



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

MARIA ESTELA AQUINO CAPARELLI

**Pode a criança imigrante falar? Um olhar sobre dispositivos de cuidado em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas**

SÃO PAULO

2025



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

MARIA ESTELA AQUINO CAPARELLI

**Pode a criança imigrante falar? Um olhar sobre dispositivos de cuidado em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia da PUC-SP, sob orientação do Prof. Dr. João Perci Schiavon

SÃO PAULO

2025

*A Davids, Estelas e Marias,  
que nos ensinam todos os dias  
que só os sonhos podem traçar fronteiras.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. João Perci Schiavon, por sua escuta atenta e pela confiança em meu processo de investigação. Sua orientação foi essencial para que este trabalho encontrasse contornos e profundidade.

À Profa. Dra. Dinamar Aparecida Gaspar Martins, minha orientadora no projeto de pesquisa, agradeço por seu incentivo constante e todo o apoio nessa jornada.

Ao Prof. Dr. Paulo Carvalho, pelas trocas valiosas sobre migração e Psicanálise, que ampliaram as fronteiras desta pesquisa. Minha gratidão também pelo apoio generoso como parecerista deste trabalho.

À equipe do UNICEF, especialmente do escritório de Roraima, pela parceria incansável e pelo trabalho no campo da migração. Sempre tenho nossa luta em meu coração.

Às pessoas entrevistadas Julia Matsch, Lisette Weissmann, Maria Cecília Pereira da Silva e Pedro Seincman, minha mais sincera gratidão pela generosidade em compartilhar experiências, reflexões e histórias que foram fundamentais para a construção deste trabalho.

À Josi Paz e amigos da PUC, que fizeram a experiência do TCC e da graduação muito mais interessante e divertida. Obrigada por estarem ao meu lado.

À Lucius, agradeço por todo o amor e apoio incondicional. Você foi paz e inspiração em meio à essa travessia.

Ao meu pai, David, e à minha mãe, Estela, obrigada por me fazer acreditar que barreiras são sempre inventadas e que é possível cruzar fronteiras geográficas, simbólicas e afetivas.

À Marylin, por sempre me fazer acreditar que um outro mundo é possível.

E à minha filha Maria, por seu olhar sempre atento e pelos ensinamentos diários sobre o mundo. Com você, as pedras ganham asas.

## RESUMO

Um número histórico de migrantes e refugiados chega às fronteiras de países do Ocidente em razão de guerras, conflitos ou desastres naturais ou melhores condições de vida, incluindo crianças e adolescentes. Diversas pesquisas descrevem os efeitos negativos na saúde mental de crianças e adolescentes como o estresse pós-traumático e a depressão, mas estudos apontam a ausência de uma análise que leve em consideração aspectos culturais, sociais e econômicos e os riscos de restringir a análise a aspectos biomédicos e farmacológicos. No contexto de elaboração de uma nova política nacional para migrantes, refugiados e apátridas no Brasil e levando-se em consideração que a infância e a adolescência devem ser prioridade absoluta das políticas públicas, a pesquisa buscou compreender as especificidades do cuidado em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas em São Paulo a partir de uma revisão bibliográfica e de entrevistas semiestruturadas com psicanalistas. Por meio da pesquisa, observou-se que a criança migrante ou refugiada corre o risco de um triplo silenciamento: pode deixar de ser ouvida pelos pais, pelas pessoas em seu novo entorno e, ainda, de ser calada pelos processos de violência econômica, social e cultural provocada pelo Outro. A pesquisa propõe uma reflexão sobre os dispositivos clínicos a partir dos conceitos de criança-sujeito e criança-imigrante, indicando balizadores para uma ética da clínica com crianças-imigrantes. Uma ética que crie condições para que elas sejam crianças-sujeito do próprio desejo e de seus direitos, como prevê a legislação brasileira.

**Palavras-chave:** migração; refúgio; infância; saúde mental; psicanálise

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
2.1. Criança imigrante e saúde mental	12
2.2. Dispositivos de cuidado em saúde mental	15
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>4. MÉTODO</b>	<b>16</b>
4.1. Revisão de escopo ( <i>scoping review</i> )	16
4.2. Procedimento de coleta de informações	18
4.2.1 Instrumentos	19
4.2.2 Procedimento para as entrevistas	19
4.2.1. Aspectos éticos	20
4.2.4. Método para coleta e análise de dados	20
<b>5. RESULTADOS: REVISÃO DE ESCOPO</b>	<b>21</b>
5.1. Dispositivos clínicos e compreensão sobre a infância	27
5.2. Desafios da clínica	28
5.3. Proposta da clínica	30
5.4. Trabalho em rede: abordagem ecossistêmica	34
<b>6. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E DISCUSSÃO</b>	<b>35</b>
6.1. Psicanálise com crianças: breve histórico	35
6.2. Análise das entrevistas	38
6.2.1. Quem é essa criança?	38
6.2.2. Trabalho em rede e o analista implicado	44
6.2.3. Atender uma criança-imigrante	46

6.2.4. Contribuição da Psicanálise	47
6.2.5. Criança-imigrante e criança-sujeito	48
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO I:</b>	<b>64</b>
Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	64
<b>ANEXO II:</b>	<b>68</b>
Roteiro de entrevista	68
<b>ANEXO III</b>	<b>71</b>
Transcrição das entrevistas	71
Primeira entrevista: Pedro Seincman	72
Segunda entrevista: Julia Bartsch	81
Terceira entrevista: Maria Cecília Pereira da Silva	87
Quarta entrevista: Lisette Weissmann	94



*“Estar à escuta das crianças. Não é observá-las como um objeto de pesquisa, nem procurar educá-las, mas respeitar, amar nelas essa geração nova que elas trazem. Sabemos sempre até que ponto estamos à escuta sem fingir, sem interferir, sem perturbar as ondas?”*

*(Françoise Dolto, A causa das crianças)*

## **1. INTRODUÇÃO**

Pode a criança imigrante falar? A pergunta que deu título a este trabalho parte da reflexão de que crianças, em especial as imigrantes, encontram-se à margem dos regimes discursivos hegemônicos, o que, nessa perspectiva, as posiciona como sujeitos subalternos tal como apresentado por Spivak (2010). Em sua obra “Pode o subalterno falar?”, a autora crítica os intelectuais que, ao falarem em nome deste outro para construir discursos de resistência, podem acabar reproduzindo os modelos repressores que buscam contestar. Em lugar de amplificar as vozes dos chamados sujeitos subalternos, reforçam seu silenciamento, perpetuando uma dinâmica de controle sobre suas narrativas. Partindo desse fio condutor epistêmico, revisito a pergunta para discutir a escuta da criança imigrante nos dispositivos de cuidado em saúde mental e, em especial, na clínica psicanalítica: pode a criança imigrante falar?

Este é o ponto de partida para o presente trabalho sobre a práxis dos dispositivos de cuidado em saúde mental, que tem como premissa fundamental a perspectiva da criança e busca contrapontos a modelos adultocêntricos, adaptativos ou regulados pela patologização da experiência migratória. A proposta está baseada na ideia de que uma criança-imigrante é também uma criança-sujeito. Considero que esses dois conceitos (criança-imigrante e criança-sujeito), que deveriam caminhar lado a lado, devem ser explicitados nas discussões sobre uma ética da clínica psicológica ou psicanalítica para a criança imigrante. A criança deve ser considerada em sua condição de migrante para ter garantido seu acesso a direitos. Mas, para além disso, essa mesma criança, que caracterizo como criança-sujeito para situar

conceitos, deve ser escutada pelos profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde mental a partir de sua própria singularidade, para além de sua condição migratória ou pressuposições teórico-clínicas. Nesse sentido, apresenta-se aqui um convite ao deslocamento do conceito de infância como um momento em que o sujeito é incapaz de expressar-se, como denotado na origem etimológica da palavra infância<sup>1</sup>. Estas reflexões serão apresentadas neste trabalho, como será descrito a seguir.

Logo de início, considero relevante explicitar que a origem desta pesquisa está relacionada à minha história pessoal. Faço parte de uma família de imigrantes. Minha mãe deixou Assunção, no Paraguai, com destino a São Paulo aos 25 anos de idade, na década de 60, em busca de uma vida melhor no país vizinho. Encontrou em São Paulo meu pai, filho de um imigrante italiano que havia deixado a cidade de Cosenza, na Itália, em busca de melhores condições de subsistência no Brasil. Essa narrativa familiar trazia notícias das dificuldades da vida pregressa, dos poucos recursos financeiros, das histórias das aventuras da viagem ao Brasil e das adversidades em São Paulo.

Nasci em São Paulo, um entrecruzamento de múltiplos fluxos migratórios, assim como milhões de outras pessoas paulistanas. Cresci em meio à mescla constante e polifônica de diferentes discursos proferidos em português, *portuñol*, guarani e italiano. A transmissão cultural foi tumultuada e, na maior parte do tempo, fragmentada. Na dinâmica familiar, o que importava era garantir melhores condições econômicas no novo país, o que seria possível sendo brasileira, falando português e aprendendo o inglês.

Assim foi dito, assim foi feito. O modelo econômico que ditou a trajetória dos membros de minha família me afastou de saberes originários enquanto abria caminhos para as palavras de ordem: buscar melhores condições de vida. A língua inglesa me ajudou a garantir o acesso a espaços e oportunidades, incluindo uma bolsa de um programa do governo britânico que me permitiu realizar meu mestrado em Desenvolvimento Social no Reino Unido. Após o período de estudos voltei ao Brasil e, em 2008, iniciei uma trajetória profissional no Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde tive a oportunidade de trabalhar com emergências e o tema da migração em países como o Brasil, Angola, Venezuela e Myanmar.

---

<sup>1</sup> Infância, do latim *infantia*, que deriva da palavra *infans* que expressa a ideia de alguém que não fala ou não pode falar.

Em 2023 minha história se entrelaça com a crise migratória venezuelana na fronteira com o Brasil. Neste ano, assumo a Coordenação do Escritório do UNICEF em Roraima, responsável pela gestão da resposta do UNICEF para o fluxo migratório de pessoas venezuelanas no Brasil. Neste momento, depois de constatar as necessidades de crianças e adolescentes migrantes e a importância da Psicologia nesses contextos, decidi me especializar na área de Psicologia em Emergências, em particular no atendimento a crianças e adolescentes migrantes. Como Coordenadora do Escritório do UNICEF em Roraima, pude vivenciar os desafios das famílias migrantes e das nossas equipes para o atendimento a crianças, adolescentes e suas famílias. Com a crise econômica e social na Venezuela, o fluxo de venezuelanos para o Brasil cresceu de forma significativa nos últimos anos. De acordo com o relatório do Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes, entre janeiro de 2017 e março de 2024 mais de um milhão de venezuelanos entraram no Brasil, sendo que mais da metade (568.058) permaneceu no país. Deste total, 29% eram crianças e adolescentes (Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes, 2024). De acordo com o mesmo relatório, a maioria dos migrantes (76%) entrou no País pela fronteira norte do Brasil, no Estado de Roraima, e se concentrou nos municípios de Pacaraima e Boa Vista, capital do Estado. Para acolher parte dessa população, 11 abrigos oficiais foram criados em Boa Vista e dois em Pacaraima com gestão da chamada Operação Acolhida, uma iniciativa liderada pelas Forças Armadas e pelo governo federal, com apoio das agências da ONU e outras organização não governamentais (UNICEF, 2019).

