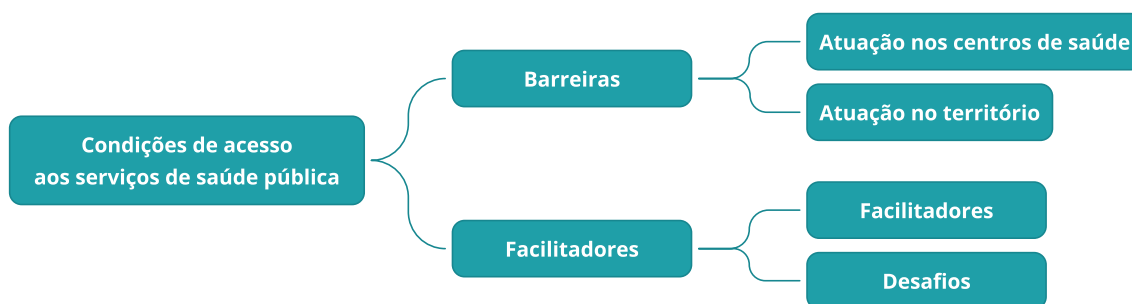
Algumas conseguiram encontrar por meio de identificação religiosa, de costumes alimentícios, de semelhanças entre estruturas familiares ou até mesmo de percursos migratórios, uma vez que nem todas ACS eram naturais de Florianópolis. Como fica evidente na fala de uma das ACS entrevistadas na pesquisa de Souza-Lopes (2021):

Adoro falar que eu sou cristã e eles não são, os mulçumanos. Então pra mim é mágico falar, que a gente fala a mesma linguagem (...) Eles não comem porco, eu também não como. Então eu começo a chegar nessa parte, na parte que eu tenho conhecimento e que eu posso ter uma abertura maior com eles. Maria da Silva (entrevista, 17 de outubro, 2020).

Percebe-se, com isso, possibilidades de encontro entre as experiências vividas e, assim, formas de se aproximar e acolher. Em outros casos, o racismo, a xenofobia e o não conhecimento a respeito das condições sociopolíticas que motivam a imigração se colocaram como barreiras intransponíveis no cuidado e falas como "eles tiram tudo um pouco de nós que já somos daqui" denunciam certo sentimento de competição por parte das próprias ACS. Ou seja, aqui, evidencia-se a perpetuação de discursos pejorativos acerca da migração nas práticas de cuidado em saúde.

As demandas de cuidado dos imigrantes são determinadas não apenas ao seu corpo físico, que sofre, mas também ao seu corpo simbólico, o que nos faz chegar à terceira categoria, Demandas de cuidado dos imigrantes (Figura 5).

**Figura 5. Demandas de cuidado dos imigrantes**



Fonte: Produção dos autores.

Para compreender as dimensões das demandas de cuidado apresentadas pelos imigrantes, foi relatado ser necessário uma sensibilidade por parte das ACS, que oferecem uma escuta ao relato do sofrimento centrado não apenas no agora, numa queixa física do momento, mas também naquilo que os imigrantes passaram e passam para estarem distante de seus países. No entanto, há uma disputa de narrativas nos serviços de saúde, pois há também, segundo as ACS, profissionais que buscaram uma separação entre demandas do corpo e demandas psicossociais, como se uma coisa pudesse estar separada da outra.

Ao passar por um processo migratório, os sujeitos podem ficar em estado generalizado de vulnerabilidade. A perda do referencial cultural de estar em seu próprio país, somada a outras perdas decorrentes do processo migratório, como as dificuldades no país de acolhida podem levar os imigrantes a um estado de vulnerabilidade psíquica, (Martins-Borges, 2013). A vulnerabilidade psíquica é um estado em que, frente à adversidade, o sujeito não consegue recorrer aos seus recursos psíquicos de enfrentamento para lidar com as situações do cotidiano. Neste estado, imigrantes podem apresentar diversos sintomas como tristeza profunda, isolamento social, conflitos com a cultura de origem ou do país de acolhimento, irritabilidade, queixas somáticas, sintomas de fadiga, insônia, dificuldade de concentração, entre outros (Dantas, 2012; Franken, Coutinho e Ramos, 2012; Martins-Borges, 2013).

As ACS relataram que as principais demandas de cuidado apresentadas por homens e mulheres imigrantes são diferentes, pois, partindo de uma compreensão mais integral do processo de saúde-doença, elas entendem que as causas de uma enfermidade estão ligadas às condições às quais os sujeitos estão submetidos. As mulheres, por exemplo, buscam o serviço principalmente para cuidados relativos à saúde do aparelho reprodutivo feminino (consultas para exames preventivos e solicitação de anticoncepcionais) e para acompanhamento gestacional (pré-natal). Já os homens, solicitaram consultas principalmente para tratar de dores decorrentes das atividades laborais que realizam no Brasil, corroborando com o estudo de Barreto et al. (2019), que constatou que problemas de saúde ocorrem muitas vezes em decorrência das condições precarizadas de trabalho e socioeconômicas dos imigrantes.

Portanto, somadas às experiências individuais, os motivos que levam os imigrantes a buscarem os serviços de saúde foram percebidos também a partir de experiências estruturais, ligadas a gênero, classe e raça. Outras ACS perceberam que as condições socioeconômicas e sanitárias dos imigrantes no Brasil, mas também em seu país de origem, são variáveis importantes na determinação de suas demandas de cuidado. Assim, frases como “Eu acredito que (...) [os imigrantes] não tinham acesso ao atendimento médico lá [em seu país de origem], porque quando eles chegam aqui parece que explodiu um monte de coisa na cabeça deles e eles acabam procurando o centro de saúde o tempo todo”, mostram a importância de se olhar para o percurso migratório como um fator significativo na condição de saúde de um imigrante. E falar de percurso migratório envolve um antes, um durante e um depois da imigração.

Esta fala supracitada, aliás, ao evidenciar uma busca "o tempo todo", indica um aspecto moral associado à busca por cuidado em saúde. Na busca por uma explicação plausível para a alta procura pelo serviço, a ACS faz um contraste com o país de origem. A explicação para a frequência atual é a vulnerabilidade do sistema de saúde "de lá", como se especialmente no Brasil fosse possível encontrar espaços de cuidado em saúde em decorrência da característica universal do SUS. Fassin (2012) também nos adverte que a busca por soluções objetivas mascara uma dificuldade de se atentar para os fatores morais associados a determinado acontecimento: e se a busca frequente estiver vinculada, na verdade, a uma necessidade de atenção e cuidado na ordem do reconhecimento?

Na imigração involuntária, onde há exposição à violência e à devastação, essas situações podem se inscrever no psiquismo do sujeito como um trauma, levando-o a um estado de vulnerabilidade psíquica (Jibrin, 2017; Martins-Borges, 2013; Martins-Borges e Pocreau, 2009). Não é apenas o evento em si que caracteriza o que pode ser traumático, mas também a forma como ele é vivenciado e atinge o sujeito (Freud, 1920/2010). Assim, esse "explodir um monte de coisa na cabeça", parece dizer sobre como incide a imigração involuntária no psiquismo de alguns sujeitos. Após passar por um

processo intenso de rupturas, eles podem ficar esgotados psicologicamente, sem conseguir acesso aos seus recursos de enfrentamento usuais (Martins-Borges, 2013). Portanto, a sensibilidade na escuta dos profissionais de saúde para perceber o sofrimento e identificar as demandas implícitas durante o encontro com imigrantes é fundamental para facilitar o acolhimento dessa população e encaminhá-los, quando necessário, para serviços de psicologia. Pois, como nos mostra a literatura e nos confirmam as ACS deste estudo, um sintoma físico nem sempre diz respeito apenas a uma dor no corpo (Dantas, 2012; Franken, Coutinho e Ramos, 2012; Martins-Borges, 2013).