Em Roraima, constatei que a experiência da migração forçada é mais do que um deslocamento geográfico. É um ato social e psíquico (Sayad, 1998; Moro, 2015; Rosa, 2016). De acordo com Moro (2015), o deslocamento migratório acontece a partir de um contexto histórico e político e gera uma ruptura entre a vida antes e depois da viagem. Esse movimento rumo ao novo destino ou deslocamento migratório pode acarretar uma desorganização da constituição cultural do sujeito e não se restringe ao tempo da viagem, com a chegada ao novo destino. Segundo ela, essa experiência começa no país de origem, com vivências muitas vezes traumáticas como aquelas enfrentada por refugiados que sofrem tortura. Essas experiências têm impactos que reverberam na vida do migrante ou refugiado, na sua família e nas gerações seguintes (Moro, 2015).

Durante minha pesquisa, constatei que as categorias de migração, imigração e refúgio são polifônicas e adotadas de acordo com marcos político-epistêmicos de quem aborda do tema. Em linhas gerais, o termo migração é adotado para se referir ao fenômeno do deslocamento humano de maneira ampla, enquanto o termo "imigração" é apresentado para apontar a ideia de entrada de pessoas em um novo país. Di Cesare (2020), no entanto, diverge da compreensão do "migrar" como sinônimo de um "deslocar-se". Migrar, do latim *migrare*, indicaria algo além do simples movimento, ou seja, nos remeteria a ideia de uma troca complexa, a do lugar, e se realizaria, por isso, "na paisagem em que se encontra o estrangeiro, onde se inaugura a práxis ético-política da hospitalidade" (Di Cesare, 2020, p. 125).

Outro debate diz respeito à distinção jurídica entre migrantes e refugiados. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) diferencia os conceitos de migração e refúgio a partir das causas dos deslocamentos. A migração, que pode ser temporária ou permanente, estaria relacionada a um processo voluntário, de pessoas em busca de melhores condições de vida. O refúgio diria respeito a pessoas que fogem de perseguições, conflitos armados, violência generalizada ou violações graves de direitos humanos em seus países de origem e que não podem retornar tendo, desta forma, dispositivos de proteção específicos (ACNUR, 2016).

Para Rosa (2016), estas definições não reconhecem a exclusão social e econômica vivenciada pelos migrantes como uma violação de direitos, sendo insuficiente para a concessão do status de refugiado. Por essa razão, adota o termo "imigração forçada" para se referir ao fenômeno e explicitar suas dimensões sociopolíticas. Sociólogos e estudiosos da temática têm utilizado o conceito de "migração forçada" para se referir ao deslocamento e movimentos involuntários de pessoas que deixam seus países de origem ou se deslocam em seu próprio país para encontrar melhor condições de subsistências (Arias, 2022). Como forma de enfatizar o movimento de entrada no Brasil e para explicar as dimensões do sofrimento e violência da experiência migratória, utilizarei os termos migração forçada ou imigração forçada nas referências ao processo de deslocamento de crianças e suas famílias que deixaram seu país na tentativa de ter seus direitos garantidos para diferenciar o deslocamento dos movimentos migratórios voluntários.

## 2. JUSTIFICATIVA

### 2.1. Criança imigrante e saúde mental

De acordo com a International Organization for Migration (IOM), estima-se que existam 281 milhões de migrantes em todo mundo, 3,6% da população. Deste contingente, 28 milhões são crianças (1,4% do total de crianças no mundo). O número de indivíduos deslocados devido a conflitos, violência, desastres e outras razões atingiu os níveis mais elevados dos registos modernos, atingindo 117 milhões (OIM, 2024).

O Brasil, que tem sido um país de destino de migrantes desde o século 20, continua acolhendo imigrantes que deixaram forçosamente seus países nos últimos anos. De acordo com Cavalcanti *et al* (2022), no final de 2019, início do período pandêmico, foram registrados nos postos de fronteira brasileiros 29,6 milhões de movimentos. Os autores apontam que em 2022, após a pandemia, foram 19 milhões, com a presença de 1,5 milhão imigrantes no país entre 2011 e 2022. No mesmo levantamento mostraram que venezuelanos e bolivianos foram as nacionalidades que mais solicitaram residência no Brasil em 2022. Seguindo a tendência dos anos anteriores, apontam que o número de mulheres, crianças e adolescentes tem aumentado de forma consistente nos últimos anos. Em 2022, o número de menores de 15 anos solicitantes foi quase igual ao da faixa etária de maior volume, 25 a 39 anos.

Para a criança e para o adolescente<sup>2</sup>, a imigração forçada pode ser um processo ainda mais disruptivo do que para os adultos. Durante a viagem e em seu novo destino, essa população se torna ainda mais vulnerável à violência e ao abuso, correndo o risco de sofrer nas mãos de contrabandistas ou ser escravizados por traficantes (UNICEF, 2017). Nessa faixa etária, o sujeito é mais suscetível à violência física e psíquica (Laczko *et al*, 2019). A partir de uma revisão bibliográfica abordando os impactos psíquicos da migração, Abdi (2018) concluiu que há evidências apontando que esses deslocamentos afetam o bem-estar psíquico de crianças

---

<sup>2</sup> De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, criança é todo o ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes (CDC, 1989).

migrantes. Outras pesquisas também relatam situações de perda e trauma das famílias e crianças migrantes que chegam ao seu novo destino (Bronstein *et al*, 2011; Fazel *et al.*, 2014; Antunes, 2015).

Kirmayer *et al* (2011) estudaram a experiência da migração a partir de três diferentes estágios que categorizaram como pré-migração, curso da migração e pós-migração e constataram que as crianças migrantes enfrentam estressores em cada um deles. O sofrimento psíquico da experiência de deslocamento é apontado ainda por Bronstein *et al* (2011), que realizaram uma revisão bibliográfica de pesquisas sobre a saúde mental<sup>3</sup> de crianças refugiadas que mudaram para países do ocidente. Os estudos analisados mostraram que esse grupo apresentou estresse pós-traumático e depressão e que fatores como as condições do processo de deslocamento, experiências traumáticas cumulativas pré-migração e estressores pós-migração podem ter influências nesses sintomas. Esses estudos apontam para o fato de que crianças e adolescentes, que já enfrentavam as condições extremas que levaram suas famílias a migrarem, podem encontrar situações adversas também no novo país ao se deparar com fatores de estresse no processo de entrada, violência, ausência de acesso à escola ou incompreensão de seus pares e professores devido às questões do idioma ou culturais (Bronstein *et al*, 2011).

Tendo como base os estudos supracitados, é possível afirmar que existem evidências demonstrando que a migração pode gerar efeitos traumáticos importantes em crianças, adolescentes e suas famílias. No entanto, autores como Knobloch (2015) e Pussetti (2010) alertam para os riscos de uma análise da experiência migratória limitada ao traumático ou a patologias psíquicas. Como aponta Pussetti (2010), um recente exemplo do discurso do uso de medicamentos como forma de superação de sintomas está na proposta do psiquiatra catalão Joseba Achotegui, que chegou a identificar uma nova categoria diagnóstica para definir o conjunto de sintomas dos migrantes, que nomeou de Síndrome de Ulisses ou Síndrome de Estresse Múltiplo e Crônico ligado à Migração (Achetegui, 2004). Para autora, essas narrativas restringem o migrante ao lugar de frágil e vulnerável e retira a atenção da análise de questões

---

<sup>3</sup> De acordo com a World Health Organization (WHO), a saúde mental é “um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade” (WHO, 2021, p. 1). Em relação às crianças, a OMS aponta dimensões relacionadas ao desenvolvimento como, por exemplo, a capacidade de organizar ideias, emoções e interagir com outras pessoas, o que permite o aprendizado e sua participação com pares, famílias e sociedade (WHO, 2021).

políticas e econômicas, também relevantes para a compreensão do fenômeno e de identificação de apoio adequado a esses grupos.

Em sua reflexão sobre atendimento psicossocial no contexto de emergências, Papadopoulos e Gionakis (2018) também identificaram uma tendência de equipes de atendimento psicossocial em emergências a perceber as alterações fundamentais nas realidades daqueles que foram expostos a formas de adversidade como produzindo efeitos exclusivamente negativos ou exclusivamente positivos (Papadopoulos e Gionakis, 2018, p.3). Para Knobloch (2015), a vinculação da migração apenas ao traumático e a patologias desconsidera outros fatores que geram sofrimento psíquico, que podem ser sociais, políticos e econômicos. Segundo a autora, essa abordagem que se limita as possibilidades de atendimento medicamentoso e ao controle farmacológico pode, inclusive, agravar o quadro sintomatológico da pessoa migrante.

Mesmo diante da relevância do tema, há uma escassez de evidências sobre a implementação de iniciativas ou dispositivos de cuidado em saúde mental, como aponta Dickson *et al* (2024) a partir de uma revisão bibliográfica sobre impactos dos serviços de programas de saúde mental e atendimento psicossocial para pessoas deslocadas em países de renda baixa e média. Além disso, estudos sobre o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes imigrantes têm analisado categorias patologizantes do fenômeno, havendo a necessidade de estudos que também considerem as dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas que afetam esses sujeitos.

As reflexões sobre o tema também se justificam a partir da premissa de que crianças e adolescentes devem ser prioridade absoluta das políticas públicas<sup>4</sup> e no contexto da elaboração de uma Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia (PNMRA), discutida por meio do Grupo de Trabalho criado por meio da Portaria MJSP nº 290, de 23 de janeiro de 2023 instituída pelo Brasil pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). Esse Grupo de Trabalho (GT) contou com a participação de representantes da sociedade civil, do poder público, academia, incluindo o Conselho Federal de Psicologia (CFP).

---

<sup>4</sup> De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criança e o adolescente devem ser priorizados pelas políticas públicas e sociedade como “sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento” (MDHC, 2021).

## 2.2. Dispositivos de cuidado em saúde mental

Mesmo com diversas evidências sobre a necessidade de acolhimento emocional e psíquico das crianças, adolescentes e suas famílias, essa população enfrenta barreiras para acesso a serviços de atendimento psicossocial mesmo quando disponíveis. Essas barreiras são erguidas por fatores como o estigma e a falta de serviços culturalmente adequados (Abdi, 2018). Para compreender como é realizado e o que requer o cuidado em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas, a presente pesquisa analisou aspectos da oferta de serviços a partir do conceito de dispositivo como apresentado pelo filósofo francês Michel Foucault, ou seja, como uma composição heterogênea de discursos, instituições, leis em que residem saberes ditos e não ditos em uma determinada sociedade ou momento histórico (Foucault, 2002; Agamben, 2009). A partir de Foucault, Deleuze (1996) aborda os dispositivos em sua capacidade de orientar e agenciar sujeitos, como “máquinas de fazer ver e falar” (Deleuze, 1996, p. 84).