Ou seja, os aspectos psicossociais apresentados nos atendimentos apontam para uma demanda por vínculo, algo que vai além da relação saúde-doença centrada na patologia. Com o público imigrante, vínculo não é um mero detalhe, ao contrário, ele pode representar a melhoria na qualidade de vida, da percepção de inclusão e, até mesmo, de proteção para agravos futuros. Além de buscar o CS para receberem cuidados em saúde, as ACS apontam que este espaço se torna também um ambiente de referência e de orientações sobre como e onde buscar auxílios socioeconômicos para os imigrantes. O CS, portanto, é um espaço que lhes permite encontrar formas sobre como acessar seus direitos básicos e integrar a sociedade brasileira.

Para se criar vínculo é necessário mais do que um atendimento técnico, é necessário acolhimento. O acolhimento está previsto na Política Nacional de Humanização (PNH) como uma estratégia e uma tecnologia de cuidado que deve fazer parte de todos os encontros entre usuários e profissionais dos serviços de saúde do SUS (Presidência da República do Brasil, 2006). Ele é uma postura ética a ser adotada nos atendimentos que implica a escuta das queixas, o reconhecimento e o protagonismo do usuário em seu próprio processo de saúde e adoecimento (Presidência da República do Brasil, 2010). Sendo assim, para que o acolhimento ao usuário aconteça nos CS é necessário que a equipe de saúde trabalhe em conjunto, por ser esta uma prática transversal, que não é responsabilidade apenas de um membro, mas de toda a equipe de saúde (Presidência da República do Brasil, 2010). Portanto, em uma ação territorializada e inclinada ao cuidado singular, as ACS apontam a visita domiciliar como uma ferramenta importante para o acolhimento e cuidado psicossocial dos imigrantes.

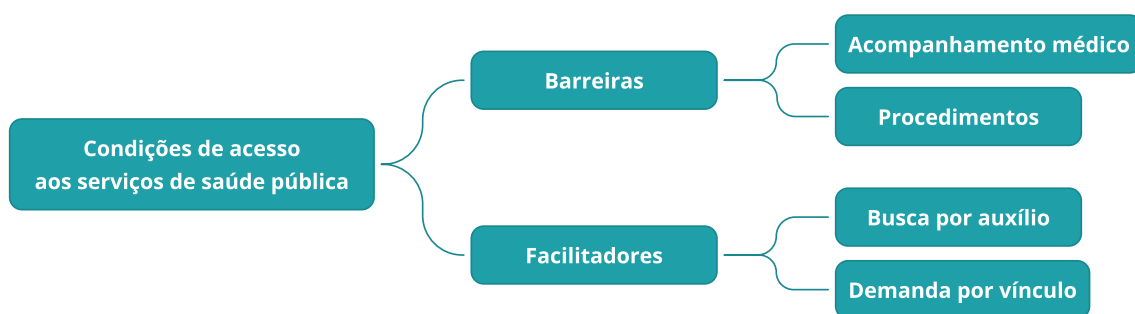
Para além dos muros dos CS, a Visita Domiciliar (VD) é uma atividade fundamental para as ACS na prevenção de agravos e promoção de saúde, ofertando o cuidado por meio de uma concepção ampliada do processo de saúde/doença. Ela consiste em visitar em suas casas usuários em condições de risco, como pessoas acamadas, em pós-cirúrgico ou com mobilidade reduzida, mas não apenas. A VD pode e deve ser realizada sempre que algum profissional de saúde identificar uma situação de risco em alguma família. Por serem o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, as ACS são muitas vezes informantes sobre o que está acontecendo na comunidade e com seus moradores; sobre quem chega e quem vai embora.

O movimento de ir até a casa dos usuários é “cruzar a ponte” em direção à sua realidade. Em um atendimento a imigrantes, essa aproximação pode representar para eles um interesse por parte dos profissionais de saúde por sua realidade e sua cultura, o que tem um imenso potencial para formação de vínculos. Este movimento pode representar um descentramento cultural, ao sair de sua própria perspectiva de mundo e acolher a de um outro (Helman, 2009; Martins-Borges, 2013; Silva, Langdon e Rivas, 2014). Segundo as ACS, buscar saber sobre a cultura dos imigrantes atendidos e ter disponibilidade de ir até suas casas pode auxiliar no acolhimento e diminuir as chances de mal-entendidos ou interrupções abruptas nos tratamentos.