Importante notar que no Brasil as crianças migrantes e refugiadas têm os mesmos direitos garantidos pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), incluindo o acesso aos cuidados dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico como parte do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2024). Em países como Brasil e outros que acolhem migrantes e refugiados, os dispositivos são oferecidos por governos, organizações não governamentais e agência do Sistema da Nações Unidas. O Comitê Permanente Interagências (IASC) é um dos mecanismos de coordenação de ações humanitárias, inclusive aquelas relacionadas à migração forçada. Foi criado em 1992 como resposta à Resolução 46/182 da Assembleia Geral da ONU (IASC, 2007) e é formado por agências da ONU e outras organizações não governamentais e apresenta diretrizes para apoiar equipes envolvidas em respostas humanitárias a planejar, estabelecer e coordenar intervenções multisetoriais com foco na saúde mental e bem-estar psicossocial das pessoas afetadas por emergências (*ibidem*, 2007). O órgão oferece orientações gerais para os serviços de atendimento psicossocial nessas situações críticas sem, no entanto, detalhar programas específicos ou dispositivos para crianças e adolescentes migrantes e refugiados.

### 3. OBJETIVOS

A pesquisa buscou compreender as especificidades do cuidado em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas no município de São Paulo a partir de uma revisão bibliográfica e, com base nos resultados, foi realizada uma análise sobre os atendimentos com orientação psicanalítica por meio de entrevistas semiestruturadas.

Procurou-se conhecer como os dispositivos clínicos consideram a perspectiva e as demandas da criança no cuidado em saúde mental e de que forma garantem um atendimento clínico que considera a singularidade de cada sujeito e seus direitos.

### 4. MÉTODO

A presente pesquisa adotou a metodologia da revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*) e, a partir desse levantamento, optou-se pelo aprofundamento do tema por meio de entrevistas semiestruturadas com pessoas psicólogas e psicanalistas com experiência no atendimento à criança imigrante, particularmente em São Paulo. A técnica da entrevista semiestruturada foi adotada para garantir uma aproximação com os sujeitos que estão em contato com o fenômeno investigado.

#### 4.1. Revisão bibliográfica

A revisão de escopo tem sido utilizada para mapear literatura sobre temas específicos, estudos existentes, e analisar a extensão das investigações realizadas. De acordo com Arksey e O'Malley (2005), em lugar de ser orientada por uma pergunta de pesquisa muito específica, que exige a busca por desenhos específicos de estudo, como ocorre em uma revisão sistemática, a metodologia de revisão de escopo é guiada pela necessidade de identificar toda a literatura relevante, independentemente do desenho do estudo. De acordo com os autores, este tipo de revisão contribui para definir a viabilidade de uma revisão sistemática, que requer um número suficiente de produção acadêmica para ser realizada. O método também segue etapas de forma estruturada para assegurar transparência e replicabilidade, mas não apresenta como objetivo avaliar a qualidade das evidências produzidas (Armstrong *et al*, 2011). A

revisão seguiu as cinco etapas sugeridas por Arksey e O'Malley (2005): i) identificação da pergunta de pesquisa, ii) identificação de estudos relevantes, iii) seleção dos estudos, iv) mapeamento de dados e v) resumo e apresentação de resultados.

A revisão bibliográfica abrangeu artigos brasileiros nas bases da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui as bases da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e MEDLINE, e PsycINFO. Em razão do limitado número de estudos sobre o tema, optou-se por também realizar a pesquisa por meio do Google Scholar.

Os descritores utilizados para busca foram selecionados a partir do vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português e inglês e combinados por meio dos seguintes operadores booleanos (AND e OR): (Emigrantes OR Imigrantes OR Emigrants OR Immigrants OR migração OR migration OR migrant\* OR refugiad\* OR refugee) AND (criança OR child\*) AND (psicol\* OR psychoanal\* OR psychol\*) AND ("mental health services" OR "serviços de saúde" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "psychoterapy" OR "psicoterapia" OR "psicologia clínica" OR "clinical psychology").

Foram considerados como critérios de inclusão: i) artigos completos; ii) artigos em português ou inglês e iii) artigos que abordam o cuidado em saúde mental de crianças imigrantes no Brasil. Os critérios de exclusão foram: a) produções que não abordavam o tema do cuidado em saúde mental de crianças imigrantes; b) produções que não abrangiam intervenções no Brasil; c) produções em outro idioma que não o português ou inglês. Para evitar a duplicação das informações, os dados foram cruzados. Para a análise e interpretação dos dados foi utilizado o método de Bardin (1997), que permitiu identificar padrões e analisar a produção textual. Esse exercício de análise foi realizado em três etapas: pré-análise, com a organização dos materiais mapeados; exploração ou manejo do material, incluindo etapas de codificação em categorias temáticas e, por fim, tratamento dos resultados e interpretação.

É importante apontar que as limitações da revisão, já eram previstas em razão do escopo do tema e da área geográfica escolhida. Ficou evidenciado a escassez de artigos nas bases de dados selecionadas e, para mitigar essa limitação, optou-se por estratégias de busca ampliadas como inclusão do Google Scholar como base de dados e de literatura cinzenta (dissertações, teses, relatórios, manuais técnicos, e publicações institucionais), além de consulta a pesquisadores ou profissionais que atuam ou já atuaram com a temática da pesquisa.

## 4.2. Procedimento de coleta de dados

A partir dos resultados da revisão de escopo, optou-se pelo aprofundamento do tema da escuta da criança imigrante por dispositivos com orientação psicanalítica. Foram entrevistadas pessoas psicanalistas que atenderam crianças imigrantes em sofrimento psíquico em três dispositivos de cuidado em saúde mental para essa população com orientação psicanalítica localizados no município de São Paulo: Veredas: Psicanálise e Migração, projeto de Extensão e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP); Clínica Transcultural do Centro de Atendimento Psicanalítico da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP) e Projeto Ponte de atendimento psicológico e psicanalítico para migrantes e refugiados. O local e a modalidade do encontro (presencial ou remoto) foram escolhidos pelos participantes, de forma que pudessem apresentar livremente suas perspectivas sobre os temas abordados na pesquisa. A seguir as informações sobre os perfis das pessoas entrevistadas:

Pedro Magalhães Seincman é doutorando em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da USP. Mestre, com bolsa CNPq, em Psicologia Social pela PUC-SP. Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2013). Tem experiência nas áreas de Psicologia Social e Psicanálise, atuando principalmente em temas relacionados à migração e urgência social. Foi supervisor clínico do Grupo Veredas: Psicanálise e Migração, projeto de Extensão e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) e que possuem experiência no atendimento psicológico e psicanalítico a crianças imigrantes. A entrevista foi realizada presencialmente em seu consultório particular.

Julia Bartsch é psicóloga, psicanalista e mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP com pesquisa em psicanálise sobre imigração. É membro do grupo Veredas: Psicanálise e Migração, projeto de Extensão e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) e que possuem experiência no atendimento psicológico e psicanalítico a crianças imigrantes. Foi presidente do conselho administrativo de Médicos Sem Fronteiras entre 2017 e 2020 e coordenou a força

tarefa de Saúde Mental durante a pandemia COVID-19. A entrevista foi realizada de forma remota por meio da plataforma Google Meet.

Maria Cecília Pereira da Silva, membro efetivo, analista didata e docente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Analista de crianças e adolescentes pela IPA. Pós-doutora e doutora em Psicologia Clínica, mestre em Psicologia da Educação pela PUC-SP. Coordenadora da Clínica 0 a 3 – Relações iniciais pais-bebê e da Clínica Transcultural do Centro de Atendimento Psicanalítico da SBPSP. Membro do Grupo Prisma de Psicanálise e Autismo (GPPA). A entrevista foi realizada de forma remota por meio da plataforma Zoom.

Lisette Weissmann é doutora em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), psicanalista e terapeuta de casais e famílias e membro do Projeto Ponte, atendimento psicanalítico a migrantes. Ela é também membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família (AIPCF) e da Associação Brasileira de Psicanálise de Casal e Família (ABPCF). É autora dos livros "Famílias monoparentais: um olhar da teoria das configurações vinculares" (Casa do Psicólogo, 2009) e "Atendimento psicanalítico de família" (Zagodoni, 2014). A entrevista foi realizada de forma remota por meio da plataforma Google Meet.

#### **4.2.1 Instrumentos**

As informações foram coletadas nos encontros com cada participante por meio de entrevistas semiestruturadas, com um roteiro que serviu de orientador e não limitador da proposta de escuta atenta e flutuante. As entrevistas tiveram duração máxima de uma hora para cada encontro. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento prévio livre esclarecido dos participantes (ANEXO I), e depois transcritas (ANEXO III) para análise.

#### **4.2.2 Procedimento para as entrevistas**

As entrevistas seguiram as seguintes etapas:

1. Revisão bibliográfica relacionados com o tema da pesquisa;
2. A partir dos achados da revisão, identificação de psicanalistas com experiência em atendimento a crianças migrantes e refugiadas;
3. Formalização da aceitação com assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (ANEXO I);
4. Encontro presencial ou online para realização das entrevistas a partir de um roteiro com perguntas orientadoras (ANEXO II);
5. Registro dos dados coletados na entrevista, por gravação do áudio e anotações] escritas (ANEXO III).

#### **4.2.3. Aspectos éticos**

A pesquisa buscou atender aos requisitos descritos na Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) e a Resolução no 10/2012 do Conselho Federal de Psicologia. Foi submetida para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC-SP, que compõe o sistema CEP/Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, pela base eletrônica Plataforma Brasil (BRASIL, 2023). Os riscos e prejuízos a que esta pesquisa expõe os sujeitos são mínimos, uma vez que qualquer dano eventual poderia ser prontamente atendido.

Os participantes tiveram a garantia de recusarem-se a participar da pesquisa e/ou de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que fossem penalizados ou que tivessem prejuízos decorrentes de sua recusa. Estes e outros termos da pesquisa, inclusive aqueles relacionados à confidencialidade de informações, estão detalhados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo neste projeto (ANEXO I).

#### **4.2.4. Método para coleta e análise de dados**

Para as entrevistas, foram adotados dispositivos metodológicos da pesquisa psicanalítica em três elementos: a posição da pesquisadora na pesquisa, a coleta de dados e a análise das informações. Sobre a posição da pesquisadora na investigação, adotou-se a ideia da pesquisadora psicanalítica como analisante ou primeiro sujeito

de sua pesquisa. Como afirma Iribarry (2003), a pesquisadora dá “um testemunho de sua investigação a um outro, a uma alteridade com a qual também irá se ‘transferenciar’” (Iribarry, 2003, p 122). Segundo o autor, esse outro pode ser a banca examinadora ou o público entrará em contato com a pesquisa. No caso da presente pesquisa, acrescentaria que essa transferência também ocorreu em relação às pessoas entrevistadas. Como aponta Caon (1994), diferentemente do que acontece em uma situação psicanalítica de tratamento, onde que transferência caminharia para a dissolução, a transferência foi manejada para a produção de um texto metapsicológico.

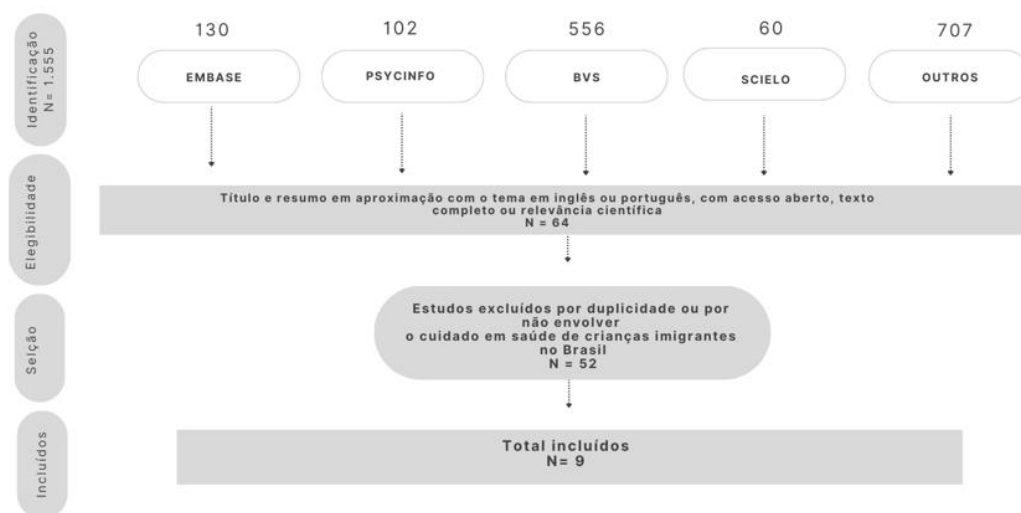
O segundo elemento do processo com base na pesquisa psicanalítica é a coleta de dados. Nesse caso, o primeiro e principal participante da produção é o seu próprio autor, enquanto os participantes seriam colaboradores da pesquisa (Iribarry, 2003). Sobre a escuta e análise de informações, adotou-se a ideia de uma escuta em via de mão dupla como na clínica psicanalítica, ou seja, a escuta sustentada pela teoria e, ao mesmo tempo, atenta à cadeia de significantes que a pessoa realiza com sua fala (CAON, 1996). Desta forma, as entrevistas, transformadas em texto, foram analisadas por meio de técnicas psicanalíticas como a leitura dirigida pela escuta e a transferência da pesquisadora ao texto da fala dos participantes da pesquisa (IRIBARRY, 2003). Como descrito por Figueiredo e Minerbo (2006), as transcrições foram então interpretadas pelos procedimentos inspirados na clínica psicanalítica: a escuta flutuante, descolada do tema central, e identificando temas, lacunas ou expressões que apontassem pistas para criação de novos sentidos.

## **5. RESULTADOS: REVISÃO DE ESCOPO (REVISÃO DE LITERATURA)**

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2024 e janeiro de 2025 e organizada por meio do aplicativo Zotero. A sistematização do processo de seleção das publicações encontra-se detalhada no diagrama apresentado no Quadro 1, que

descreve as etapas do processo de busca e o quantitativo de publicações identificadas em cada base de dados.

**Figura 1. Resultado de revisão de literatura pelo método de revisão de escopo**



Fonte: produção própria

Foi realizada uma leitura dos títulos e resumos das 1.555 publicações e, em seguida, 63 publicações foram incluídas com base nos critérios estabelecidos. Na sequência, realizou-se a leitura integral dessas publicações para avaliar a aderência dos textos aos critérios estabelecidos. Como resultado, foram selecionadas 9 publicações como apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1. Caracterização dos estudos em relação aos títulos, autores, ano de publicação e principais resultados**

Título	Autores e ano	Objetivo	Metodologia e principais resultados
O encontro da clínico-política com a escola: tensões entre o singular e o social na escolarização de crianças imigrantes	Joana Sampaio Primo; Miriam Debieux Rosa, 2022	Discutir as tensões entre um sintoma singular e suas inscrições coletivas na produção de intervenções clínico-políticas com escolas, estas que tem como intuito é contribuir para escolarização das crianças de origem migrante.	A pesquisa contribuiu para a compreensão de sintomas em sua dialética singular e social permite uma aproximação das verdades sociais que os sofrimentos carregam. A intervenção na EMEI permitiu escutar a criança e sua família, ampliando o trabalho para além dos impedimentos individuais e promovendo colaboração conjunta.

<p>Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infantojuvenil</p>	<p>Julia Hatakeyama Joia, 2021</p>	<p>Discutir o cuidado em saúde mental de crianças bolivianas atendidas em um CAPS Infantojuvenil em São Paulo, destacando dificuldades de fala e interação social, frequentemente identificadas pelas escolas. Por meio de vinhetas clínicas, articula-se suas histórias ao contexto de imigração, rupturas familiares, desamparo e estratégias frente à desqualificação social.</p>	<p>No trabalho clínico com crianças e famílias, é crucial considerar múltiplas compreensões como norteadores contra compreensões mecânicas onde as diferenças permanecem invisíveis. Diagnósticos como o de autismo podem simplificar questões complexas, aumentando a vulnerabilidade e limitando as possibilidades de interação e de aposta na criança e no seu potencial. Correlacionar diretamente imigração e autismo ignora a diversidade do estrangeiro e suas condições de vida, impondo parâmetros normativos supostamente universais.</p>
<p>Dar lugar à palavra: reverberações da clínica com imigrantes bolivianos num CAPS infantojuvenil</p>	<p>Julia Hatakeyama Joia; Janaina Lopes Diogo; Sthefânia Kurkdjian Restiffede Carvalho; Cláudia Nabarro Munhoz, 2022</p>	<p>Por meio de pesquisa junto a um grupo terapêutico com imigrantes, que possibilitou um espaço de acolhimento para crianças e famílias, a pesquisa buscou ampliar as leituras possíveis para os problemas do desenvolvimento apresentados pelas crianças, interrogando como podem estar relacionados à experiência de imigração e seus efeitos sociopolíticos na subjetividade. Também teve como objetivo discutir como a demanda social por diagnósticos responde à razão psiquiátrica contemporânea e não à demanda de cuidado e escuta das crianças.</p>	<p>Um dos principais entraves encontrados diz respeito ao manejo da demanda por diagnóstico que muitas vezes assume a centralidade no cuidado e dificulta o olhar para as singularidades e a aposta em uma direção clínica. No caso dos imigrantes bolivianos, a patologização da diferença vai também no sentido de categorizar aquilo de incompreensível que se coloca em uma alteridade radical de pertinências simbólicas e culturais. Contudo, reconhecer os processos de patologização não exclui indagações a respeito dos quadros cada vez mais agravados e frequentes que nos chegam na saúde pública, de ordens bastante complexas e graves, e que vêm demandando também um manejo ético do diagnóstico. Sugere espaços para que, a partir de suas vozes, essas famílias possam construir, sua história, fortalecendo vias de resistência e de produção de vida.</p>

<p>“Outras crianças”: nossos discursos. Reflexões sobre a clínica com crianças imigrantes</p>	<p>Ligia Rufine Nolasco; Andressa Carvalho Castelli;llana Mountian, 2021</p>	<p>Discutir a clínica com foco na relação com a alteridade a partir da experiência no trabalho com crianças imigrantes na cidade de São Paulo.</p>	<p>Oferece contribuições ao debate sobre a escuta na clínica, com foco na reflexão sobre alteridade e a importância em considerar o contexto social do sujeito, assim como o ideal de infância que está em cena, na sua relação com as categorias de gênero, raça, classe e imigração.</p>
<p>Dimensões da clínica psicanalítica com migrantes em urgência social: a rede transferencial</p>	<p>Pedro Magalhães Seincman, Miriam Debieux Rosa, 2021</p>	<p>Discutir, a partir da orientação psicanalítica, um estudo de caso permeado pelas especificidades de nos contextos de urgência social no campo da migração.</p>	<p>O estudo de caso que evidencia a importância de se considerar, na construção do caso clínico, a incidência das práticas e discursos sociais nos processos de desamparo discursivo em contextos de urgência social. A partir do caminho clínico adotado no caso, propõe- se ainda a noção teórico-clínica de rede transferencial, que incorpora o contato interinstitucional, a participação social e a análise de múltiplas transferências ao trabalho clínico do psicanalista nos campos de urgência social.</p>
<p>Autismo e maternidade migrante: psicopatologizando relações em mobilidade</p>	<p>Alexandre Branco Pereira, 2020</p>	<p>Fornecer elementos para a reflexão sobre questões impostas a pessoas em mobilidade, por um lado, e, por outro, sobre a perspectiva dos sujeitos destacados por serviços do Estado e da sociedade civil para dar conta desses fluxos em seus locais de chegada, debatendo especificamente os crescentes encaminhamentos de crianças e adolescentes imigrantes, em especial bolivianas, realizados por escolas de São Paulo para Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenis (CAPS-IJ) por suspeita de possuírem alguma das muitas gradações do Transtorno do Espectro Autista.</p>	<p>O diagnóstico ou suspeita de autismo impõe um padrão normativo de maternidade que classifica as mulheres como conforme sua proximidade e interesse no cuidado infantil. Essa expectativa recai com intensidade sobre mulheres migrantes, para quem a frustração desse modelo torna-se um evento disruptivo, reforçando percepções de patologização do cuidado quando não atendem aos critérios estabelecidos. Além disso, a interrupção ou reconfiguração da mobilidade infantil, comum no contexto migratório, é também vista como patogênica, pois limita trocas e interações sociais, associando o isolamento infantil à condição autística, e evidenciando a influência das práticas culturais e normas sociais nos diagnósticos clínicos. Práticas educacionais reforçam esse processo ao tratar os casos como algo a ser corrigido por meio da assimilação cultural. Professores frequentemente associam o uso do espanhol em casa à falha no aprendizado do português, sugerindo que a exclusão da língua materna resolveria</p>

			dificuldades de desenvolvimento e evitaria encaminhamentos ao CAPS-IJ. Requer-se, assim, que sejam menos bolivianas e mais brasileiras para que sejam menos autistas.
Psicanálise no front: a posição do analista e as marcas do trauma na clínica com migrantes	Ana Gebrim, 2018	A partir de experiências em instituições de acolhimento em São Paulo e Paris, buscando desenvolver novas possibilidades de intervenção clínica diante das especificidades do sofrimento migrante.	Contribui com elementos clínicos e teóricos para a prática de psicanálise em contextos extremos, particularmente com a população migrante e/ou em situação de refúgio.
A Experiência Emocional de Crianças Migrantes e Refugiadas Acolhidas em São Paulo	Arias, Gleise S. 2022	Descrever aspectos da experiência emocional de crianças em situação de migração e refúgio acolhidas na cidade de São Paulo e descrever o acolhimento psicológico oferecido a elas e a seus familiares. Os objetivos específicos foram relatar a experiência do estágio doutoral na clínica transcultural na França, visando ao aprofundamento da discussão sobre as técnicas de acolhimento psicológico oferecidas neste estudo e a descrever aspectos da dinâmica familiar e introjeção das figuras parentais das crianças migrantes e refugiadas estudadas.	Pesquisa qualitativa, a partir do método clínico, em estudos de casos múltiplos. Estudo sugere como adequado o enquadre adotado por permitir que os sujeitos recebessem escuta e acolhimento psicológico na crise. Aponta-se a necessidade de ampliar as pesquisas e a capacitação dos profissionais para o atendimento desse público.
Na voz das crianças venezuelanas refugiadas, a construção de infâncias em deslocamento	Maria Isabel Ramos da Silva Abelson, 2023	Compreender a partir da perspectiva das crianças venezuelanas refugiadas suas percepções, expressões e sentimentos sobre a experiência de refúgio, privilegiando a escuta da criança, além de seus pais e profissionais envolvidos, a fim	Estudo etnográfico com crianças refugiadas venezuelanas, no período da infância, até 10 anos de idade. O trabalho de campo foi realizado no Estado de Roraima, porta de entrada do fluxo migratório venezuelano e nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Constatou-se que são escassas legislações e protocolos de escuta de crianças por autoridades, levando em consideração o melhor

	de fomentar a construção de conceitos de infâncias em deslocamento.	interesse da criança. Nas instituições, os profissionais não tinham experiência anterior com a temática das migrações e não dominavam o espanhol. O acolhimento, desde a entrada na fronteira, privilegia o cuidado físico das famílias, ficando a voz das crianças silenciada e sua presença invisível. É preciso construir fluxos de acolhimento ainda na fronteira com foco nas crianças. Fazer uma escuta qualificada das suas percepções, expressões e sentimentos sobre a experiência de refúgio.
--	---	---

Em meio trabalho de revisão da produção acadêmica, foi possível notar o crescente interesse pelos impactos dos processos migratórios na saúde mental de imigrantes a partir dos anos 2010, o que coincide com o fluxo acentuado de migrações para o Brasil, particularmente angolanos, congoleses, haitianos e sírios. No entanto, confirmou-se que ainda é limitada a produção acadêmica que abordem a práxis do cuidado em saúde mental para crianças imigrantes no Brasil, para além das causas e impactos desse processo em aspectos psíquicos dessa população.