Além disso, o acolhimento pode ser compreendido também como um método de escuta qualificada com a finalidade de oferecer respostas nos mais diferentes contextos (Coutinho, Barbieri e Santos, 2015). A escuta atenta foi uma das estratégias utilizadas pelas ACS para perceber a singularidade e as necessidades dos imigrantes em seu dia a dia de trabalho. Ainda assim, é necessário que profissionais que trabalham em contextos interculturais sejam capacitados para lidar com essas diferenças, pois algumas barreiras não são superadas apenas com o acolhimento (Zucchi e Inoue, 2018). E, quando se fala em capacitação, pensamos sobre ferramentas teórico-práticas que apontem para a sensibilidade cultural, além de fomentar a escuta e acolhida da dor do outro, algo que pode ser lido como um diferencial exclusivo da psicologia, mas que deve ser uma habilidade de todo profissional da saúde.

Esse fato evidencia que a sensibilidade cultural é uma habilidade que precisa ser continuamente construída por meio de capacitações profissionais e mudanças nas estruturas de ensino e atendimento. A última categoria, Práticas de Acolhimento (Figura 6), vai abordar de que maneira as ACS tentam viabilizar o acolhimento no atendimento a imigrantes e o papel da cultura nessas práticas.

**Figura 6. Práticas de Acolhimento**



Fonte: Produção dos autores.

O imigrante que busca cuidado em um CS muitas vezes precisa de mais do que um atendimento técnico e as ACS são, com muita frequência, as

primeiras profissionais a terem contato com os usuários e suas demandas. Por isso, uma escuta atenta de sua parte é fundamental para determinar qual será o melhor encaminhamento para cada sujeito. Os impactos da imigração são físicos, psíquicos e sociais. Portanto, a sensibilidade na escuta dos profissionais de saúde para perceber o sofrimento e identificar as demandas "implícitas" durante o encontro com imigrantes é fundamental para promover acolhimento a esta população.

O CS é um espaço de referência, onde imigrantes buscam auxílio e informações que lhes permitam acessar seus direitos e integrar a sociedade brasileira. Ele cumpre uma função de elo entre a comunidade e o Estado, assim como as ACS funcionam como um elo entre a comunidade e os imigrantes. O acesso à saúde é, portanto, também uma forma de acolher e integrar os imigrantes à nova sociedade, especialmente se consideramos as práticas de acolhimento que entendem a "queixa" apresentada como uma demanda socialmente construída. Assim, neste contato, busca-se não apenas mitigar dores físicas, mas também outras fragilidades.

A pesquisa de Duden e Martins-Borges (2021) aponta para este mesmo caminho ao constatar que os psicólogos entrevistados que trabalham com refugiados no Brasil percebem que atuar fora do próprio consultório, especialmente fazendo visitas domiciliares aos imigrantes atendidos ou acompanhando-os em eventos e até mesmo visitando outras instituições relevantes da rede de apoio, pode facilitar o atendimento a esta população e seu engajamento em seu processo terapêutico. Este tipo de atuação também foi ressaltado pelas ACS como uma potente ferramenta no acolhimento a imigrantes. A VD é uma prática que segue uma perspectiva de cuidado preventiva, que busca ir ao encontro dos usuários e das possíveis causas de enfermidade antes que estes cheguem até o Centro de Saúde. Assim, as ACS seriam responsáveis por passar nas casas dos usuários de seu território de atuação a fim de conhecê-los e de colher dados para o cadastro do CS, que é constantemente atualizado.

Foi nesse movimento, de sair dos muros da instituição e ir até a casa das pessoas, que muitas ACS entrevistadas relataram ter a oportunidade de se aproximar dos imigrantes atendidos em seu CS de atuação, conhecendo um pouco mais de sua história, cultura, costumes e idioma. As ACS percebem que quanto melhor elas conhecem as pessoas que elas atendem, melhor podem oferecer um cuidado adequado às suas especificidades e necessidades. Esta percepção corrobora com a pesquisa de Willey et al. (2018) que constatou que realizar mais visitas domiciliares também emergiu como uma forma de adaptar os atendimentos e contornar as barreiras que surgem do choque cultural entre paciente e profissional/serviço. Assim, disponibilizar mais tempo e recursos para os atendimentos com imigrantes possibilita abordagens flexíveis que poderão contribuir com a redução dos impactos da imigração nas práticas de cuidado (Priebe et al., 2011; Willey et al., 2018).