Os nove artigos e trabalhos selecionados foram publicados entre 2018 e 2023 refletem sobre experiência dos dispositivos na cidade de São Paulo, historicamente um dos principais destinos de migrantes internos e vindos de outros países. Um dos trabalhos selecionados (Abelson, 2023) discutiu a experiência de dispositivos para crianças venezuelanas em três cidades: São Paulo, Rio de Janeiro e Boa Vista, uma contribuição relevante considerando que Roraima é o principal ponto de entrada da população venezuelana no Brasil. Importante notar que seis artigos (67%) foram produzidos por pessoas pesquisadoras ligadas ao Grupo Veredas<sup>5</sup>, projeto de extensão universitária integrado ao Laboratório de Psicanálise e Sociedade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), que tem realizado um trabalho consistente no campo da imigração em São Paulo.

---

<sup>5</sup> O Grupo Veredas é um projeto de extensão universitária integrado ao Laboratório de Psicanálise e Sociedade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). O coletivo como proposta de intervenção clínica em espaços compostos por sujeitos que foram afetados por questões sociais e políticas e deixaram o seu país de origem, passando a viver no Brasil.

A partir do método proposto por Bardin (1977) os textos foram codificados e quatro categorias foram selecionadas para interpretação: dispositivos clínicos e compreensão sobre a infância, desafio dos dispositivos, proposta da clínica e sujeito como parte de um ecossistema.

### **5.1. Dispositivos clínicos e compreensão sobre a infância**

Ainda que os artigos selecionados tragam elementos sobre o tema da alteridade, é nos artigos de Nolasco *et al* (2021) e de Abelson (2023) que encontramos a reflexão sobre os efeitos do entendimento do que é infância nos dispositivos ou escuta clínica. Como aponta Nolasco *et al* (2021), os estudos sobre a infância demonstram como a compreensão do que é infância está relacionada a aspectos históricos, sociais e culturais, como ocorre na discursividade sobre imigração. Os dois artigos partem da perspectiva da infância como um conceito em constante mutação na linha da obra do historiador Philippe Ariès (1960). Em *História social da família e da infância*, Ariès refletiu sobre como a ideia de criança foi forjada na vida social e política a partir da Idade Média, evoluindo conforme os valores, dinâmicas e as demandas de cada momento histórico. Ainda que a obra de Ariès tenha sido contestada por diversos autores como Pierre Riché e Danièle Alexandre-Bidon (1994), no livro *L'enfance au moyen age*, a proposta de infância com uma construção social trouxe uma contribuição definitiva para a reflexão sobre a criança.

Nolasco *et al* (2021) também se referem ao trabalho de Pujó (2006) sobre o lugar da criança em nosso tempo e a importância de considerar as mudanças sociais e as reverberações das dinâmicas no sistema capitalista, que modificaram o lugar da criança na família e na sociedade. As autoras refletem sobre como os diversos modos de entender a infância e as implicações nos campos da educação e clínico com base na experiência com crianças imigrantes na cidade de São Paulo com o Grupo Veredas. As autoras partem da ideia de que atualmente os discursos sociais reificam a infância, a partir de ideias de felicidade e proteção, o que pode ser ainda mais agudizado no caso das crianças imigrantes em razão de sua condição de imigrantes. Por essa razão, entendendo que há diferentes formas de olhar para criança e, em particular, a criança imigrante, é essencial refletir se elas são consideradas como sujeitos ou objetos de discursos científicos, remetendo ao trabalho (Voltolini, 2016).

Desta forma, as autoras reforçam que o trabalho clínico deve considerar qual o ideal de infância é adotado e como ele opera em relação às categorias de gênero, raça, sexualidade, classe e imigração. Segundo elas, a articulação entre infância e migração convoca a reflexão sobre nossas próprias fantasias ou “o modo como nomeamos e organizamos saberes a partir de discursos que permeiam a vivência das crianças migrantes” (Nolasco *et al*, 2021, p. 515).

Abelson (2023) também aponta a necessidade de refletir sobre a infância imigrante levando em consideração suas distintas maneiras, “periféricas num sistema que discrimina o sujeito considerado menor por sua condição de devir” (Abelson, 2023, p. 19). A autora cita Cohn (2005) para destacar a importância de compreender o universo da criança a partir de sua perspectiva, para além de imagens pré-concebidas.

## **5.2. Desafios da clínica**

A análise aponta que um dos principais desafios do cuidado com a criança imigrante é o manejo da demanda crescente por diagnósticos (Branco Pereira, 2020; Joia, 2021; Joia *et al*, 2022; e Seincman e Debieux, 2021). A importância dada aos laudos torna o diagnóstico o aspecto central do cuidado, apagando as singularidades da criança e outras possibilidades de direcionamento clínico dos casos. Joia (2021) cita a Jerusalinsky (2011) ao lembrar que a estrutura psíquica da criança não está definida na infância e, portanto, o psiquismo infantil ainda estaria aberto para novas inscrições. Nesse sentido, haveria um risco de uma profecia autorrealizável ou o chamado efeito iatrogênico do diagnóstico: a criança torna-se para o entorno social e para si mesma aquele sujeito designado pelo laudo.

Joia (2021) remete ao trabalho de Brandalise (2017) para apontar que nos anos 2010 os serviços de saúde da região central de São Paulo passaram a receber muitos encaminhamentos de escolas para avaliação em saúde mental de crianças imigrantes, muitas com suspeita de autismo (Brandalise, 2017). Joia *et al* (2022) apontaram que no contexto educacional, o aumento de uma correlação direta entre imigrantes bolivianos e autismo ou deficiência também foi abordado pelas pesquisas Masella, 2019; Primo & Rosa, 2019; Freitas, 2021. Segundo as autoras, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os principais responsáveis pela emissão desses laudos e têm sido solicitados a realizar avaliações rápidas e pontuais com o objetivo de atender às demandas escolares e de acesso a outros benefícios. Os responsáveis

pelo cuidado com a criança sem vêm diante de um desafio: se por um lado esses laudos podem dificultar uma análise que levem em consideração as singularidades da criança, por outro permitem um tipo específico de cuidado na escola e garante direitos como o Bilhete Especial (transporte público gratuito) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que assegura à família o recebimento de um salário-mínimo mensal.

Em sua pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) infanto-juvenil e com mães e crianças bolivianas, Branco Pereira (2020) criticou a abordagem centrada no manejo de diagnósticos dos atendimentos a crianças migrantes. O autor apontou que as queixas relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) dessas crianças não levou em consideração fatores culturais e fatores vivenciados pelas famílias no Brasil. Para o autor, muitas das mães recebiam a orientação de não conversar em espanhol com seus filhos como forma de permitir a aprendizagem do português e a adaptação da criança no seu novo país, o que pode ter gerado efeitos negativos no desenvolvimento da criança. De acordo com Joia (2021), o diagnóstico de autismo pode apagar toda a singularidade experienciada pela criança, “inclusive os impasses que sua condição de filha de imigrantes, e todo seu repertório cultural e simbólico, colocam na relação com o mundo” (Joia, 2012, p. 3).

Os artigos também apontam como desafio a capacidade de profissionais para o cuidado com as crianças imigrantes, que vão além de questões como a língua e compreensão de aspectos socioculturais. Em sua pesquisa com crianças imigrantes venezuelanas nos abrigos em Roraima, Abelson (2023) relata que os profissionais não demonstraram capacidade de colocar em prática o cuidado como prioridade, como preconizam o artigo 227 da Constituição Federal ou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A autora aponta que, ao entrevistar os profissionais que trabalham no acolhimento e atendimento das famílias e suas crianças refugiadas, “foi percebido como a voz das crianças é silenciada e sua presença invisível” (Abelson, 2023, p. 1).

Citando uma revisão bibliográfica realizada por Abelson, Silveira e Assis (2023), a pesquisadora constatou que não há pesquisas sobre o tema e não foram encontrados registros ou acompanhamentos permanentes dos resultados da intervenção de abrigamento temporário junto às famílias refugiadas venezuelanas. Segundo ela, o levantamento encontrou apenas estudos recentes sobre o impacto da inclusão escolar das crianças refugiadas no Brasil (Elhajji et al, 2021; Conde *et al*,

2018) e estudos sobre os abrigos temporários em Pacaraima e Boa vista (Barbosa *et al.*, 2020; Paraguassu, 2020).

A autora também aponta que o compromisso com as especificidades socioculturais do país de origem não acontece na maioria das instituições de acolhimento. Em sua pesquisa, identificou que, por vezes, de forma explícita, há uma “tentativa de exaltar a cultura e costumes do país anfitrião em detrimento das memórias e lembranças do que cada família traz de costumes” (Abelson, 2023, p.30).

Em sua reflexão sobre dispositivos de orientação psicanalítica na Casa do Migrante, abrigo de acolhida para imigrantes no centro de São Paulo, Seicnman e Debieux (2021) analisam os impasses dos profissionais que atuam com imigrantes, que muitas vezes se veem absorvidos pela urgência que caracteriza esse trabalho relacionada às demandas por necessidades concretas, como documentação e moradia. Desta forma, ao atender demandas imediatas, desviam o olhar das dimensões do sofrimento psíquico do sujeito imigrante, o que também pode “resultar no adoecimento tanto das equipes de cuidado quanto das instituições envolvidas” (Seicnman e Debieux, 2021, p. 3).

Outro entrave está relacionado às tensões narrativas dos imigrantes que solicitam refúgio. De acordo com Gebrim (2018), as demandas institucionais, como aquelas relacionadas aos critérios de elegibilidade e nas exigências de veracidade nos processos de refúgio, podem moldar as narrativas e as experiências dos sujeitos envolvidos. O sistema estabelece certos critérios de coerência e credibilidade nas justificativas apresentadas, o que acaba pressionando os indivíduos a elaborar narrativas adaptadas para atender às expectativas institucionais e garantir sua sobrevivência em um contexto marcado por uma lógica de suspeição.