As práticas de acolhimento mais eficazes, portanto, tiveram em comum a característica de representarem um movimento de descentramento, mesmo - ou talvez principalmente - frente ao desconhecido. A angústia que surge

frente ao desconhecido é aquilo, segundo Devereux (1967), que nos obriga, enquanto investigadores dos fenômenos humanos, a colocar em suspensão nossos métodos, conceitos e lógica própria para tentar compreender não apenas o mundo ao nosso redor, como também aqueles que o habitam e as distintas maneiras como o fazem. No entanto, a angústia é um operador que pode servir tanto para avançar quanto como um empecilho que nos paralisa junto de nossos preconceitos, limitações culturais, afinidades teóricas e metodológicas, reduzindo nossa capacidade de se decompor e de servir de solo fértil para algo diferente nascer.

Sendo assim, a constante adaptação da própria abordagem – profissional, teórica e prática, assim como sair da esfera da psicoterapêutica individual são essenciais na atuação de psicólogos com imigrantes e refugiados. Além disso, muitas vezes na atenção a imigrantes há necessidade de dar suporte de formas não psicoterapêuticas, reconceituando o trabalho clínico, como também político, já que as condições socioeconômicas e sanitárias dos imigrantes no Brasil, e em seu país de origem, são variáveis importantes na determinação de suas demandas de cuidado.

Por isso, é importante ressaltar a necessidade do preparo técnico científico para fundamentar as ações de cuidado e não sobrecarregar alguns membros da ESF com demandas que eles não têm competência técnica para dar conta (Freire et al., 2008). Ter que criar estratégias individuais para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade sem um preparo para tal pode desencadear nos profissionais de saúde um desgaste psicológico (Duden e Martins-Borges, 2021). Para que o acolhimento de imigrantes seja cumprido enquanto diretriz e estratégia de atendimento, é necessário mais que uma formação técnica para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, é importante uma mudança em âmbito estrutural do próprio sistema de saúde, propondo políticas próprias (Brehmer e Verdi, 2010).

A partir das quatro categorias apresentadas acima, percebe-se a importância do conhecimento das necessidades da população imigrante dentro do próprio território, uma vez que é nele que ocorre a inclusão e o encontro entre culturas. Por vezes, as relações de poder estabelecidas na prática profissional criam um distanciamento na relação interpessoal na cena do cuidado e, no caso de imigrantes, isto pode provocar ainda mais barreiras no acesso à saúde. Com a presença de agentes que fazem parte da comunidade na equipe de saúde, promove-se uma relativização de papéis e quem oferece escuta é, inicialmente, aquelas que estabelecem relações mais horizontais com a população.

---

## CONCLUSÕES

Esta experiência aponta para um grande potencial positivo na atuação em conjunto da psicologia com profissionais como as ACS, que atuam diretamente



no território. A posição das ACS, que envolve uma dupla dimensão por fazerem parte tanto da comunidade onde atuam quanto do serviço de saúde, dá a estas profissionais condições únicas de trabalho em proximidade aos usuários do território. Além disso, adentra-se em uma leitura crítica do sofrimento, o qual é construído também na relação com o outro.

Com as entrevistas realizadas com as ACS, foi possível perceber que mesmo que as ACS apresentem certa dificuldade ou estranhamento no encontro entre culturas além de enfrentarem outras dificuldades como as barreiras linguísticas, a falta de capacitação e de suporte técnico (como a falta de tradutores nos serviços, por exemplo), elas apresentaram em suas falas uma compreensão sobre as vulnerabilidades específicas dos imigrantes, assim como uma inclinação profissional direcionada ao cuidado dos mesmos.

Entendemos com este trabalho que o cuidado psicossocial, em se tratando de demandas complexas como migração e refúgio, demanda uma relação que vai para além de uma leitura etnocêntrica da psicologia. Isto aponta para uma necessidade constante de formação tanto para psicólogos como para demais agentes de cuidado em saúde, uma vez que, neste contexto, o profissional da psicologia não é capaz de trabalhar o sofrimento do imigrante sem apoio e suporte de outros profissionais.

Com isso, para trabalhar com imigrantes, a psicologia deve repensar suas estratégias assépticas para adentrar nas relações comunitárias, entendendo que, para isso, é preciso eventualmente realizar atividades interdisciplinares. Com as ACS, nesta pesquisa, por exemplo, é possível perceber que, ainda que haja um olhar de estranhamento para com a população imigrante, elas ressaltam a importância dada para a visita domiciliar e do contato próximo como uma potente estratégia de cuidado e compreensão da demanda.

Para o fazer da psicologia neste contexto, a etnopsiquiatria se confirma como um enquadre epistemológico e metodológico capaz de oferecer ao clínico o descentramento necessário para a escuta de imigrantes, evitando os riscos das normalizações. Ressalta-se da etnopsiquiatria aquilo que Devereux (1972) argumenta sobre a necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente em atendimentos interculturais. O fazer psicológico restrito apenas às suas próprias técnicas pode se mostrar mais patologizante do que promotor de cuidado diante da diferença cultural. Por isso, no trabalho com imigrantes na atenção primária, parece interessante associar, além da etnologia e disciplinas correlatas como propõe Devereux, o olhar comunitário e o vínculo oriundo da relação das ACS no trabalho cotidiano com esta população.

Acreditamos que, para próximas pesquisas, será interessante realizar entrevistas também com psicólogos e com os próprios imigrantes, para que sejam possíveis cruzar as informações e avaliar também a relação estabelecida sob diferentes perspectivas. Além disso, pensamos ser importante ir além dos âmbitos acadêmicos e oferecer a ampla difusão dos dados aqui encontrados, não apenas em artigos, mas em formações junto às equipes de saúde da região pesquisada.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, Laurence (2009). *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo, Brasil: Edições 70.

Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias e Verdi, Marta (2010). Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3569–3578. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>

Butler, Judith (2015). *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro, Brasil: Civilização Brasileira

Cabral, Thamiris Maria Nascimento e Albuquerque, Paulette Cavalcanti de (2015). Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde em Debate*, 39(104), 159-171. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040415>

Caponi, Sandra (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 741-763. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>

Carvalhoes, Flávia Fernandes (2019). Clínica extramuros: decolonizando a Psicologia. *Revista Espaço Acadêmico*, 19(216), 03-13. Recuperado de: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/47665>

Conselho Nacional de Saúde (2013). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. Recuperada de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Coutinho, Larissa Rachel Palhares, Barbieri, Ana Rita, Santos e Mara Lisiane de Moraes dos (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, (39)105, 514-524. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>

Dantas, Sylvia Duarte (2012). Saúde mental e interculturalidade: Implicações e novas proposições diante dos desafios em tempos de globalização. En Dantas, Sylvia Duarte (Ogrs.), *Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais* (pp. 109-160). São Paulo, Brasil: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Recuperado de: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/grupos-pesquisa/dialogos-interculturais/publicacoes/dialogosinterculturais.pdf>

Devereux, Georges (1967) Da angústia ao método nas ciências do comportamento. Tradução de Gabriel Inticher Binkowski (2018). *Lacuna: uma revista de psicanálise*, (6), 6. Recuperado de: <https://revistalacuna.com/2028/11/21/n06-07/>

Duden, Gesa Solveig e Martins-Borges, Lucienne (2021). Psychologists' perspectives on providing psychological care for refugees in Brazil. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(3), 605–633. doi: <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1933909>

Haraway, Donna (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 7-41.

Fanon, Frantz (1968). *Os condenados da terra*. Tradução de José Laurêncio de Melo. Rio de Janeiro, Brasil: Civilização Brasileira.

Fassin, Didier (2014). Compaixão e repressão: a economia moral das políticas de imigração na França. *Ponto Urbe: Revista do núcleo de antropologia urbana da USP*, (15).

Fassin, Didier (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. Berkeley and Los Angeles, Estados Unidos da América: University of California Press.