### **5.3. Proposta da clínica**

Os artigos apontam aspectos éticos e operativos considerados necessários para o desenvolvimento de uma clínica da criança imigrante. Para Nolasco *et al* (2021), para além de questões relacionados à língua e de aspectos socioculturais, a escuta clínica de crianças imigrantes apresenta complexidades e dilemas e requer uma postura ética que seja capaz de questionar quais conceitos de infância e migração estão envolvidos no cuidado. Nesse sentido, as autoras apresentam uma reflexão sobre a posição da criança nesse discurso que considere seu contexto e

categorias de gênero, raça, classe, idade. As autoras lembram que as crianças não devem acreditar que precisam fazer parte de um outro contexto para pertencer a uma sociedade em que os critérios de cuidado falham ao levar em consideração suas singularidades e heranças culturais. Nesse sentido, discutem o estudo de Katz (2019) com crianças da comunidade da Maré, no Rio de Janeiro, denominadas no estudo como matáveis, ou *crianças sacer*. A partir da investigação de Katz (2019), as autoras refletem sobre o fato de que essa nomeação da infância se torna importante, uma vez que não reconhecer a diversidade das infâncias pode levar a afirmar que há apenas um lugar ideal e narcísico dos adultos e sua crença de que protegem todas as infâncias.

Em seu artigo sobre a clínica com famílias e crianças bolivianas no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) da Mooca, Joia *et al* (2022) apontaram as potencialidades do trabalho em grupos com crianças de perfis diversos e idades aproximadas. Nos encontros semanais, conduzidos por dois ou mais terapeutas, foram utilizados recursos lúdicos para o trabalho dos elementos trazidos pelas crianças. De acordo com as autoras, a proposta parte das reflexões de Kupfer, Voltolini e Pinto (2010), que destacam a importância de potencializar os efeitos terapêuticos das interações entre crianças, que promove o estímulo e reconhecimento mútuos e não se restringem à mediação direta dos terapeutas adultos. De acordo com as autoras, foi observado que os efeitos das intervenções se amplificam nos grupos, o que demonstra que esses dispositivos são capazes de produzir novos lugares de identificação para as crianças. As autoras também realizaram encontros com familiares e cuidadores para abordar, de forma coletiva, as experiências relacionadas aos cuidados com as crianças. Esses encontros abrem espaço para discussões sobre questões que envolvem a relação entre cuidador e criança, conflitos familiares, desafios enfrentados na rede de acompanhamento e nas dinâmicas de convivência familiar.

Primo e Debieux (2022) descrevem uma pesquisa-intervenção considerando o que caracterizaram como dispositivo clínico-político na cidade de São Paulo, desenvolvido a partir de uma demanda recebida pelo Grupo Veredas: Psicanálise e Imigração. Uma criança brasileira de primeira geração, filho de pais bolivianos, que não falava nenhuma língua, era agressivo e não obedecia ao que lhe era solicitado.

Como escutar o silêncio de uma criança? Segundo as autoras, esse silêncio foi descrito pelas autoras como um “ruído” que requeria um trabalho singular e institucional, uma vez que partia de uma história de imigração andina em São Paulo, a forma de acolhida no país e os desdobramentos na história subjetiva e familiar. As autoras afirmam que tomar os sintomas como portadores de verdades singulares e coletivas é um dos princípios do que caracterizaram de intervenção clínico-política com escolas. Essa intervenção tem como base a ética e a política da psicanálise, que concebe sintomas como sobredeterminados e, desta forma, como possíveis portadores institucionais.

Arias (2022) realizou uma pesquisa sobre a experiência emocional de crianças imigrantes entre 7 e 12 anos numa instituição de acolhimento de imigrantes na cidade de São Paulo utilizando para a escuta clínica recursos lúdicos e gráficos. A autora cita Tardivo (2012) para explicar que a atitude lúdica é uma forma de expressão típica da criança e, como parte do diagnóstico compreensivo, o ludo-diagnóstico pode servir como técnica para conhecimento na fase inicial, desenvolvimento de vínculo e avaliação psicológica. Nesse sentido, o terapeuta pode oferecer apoio no processo de integração do ego e em tentativas de elaboração dos conflitos. A pesquisadora utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (DET), desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1997) baseado na técnica do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1997). A autora considera que o processo de adoecimento está relacionado a questões sociais e políticas relacionadas às condições da família. Por essa razão, a capacidade de lembrar e criar as próprias narrativas seriam prejudicadas, dificultando a produção de sentidos e a elaboração das experiências. Segundo ela, seguindo a técnica original, os desenhos produzidos foram utilizados como estímulos para que os participantes elaborassem e contassem histórias, o que permitiu uma pesquisa mais aprofundada dos aspectos emocionais e inconscientes envolvidos.

Com base no trabalho realizado em um CAPS com famílias bolivianas, Joia (2021) constata, a partir dos relatos compartilhados pelos pais, o sofrimento sociopolítico (Rosa, 2016) das famílias e suas crianças e a ausência de redes de apoio e cuidado, o que gera solidão e privação das referências familiares e culturais deixadas na Bolívia. Desta forma, a partir de sua experiência, a autora faz uma aposta em uma clínica que favoreça o espaço de escuta e fala a partir do laço de confiança

entre a equipe, família e a criança. Nessa “zona bilingue” ou ponte entre universos do analista e da família e a criança seria possível abordar as dimensões de sofrimento dos sujeitos, gerar um espaço de acolhimento e identificar a singularidade que cada criança e família trazem, e criar hipóteses e diagnósticos de cada situação. Essa clínica exige dos profissionais responsáveis pelo cuidado a dedicação de tempo e a abertura para a compreensão para as múltiplas dimensões dos casos clínicos a partir de questões sociais, econômicas, políticas e éticas, para além de categorias universais biomédicas. De acordo com a autora, o diagnóstico de autismo (ou mesmo outros diagnósticos) pode responder e simplificar esse complexo encadeamento, e tornar-se, o próprio diagnóstico, um fator de vulnerabilidade, terminando por restringir as possibilidades de interação e de aposta na criança e em seu potencial.

Em seu trabalho em uma casa de acolhimento de imigrantes cidade de São Paulo, Seicman e Debieux (2021) descrevem a adoção do que denominam “dispositivo mínimo”, caracterizado pela oferta de escuta nos corredores da instituição. Esse formato foi adotado por ser considerado o mais adequado para casos de urgência social, uma vez que foi constatado que atendimentos com hora marcada, dentro de uma sala, não tiveram continuidade ou nem mesmo chegam a ocorrer. Esse dispositivo permitiu o desenvolvimento de outros dispositivos, como oficinas em grupo, grupos de crianças e atendimentos individuais. Segundo os autores, em um contexto em que os imigrantes buscam condições básicas de sobrevivência, a Psicanálise tem importância porque torna evidente as incidências subjetivas presentes onde faltam condições sociais concretas de existência. Segundo eles, essa clínica no campo de urgência social depende de como é abordada e manejada em cada contexto, está presente intensamente nas instituições, mesmo que não se tenha um trabalho analítico e requer trabalhar com as transferências para além da relação analista-analisando (Seicman e Debieux, 2021). Os autores propõem que no que eles caracterizam como campo da urgência social há a passagem da relação transferencial à rede transferencial. Segundo eles, o posicionamento do psicanalista não é um processo individual, já que ele articula, em uma mesma situação, posições subjetivas e o campo discursivo, que abrange relações profissionais, familiares e sociais e ajuda a elaborar um complexo campo transferencial, que seria a base de um trabalho em rede transferencial e o indicador das características desse trabalho.

Em sua pesquisa, Abelson (2023) aponta que o trabalho de escuta foi conduzido a partir da demanda das crianças, que muitas vezes optaram pela leitura de histórias. A autora lembra, com a leitura da obra *Barco de Histórias*, as crianças venezuelanas provenientes de Roraima abriram-se para relatar suas experiências. Nos relatos, falaram do que foi deixado no país de origem e sobre a ajuda que tiveram de pessoas estranhas, com caronas ou alimentos doados, durante o tempo de deslocamento entre a saída da Venezuela e a chegada na fronteira com o Brasil. “As leituras sempre começavam com poucas crianças, no máximo quatro, e terminavam com mais de 15 ao redor do livro” (Abelson, 2023, p. 45).

Ao analisar a posição do analista, Gebrim (2018) apresenta o conceito do analista-coiote, um facilitador de atravessamentos entre línguas, culturas e fronteiras jurídico-institucionais partindo da figura do passador de Hassoun (1994). Nesse papel, o analista age como mediador, promovendo a reconstrução subjetiva em contextos de desterritorialização. Desta forma, seu duplo pertencimento não é uma limitação ou barreira, mas sim um espaço de enunciação. Esse dispositivo criaria condições para que a palavra emergja e o sujeito se aproprie de sua própria narrativa, transformando uma vivência fragmentada em uma experiência singular e politicamente significativa.

#### **5.4. Trabalho em rede: abordagem ecossistêmica**

Outro elemento mapeado na análise dos artigos foi a abordagem clínica que considera a criança e sua família como parte de um sistema atravessado por questões sociais, políticas e econômicas (Gebrim, 2018; Joia, 2021; Branco Pereira, 2020; Seincman e Debieux, 2021; Nolasco et al, 2021; Primo e Rosa, 2022, Joia *et al*, 2022, Arias, 2022). Podemos dizer que essa abordagem ecossistêmica refere-se a dois elementos. De um lado, aponta-se a necessidade de se reconhecer que o sofrimento psíquico é provocado e agudizado pelas condições relacionadas à imigração forçada. De outro, é evidenciada a importância da articulação entre organizações como escola, dispositivos de saúde, rede comunitária e famílias como parte do cuidado em saúde mental. Seincman e Debieux (2021) caracterizam de rede transferencial o dispositivo teórico-clínico que organiza o trabalho em múltiplas transferências, considerando interações entre profissionais, instituições e pacientes. Segundo os autores, no contexto de urgência vivenciado pelos imigrantes, a relação transferencial não se limita à relação com o analista, mas diz respeito ao campo de diversas organizações.

Cada serviço nessa rede não estaria relacionado a um atendimento ou profissional, mas a uma rede discursiva. “É no encontro e, muitas vezes, no embate discursivo entre as redes discursivas de cada instituição que se produz um caso e uma direção a ser dada a esse caso” (Seincman e Debieux, 2021, p. 10).

Em relação aos serviços de escuta voltados para as pessoas em situação de migração e refúgio, Rosa, Gebrim e Seincman (2017) apresentaram o trabalho de acolhimento aos migrantes, desenvolvido pelo grupo Veredas na cidade de São Paulo. Esse trabalho é realizado em um contexto de uma rede de acolhimento institucional. A escuta acontece fora do setting psicanalítico tradicional e são as particularidades dos casos que delinearão o formato dos atendimentos. Para que o atendimento ocorra, migrantes e profissionais devem estar amparados, portanto a prática inclui reflexões junto a rede de serviços de saúde e assistência social, abrangendo escuta e desenvolvimento das políticas públicas.

## **6. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E DISCUSSÃO**

Com a análise da revisão de escopo, observou-se que dispositivos de orientação psicanalítica em São Paulo vem realizando o atendimento a crianças imigrantes e suas famílias e produzindo reflexões e métodos a partir das experiências com essa população nesse campo. Desta forma, optou-se pela discussão do tema da pesquisa a partir dos trabalhos realizados por esses dispositivos psicanalíticos.