Faustino, Deivison Mendes e Oliveira, Leila Maria de (2022). Xenoracismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana [online]*, (29)63, 193-210. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312>

Feldman-Bianco, Bela (2015). Apresentação: deslocamentos, desigualdades e violência do estado. *Ciência e Cultura*, 67(2), 20-24. doi: <https://dx.doi.org/10.21800/2317-66602015000200009>

Foucault, Michel (1974/2006). *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Foucault, Michel (1966/2007). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Foucault, Michel (1979/2008). *O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Foucault, Michel (2008/1969). *Arqueologia do saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.

Foucault, Michel (1963/2011). *O nascimento da Clínica*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.

Fontanella, Bruno José Barcellos, Ricas, Janete e Turato, Egberto Ribeiro (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

Franken, Ieda; Coutinho, Maria da Penha de Lima e Ramos, Maria Natália Pereira (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão [online]*, 32(1), 202-219. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100015>

Freire, Laís Aparecida Melo; Storino, Luísa Pereira; Horta, Natália de Cássia; Magalhães, Rafaela Pereira e Lima, Telma (2008). O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 12(2), 271-277. Recuperado de: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/268>

Freud, Sigmund (1921/2011). *Psicologia das massas e análise do eu*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras.

Freud, Sigmund (1919/2019). *O infamiliar / Das Unheimliche, seguido de O Homem da Areia*. Tradução de Ernani Chaves, Pedro Heliodoro Tavares e Romero Freitas. Belo Horizonte, Brasil: Autêntica.

Gondim, Grácia Maria de Miranda; Monken, Mauricio; Rojas, Luisa Iniguez; Barcellos, Christovam; Peiter, Paulo; Navarro, Marli e Gracie, Renata (2008). O território da saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. Recuperado de: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS\\_CURSO\\_VIGILANCIA/20.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf)

Guareschi, Pedrinho (2005). *Psicologia social como prática de libertação*. Porto Alegre, Brasil: Edipucrs.

Granada, Daniel; Carreno, Ioná; Ramos, Natália e Ramos, Maria da Conceição Pereira (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 285-296. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>

Hacker, Karen; Anies, Maria; Folb, Barbara L. e Zallman, Leah (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, 8, 175-183. doi: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173>

Helman, Cecil G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Tradução de Francisco Arsego e Ane Rose Bolner. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010). Recuperado de: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_gerais\\_amostra/def\\_ault\\_resultados\\_gerais\\_amostra.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/def_ault_resultados_gerais_amostra.shtm).

Interagency Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela (2022). End-Year Report 2022: Regional Refugee and Migrant Response Plan. Recuperado de: <https://www.r4v.info/en>

Jaeger, Fabienne N.; Pellaud, Nicole; Laville, Bénédicte e Klauser, Pierre (2019). The migration related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC health services research*, 19(1), 429. Recuperado de: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4164-4>

Jibrin, Márcio (2017). *Acolhimento psicológico de imigrantes involuntários: um encontro com a alteridade* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/182702>

Kilomba, Grada (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. São Paulo, Brasil: Editora Cobogó.

Knobloch, Felicia (2015). Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, 26(2), 169-174.

Machado, Gustavo da Silva; Barros, Allyne Fernandes Oliveira e Martins-Borges, Lucienne (2019). A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Santa Catarina. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(55), 79-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005506>

Martín-Baró, Ignacio (1998). *Psicología de la Liberación*. Madrid, Espanha: Trotta.

Martín-Baró, Ignacio (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología sin fronteras: revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria*, 1(2), 7-14.

Martins-Borges, Lucienne e Pocreau, Jean-Bernard (2009). Reconhecer a diferença: O desafio da Etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*, 15(1), 232-245. doi: <https://doi.org/10.5752/627>

Martins-Borges, Lucienne (2013). Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 151-162. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000100009>

Martins-Borges, Lucienne, Jibrin, Marcio e Barros, Allyne Fernandes Oliveira (2015). Clínica intercultural: a escuta da diferença. *Contextos Clínicos*, 8(2), 186-192. doi: <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.07>

Papadopoulos, Renos K. (2002). Refugees, home and trauma. En Papadopoulos, Renos K. (Ed.), *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*. London and New York: Routledge.