### **6.1. Psicanálise com crianças: breve histórico**

Considero importante apontar que a Psicanálise com crianças remonta dos primeiros estudos de Sigmund Freud no início do século XX. A primeira publicação que aborda o sofrimento emocional de uma criança a partir da perspectiva psicanalítica foi "Análise da fobia de um menino de cinco anos" (Freud, 1909/1996). O estudo apresenta a o caso de Herbert Graf, chamado de "Pequeno Hans", que apresentava uma intensa fobia de cavalos. Max Graf, pai de Hans e seguidor das ideias de Freud, registrava observações e falas do filho (FREUD, 1909/1996). Freud interpretava esses dados e apresentava essas informações a Hans. Freud seguiu os princípios técnicos da análise, apresentando à criança suas interpretações a partir das informações comunicadas pelo pai do menino. O caso permitiu a Freud aliviar

sintomas da criança e confirmar suas teorias sobre desenvolvimento, sexualidade infantil e Édipo. Freud apresenta posteriormente, em 1933, limitações em relação à comunicação por meio do jogo com crianças em suas “Novas conferências introdutórias”:

Quanto ao caso de crianças, em que se pode contar com os maiores êxitos, as dificuldades são externas, influenciadas pelo relacionamento com os pais, embora tais dificuldades, afinal, necessariamente façam parte da condição da criança” (Freud, 1933/1980, p. 188)

Camarotti (2010) observa que a psicanálise de criança emerge em um momento em que a comunidade analítica debatia a formação do analista e fazia tentativas para institucionalizar a prática.

Uma resolução tomada em 1927 pela Comissão Internacional de Ensino dispensou os psicanalistas de criança da formação médica, que era exigência de algumas sociedades psicanalíticas quando se tratava de analistas de adulto. Isso imprimiu à psicanálise de criança uma busca contínua de reconhecimento. (Camarotti, 2010, p. 50).

Ferro (1995) aponta que as primeiras experiências de psicanálise com crianças foram realizadas por Hermine von Hugh-Hellmuth, que discordava da ideia da confluência pai-analista, abordada por Freud, uma vez que a criança não compartilharia seus desejos aos pais e que a franqueza psicanalítica da criança não poderia ser sustentada pelo narcisismo dos cuidadores. A ideia proposta era de que o analista deveria ser terapeuta e educador que cura (Ferro, 1995).

Durante a década de 1920, duas psicanalistas consolidaram o campo da psicanálise infantil como uma disciplina independente, com métodos para o atendimento à criança (Roudinesco e Plon, 1998). De um lado, Anna Freud desenvolvia uma clínica para crianças a partir de 4 anos de idade e a partir do contato com os pais, uma vez que não acreditava que seria possível estabelecer relações transferenciais entre a criança e a analista (Quagilatto *et al*, 2008). Anna Freud observou a relevância do ego e do papel da família no desenvolvimento infantil, defendendo uma abordagem que incorporasse questões pedagógicas ao trabalho psicanalítico. Klein seguiu uma via distinta e acreditava que era possível acessar o inconsciente da criança, utilizando o jogo para analisar as fantasias inconscientes e os impulsos agressivos.

A divergência entre as abordagens de Anna Freud e Melanie Klein deu origem a distintas correntes teóricas-práticas no campo da psicanálise com crianças. A escola freudiana, sob a liderança de Anna Freud, tinha em suas bases a observação do desenvolvimento infantil e dos mecanismos de defesa, enquanto a escola kleiniana tinha em seus fundamentos o brincar como meio de expressão das angústias mais primitivas da criança.

Quagilatto *et al* (2008) observam que a clínica de Klein se debruçava sobre a dimensão intrapsíquica da criança ao analisar fantasias inconscientes, angústias primitivas e mecanismos de defesa do ego, elementos que trariam limitações para análise da relação entre pais e crianças. Segundo as autoras, essa abordagem levou os seguidores de Melanie Klein como os psicanalistas ingleses Donald Winnicott e Wilfred Bion e a psicanalista polonesa Esther Bick a ampliar e em alguns aspectos revisar as suas teorias e a incorporar questões psicossociais nas relações. Desta forma, essa nova geração passou a observar a criança como um sujeito integrado em um contexto familiar, social e cultural.

Winnicott desenvolveu sua Teoria do Amadurecimento Pessoal e se distinguiu do trabalho de Freud ao considerar o bebê e sua mãe como uma unidade psíquica (Winnicott, 1975). Um dos conceitos winnicottianos é o de preocupação materna primária e mãe suficientemente boa, condição necessária para o desenvolvimento da criança. Nesse caso, a mãe transforma em ambiente facilitador na medida que atende às necessidades do bebê e não apenas as suas próprias necessidades. conceito dos objetos transicionais e fenômenos transicionais que surgem na superação do estágio de dependência absoluta em direção à dependência relativa. Os objetos transicionais serão adotados pela criança para a superação do estágio de dependência.

Na França, como parte da segunda geração de psicanalistas, Françoise Dolto desenvolve um trabalho na psicanálise infantil. Em seus estudos recebe uma certa influência dos primeiros ensinamentos de Lacan. De acordo com as referências de Roudinesco (1988, p.174), Dolto lança as bases de um método psicanalítico para o tratamento de crianças centrado na escuta do inconsciente, e inclui a posição parental no tratamento, apesar de não pensar o campo da análise infantil associado a medidas educativas. Dolto, na sua obra, sublinha o valor revelador dos fantasmas e do estudo das projeções fantasmáticas dos pais, remontando a até três gerações (linhagem). Apesar de considerar importante o contato e a escuta de pais, ela marca bem a diferença entre atuação do psicanalista e a dos pais ou educadores, posicionando

estes últimos como aqueles que mantêm a realidade social da criança e a impõem. As crianças estabelecem (como os adultos em tratamento psicanalítico) a diferença entre o trabalho psicoterápico e a realidade das relações humanas na vida social.

## **6.2. Análise das entrevistas**

A partir da proposta da presente pesquisa, a análise das entrevistas buscou compreender as especificidades do atendimento a crianças migrantes e refugiadas e, de forma específica, como se dá a escuta e quais são as particularidades na transferência e os desafios do atendimento clínico com orientação psicanalítica. Por meio das entrevistas foi possível compreender e analisar de perspectivas de pessoas psicólogas e psicanalistas que atuam em três diferentes dispositivos de orientação psicanalítica que atendem crianças e suas famílias.

Os seis eixos de análise foram definidos a partir da análise comparativa do conteúdo das quatro entrevistas semiestruturadas, a partir da questão da pesquisa: (i) quem é essa criança?, (ii) os dispositivos clínicos, (iii) trabalho em rede e o analista implicado, (iv) atender uma criança-imigrante, (v) contribuição da psicanálise e (vi) criança-imigrante e criança-sujeito. Como parte da descrição dos resultados e discussão, trechos selecionados das falas das pessoas entrevistadas foram apresentados abaixo (transcrição completa das entrevistas em Anexo III) e serão apresentados logo após a identificação do entrevistado, entre aspas e com recuo a partir da margem esquerda e diminuição do tamanho da fonte.

### **6.2.1. Quem é essa criança?**

Quem é, afinal, a criança migrante ou refugiada trazida aos dispositivos clínicos com orientação psicanalítica? Como a própria natureza complexa e multifacetada da migração forçada, não é possível identificar uma resposta única para esta pergunta. Essa resposta dependerá de cada contexto pré e pós-migratório, de cada sujeito, de cada família. Nas entrevistas, a criança é descrita como “uma criança” como outras, “uma criança que não tem todas as referências culturais, que ficará tão desamparada quanto a família”, aquela que “leva a família nas costas”, uma criança tradutora ou a criança que deixou de falar.

A experiência migratória e a realidade de cada sujeito podem, por exemplo, fazer emergir uma criança-muda ou uma criança-tradutora. Os relatos das pessoas entrevistadas apontam muitas crianças foram encaminhadas por escolas ou outros equipamentos para atendimento nos dispositivos porque elas deixavam de se comunicar. De acordo com Lisette Weissmann:

Essa criança deixava de falar. Vinham ao Ponte com diagnósticos de autismo, o que impedia a criança de evoluir. Há professoras que falavam para os pais de imigrantes: 'não falem mais com ele na língua materna, comecem a falar em português para ele poder ir se adaptando ao Brasil'. Na verdade, essa é uma grande falha porque perder a língua materna, a língua que liga, de alguma forma, esses pais com esses filhos, essa forma de se sentir em casa, ainda não estando em casa. Acho que essa é a outra parte da dor de perder isso.

Pedro Seincman aponta um fenômeno específico entre as crianças de famílias bolivianas. Segundo ele, a migração boliviana ligada ao setor da costura é caracterizada por sua natureza transnacional, circular e institucionalizada, com o trabalho como valor central que orienta práticas e deslocamentos. A migração não tem como objetivo a integração ao país de destino, mas a circulação em si, uma vez que o migrante boliviano migraria para obter melhores meios para viver e mudar de classe social. Nesse contexto, os sintomas identificados nas crianças não deveriam ser atribuídos à relação com os pais, mas com resultado da dinâmica institucional que prioriza o trabalho em lugar do cuidado com a criança.

A minha tese é que esses problemas com as crianças acontecem porque essa instituição tem como valor maior e absoluto o trabalho. Tudo o que tem valor está ligado ao trabalho. O trabalho possibilita a própria migração e até o desejo de migrar. Quando uma criança nasce em meio a esse processo ela é muito contraditória com toda essa dinâmica. Porque a criança justamente envolve um desinvestir um tanto do trabalho, envolve um tempo prolongado de cuidado. Há aqui um pouco de desmistificar uma visão de que de que essas crianças podem ter problemas no desenvolvimento por falta de investimento dos pais... A questão é da instituição, não é uma questão dos pais, do pai ou da mãe, ou da família. A própria noção de família muda muito na instituição da costura ou da instituição da migração para costura. É essa instituição que engloba assim a família dentro desse projeto da costura não tem nada a ver com o pai, mãe e filho.

Ao mesmo tempo, a criança que não se encontra em sofrimento psíquico tem potencialmente uma capacidade maior de aprender rapidamente o novo idioma do país e de se adaptar a novos contextos. Nessas situações, pode tornar-se uma ponte

entre a cultura nova e a cultura de origem, uma tradutora de idiomas e de mundos. De acordo com Julia Bartsch:

A criança acaba por ter uma função de tradutor. Quando eu falo tradutor não é só tradutor da língua. A criança tem uma facilidade muito grande de aprender uma outra língua. Então, ela é a primeira na família, muitas vezes, a aprender a língua, no caso o português. Quando ela chega aqui ela é tradutora, mas ela acaba sendo também tradutora de outras coisas. Aqui é assim que faz, aqui é assim que se come.