Pelbart, Peter Pal (2016). *Cartography of Exhaustion: Nihilism Inside Out*. Minneapolis, Estados Unidos da América: Univocal Publishing.

Priebe, Stefan; Sandhu, Simas; Dias, Sonia et al. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11, 187. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>

Pussetti, Chiara (Coord.) (2009). *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Lisboa, Portugal: Observatório da Imigração.

Presidência da República do Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, Distrito Federal: Diário Oficial da União. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Presidência da República do Brasil (2001). *Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, Distrito Federal: Diário Oficial da União. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

Presidência da República do Brasil (2006). *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências*. Brasília, Distrito Federal: Diário Oficial da União. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm)

Presidência da República do Brasil (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Série B - Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)

Presidência da República do Brasil (2014). *Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Cadernos de Atenção Básica, 39. Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf)

Risson, Ana Paula; Matsue, Regina Yoshie e Lima, Ana Cristina Costa (2018). Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais. *O Social em Questão*, 21(41), 111-130, Recuperado de: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_41\\_art\\_5\\_Risson\\_Matsue\\_Lima.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_5_Risson_Matsue_Lima.pdf)

Rocha, Eduardo (2004). Etnocentrismo. En L. F. D. Proença (Ed.), *Dicionário de política cultural: cultura e imaginário* (pp. 266-270). São Paulo, Brasil: Iluminuras/FAPESP.

Rosa, Miriam Debieux; Berta, Sandra Letícia; Carignato, Taeco Toma e Alencar, Sandra (2009). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 497-511. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000300006>

Santos, Milton (1996). *Por uma Geografia Nova: Da crítica da Geografia a uma Geografia Crítica*. São Paulo, Brasil: Editora Hucitec.

Sawaia, Bader Burihan (2001). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão-inclusão. En Sawaia, Bader Burihan (Org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*, (pp. 97-118). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.

Silva, Karine de Souza; Rocha, Carolina Nunes Miranda Carasek da e D'Avila, Lucas (2020). Invisibilizados na ilha do Desterro: os novos fluxos de imigrantes e refugiados em Florianópolis. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, 15(1). doi: <https://doi.org/10.5902/1981369433488>

Silva, Antonio Carvalho; Langdon, Esther Jean e Ribas, Dulce Lopes (2014). Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas Comunidades Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul. *Ciência Humana e Sociais em Revista*, 36(1), 07-25.

Sousa, Gianne Carvalho de (2007). *O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção a pessoas em sofrimento mental* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-22062007-085851/>

Souza-Lopes, Júlia de (2021). *O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em Florianópolis* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/229275>

United Nations High Commissioner for Refugees (2021). UNHCR Global Report 2021. Geneva, Suíça: UNHCR. Recuperado de: [https://reporting.unhcr.org/globalreport2021/#\\_ga=2.6930418.1911037199.1667207233-1893859257.1666012963](https://reporting.unhcr.org/globalreport2021/#_ga=2.6930418.1911037199.1667207233-1893859257.1666012963)

Vázquez, María-Luisa; Vargas, Ingrid; Jaramillo, Daniel López; Porthé, Victoria; López-Fernández, Luis Andrés; Vargas, Hernán; Bosch, Lola; Hernández, Silvia S. e Azarola, Ainhoa Ruiz (2016). Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health policy: Amsterdam, Netherlands*, 120(4), 396–405. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.011>

Willey, Suzanne M.; Cant, Robyn P.; Williams, Allison; McIntyre, Meredith (2018). Maternal and child health nurses work with refugee families: Perspectives from regional Victoria, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17-18), 3387–3396. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14277>

Zucchi, Eliana Miura e Inoue, Silvia Regina Viodres (2018). Acolhimento de Refugiados e Migrantes Forçados: desafios para a atenção primária. En Jubilut, Liliana Lyra; Frinhani, Fernanda de Magalhães Dias e Lopes, Rachel de Oliveira (Org.), *Migrantes forçados: conceitos e contextos*. (pp. 775-790). Boa Vista, Brasil: Editora da UFRR.