A experiência das pessoas entrevistadas aponta que a criança imigrante se integra mais rapidamente à nova cultura porque aprende a nova língua com mais facilidade, aprende novos códigos e normas na escola e apresenta uma abertura às novidades do novo país. No entanto, essa rápida integração pode fazer com que a criança assuma funções e responsabilidades que seriam de seus cuidadores. A criança-cuidada passa a ser a criança-cuidadora. De acordo com Lisette Weissmann:

A criança pode acabar pulando várias etapas. Ao invés de ter pais como cuidadores dela, assume um lugar de defensora da família. A criança nesse caso tem que se colocar em um lugar pseudo-adulto para poder superar essa situação. E aí vem aquela pergunta: o que acontece com a etapa da criança? O que acontece com o brincar? Tem que existir um tempo para essa etapa.

Ao circular entre esses dois mundos, o novo país e a cultura de sua família, a criança pode internalizar os códigos simbólicos do novo contexto para conquistar pertencimento e correr o risco de ser percebida para família como uma estrangeira na casa, produzindo nela uma experiência de estranhamento. Segundo Julia Bartsch:

A criança acaba sendo estrangeira para a família no sentido de trazer códigos diferentes. Vemos eventualmente isso no âmbito religioso. Para você pertencer àquela comunidade você precisa obedecer a certas questões. A criança começa a estar em contato outras possibilidades de existência. A criança quer experimentar. Então ela volta para casa com algo novo, que a família, em princípio, não está preparada para compreender.

Como já apontado na revisão de literatura, aumento do fluxo migratório e as especificidades do atendimento às populações de migrantes e refugiados requerem novas políticas públicas e uma nova práxis em diversos campos, incluindo o da saúde mental. É nesse contexto que foram sendo desenvolvidos dispositivos clínicos de orientação psicanalítica como é o caso do Grupo Veredas - Psicanálise e Imigração, um projeto de extensão do Laboratório de Psicanálise, Sociedade e Política (PSOPOL) da USP, coordenado pela Profa. Dra. Miriam Debieux Rosa. O dispositivo,

do qual os entrevistados Pedro Seincman e Julia Bartsch fazem parte, busca escutar a experiência de sujeitos afetados por fatos sociais e políticos que levam à exclusão, segregação e conseqüente migração do país de origem e a busca de um lugar no país estrangeiro ou dentro do próprio país.

De acordo com Pedro Seincman, o Veredas não atua com a concepção de caso clínico clássica, mas com a ideia de caso clínico-político. A proposta do grupo é estabelecer espaços de escuta e intervenção com imigrantes para que eles possam fazer elaborações singulares e grupais que permita diferentes possibilidades de reconstituição de laços sociais. Desta forma, a proposta é favorecer vínculos afetivos e de trabalho para possibilitar revisar e elaborar formas de viver em novos contextos (Rosa *et al*, 2018). Como aponta Pedro Seincman sobre o trabalho do Veredas e da Casa do Migrante, ligada à Missão Paz, uma organização da igreja católica.

Porque não é só o SUS e SUAS que acabam dando conta de toda a demanda, especialmente dos imigrantes. O SUS e o SUAS têm políticas que estão mais voltadas para um público geral, brasileiro, mas não com especificidades dos imigrantes... Há então essas instituições que não são do Estado. Ou seja, a partir de um caso vamos buscar a rede para desvendar, não no sentido de descobrir, mas no sentido de construir um discurso alimentado por toda essa rede discursiva que já está ligada a esse caso. Quando não há rede suficiente, o trabalho é o de montar a própria rede.

Por meio das entrevistas, foi possível compreender as experiências das pessoas entrevistadas e dos dispositivos clínicos que atendem crianças imigrantes. Ainda que utilizem diferentes técnicas ou métodos, os relatos mostram que os atendimentos que têm como base a teoria psicanalítica apresentam um importante trabalho com a rede de equipamentos públicos e uma implicação do analista, para além do setting do consultório.

Pedro Seincman relatou sua experiência com os atendimentos realizados como membro do Grupo Veredas na Casa do Migrante, um abrigo que a organização não governamental Missão Paz que acolhe apátridas, imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados. Com capacidade para acolher até 110 pessoas, divididas entre dormitórios femininos e masculinos, áreas de integração. A estadia na Casa do Migrante inclui alimentação, aulas de português, apoio psicológico e acompanhamento de assistentes sociais. Na Casa do Migrante, o atendimento às crianças acontece em grupos utilizando desenhos e outras técnicas lúdicas e a escuta de corredor, um “dispositivo mínimo”, caracterizado pela oferta de escuta nos corredores da instituição

(Seicman e Debieux, 2021). Como apontando em artigo analisada na seção de revisão de literatura, esse formato foi adotado por ser considerado o mais adequado para casos de urgência social, uma vez que foi constatado que atendimentos com hora marcada, dentro de uma sala, não tiveram continuidade ou nem mesmo chegam a ocorrer. Esse dispositivo permitiu o desenvolvimento de outros dispositivos, como oficinas em grupo, grupos de crianças e atendimentos individuais. De acordo com Pedro Seincman:

A criança quer brincar, quer se comunicar, quer se envolver com outras crianças, com outros adultos. Nesse caso, o trabalho pode ser mais parecido com o que já conhecemos. É um trabalho com desenho, com brincadeira, de conversa de corredor ou em salas fechadas. A escuta de corredor é um setting montado a partir da escuta, e não o contrário. Não é o setting que vai possibilitar uma escuta, você monta o setting a partir da escuta. Então escuta de corredor é toda aquela escuta em que você se deforma o quanto for necessário para poder escutar.

A Clínica Transcultural, da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, e o Projeto Ponte, iniciado em 2010 na Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo e que atua hoje de forma independente, fazem atendimento com famílias e não com crianças de forma direta. De acordo com Maria Cecília Pereira da Silva, Coordenadora da Clínica Transcultural do Centro de Atendimento Psicanalítico da SBPSP, o dispositivo começou em 2015 com a vinda da Marie Rose Moro, psicanalista francesa que segue os princípios da etnopsicanálise, uma abordagem que tem com um dos fundadores Georges Devereux. De acordo com a entrevistada, o setting da clínica transcultural é constituído por um terapeuta principal e uma equipe de terapeutas de origens diversas compondo um “setting mestiçado” (Moro, 2015), que recebem o paciente e sua família, uma vez “que a família carrega uma parte do sentido do sofrimento do paciente, independentemente de sua idade”. Da dinâmica também fazem parte os profissionais que fazem o encaminhamento (da escola ou outro equipamento) e um tradutor ou um intérprete cultural para garantir que o paciente possa utilizar sua língua materna. A clínica atende a família e observa a relação entre a fala dos adultos e a brincadeira da criança.

No atendimento da clínica transcultural há um espaço lúdico. Sempre observamos a relação entre a fala dos adultos e a brincadeira da criança... A equipe de terapeutas abdica de seus próprios valores culturais e preconceções, descentra-se, procurando transformar em sonhos as experiências traumáticas relatadas pela família. Esses sonhos/pensamentos alfa são oferecidos ao grupo e transmitidos à família pela terapeuta principal.

A equipe é como um útero, um continente para receber a família. A função dessa equipe é sonhar as situações que a família traz, e oferecer sonhos. Não oferecemos interpretações. Procuramos oferecer redes de sentido e um acolhimento para o sofrimento traumático que essas famílias vivem. Ser mãe no exílio é sempre traumático. Migrar é um ato de coragem também. Nosso trabalho está muito relacionado a recuperar as raízes culturais para que não se perca nesse processo a própria cultura. Porque o amor, o afeto, os sentimentos são transmitidos a partir da nossa cultura, a partir das nossas origens. Desta forma, temos essa preocupação de fortalecer esses vínculos iniciais, pais e filhos, e de tornar menos traumático o processo de enraizamento no novo país.

Lisette Weissmann, uma das fundadoras e membro do Projeto Ponte, também aponta a importância de observar as relações familiares. Em seu atendimento, ela adota a Teoria das Configurações Vinculares que, segundo ela, pode ser entendida como um estudo psicanalítico dos vínculos a partir da psicanálise tradicional freudiana. Para ela, enquanto a psicanálise tradicional coloca o olhar no indivíduo, focalizando-o a partir de seu mundo intrapsíquico, a Psicanálise das Configurações Vinculares parte de uma clínica do conjunto, que desenha um inconsciente vincular. Este, à maneira de uma estrutura ou de uma rede, estaria subjacente aos vínculos: no casal, na família, nos grupos e nas instituições.

Eu acho que a migração tem que ser pensada do ponto de vista vincular. Porque, na verdade, se pensamos na criança, ela faz parte de um núcleo familiar, esse familiar também faz parte do contexto que perdemos na migração. Então, eu acho que tem que olhar como um todo. Eu não consigo ver essa criança sem pensar nos vínculos. Porque, na verdade, e falando especificamente da migração forçada que você está pesquisando, tem muitos momentos em que o sujeito não tem escolha. Porque a escolha é pela vida. Escolha por se salvar por uma perseguição religiosa, de raça, de gênero, e incluso dentro do mesmo país, às vezes por guerras civis e também por fome. São migrações forçadas que implicam uma certa violência. E a criança é atravessada por essa violência.

Mas escutar a família permite chegar à criança-sujeito, escutar a sua voz? A experiência das pessoas psicanalistas entrevistadas aponta a potência desses dispositivos de atendimento às famílias para o cuidado da criança. Para Maria Cecília Pereira da Silva, da Clínica Transcultural, o sintoma da criança é o sintoma da família e da migração e o atendimento individual pode ser realizado de acordo com o caso.

Não acredito no atendimento particular, individual. É lógico que, se observarmos algo mais grave, encaminharemos o caso, seja a mãe, seja a criança, seja o pai. É uma questão ética. Mas não adianta colocar a criança em atendimento individual. Essa família que mencionei veio porque a menina estava em atendimento no CAPS, que precisava de um atendimento complementar. O sintoma também era cultural. Nesses casos que relatei há

questões transculturais relacionadas ao processo de migração e enraizamento.

Para Lisette Weissmann, a clínica pode fazer com que os pais tenham um outro olhar e compreensão sobre a criança e de seus processos, incluindo aquelas relacionados à migração.

Eu acho que a ideia é conseguirmos que esses pais tenham olhos para ver essa criança e não amalgamar essa criança ao que eles imaginam. Ou seja, que esses pais tenham um vínculo com essa criança e aprendam a ler aqueles sinais que a criança está apresentando, que mostram que ela é diferente dos pais. Dar um espaço para o estrangeiro é fundamental em todos esses vínculos. Estrangeiro no sentido intrapsíquico, e que esses pais se apliquem a se perguntar coisas sobre o filho, tentando que ele também esteja tocado por toda a situação que está vivendo.

### **6.2.2 Trabalho em rede e o analista implicado**

As entrevistas confirmam como a migração forçada pode ser um processo que gera intensa desorganização e sofrimento em cada sujeito e disruptivo para os vínculos familiares. As crianças e suas famílias deixam seus lugares de origem em razão da pobreza, de conflitos ou questões políticas e desembarcam em um lugar desconhecido, muitas vezes com poucos ou nenhum recurso financeiro. De acordo com Lisette Weissmann:

Falando especificamente da migração forçada que você está pesquisando, há muitos momentos em que o sujeito não tem escolha. Porque, na verdade, a escolha é pela vida. Escolha por se salvar por uma perseguição religiosa, de raça, de gênero, e incluso dentro do mesmo país, às vezes por guerras civis e por fome. São migrações forçadas que implicam uma certa violência. E a criança é atravessada por essa violência. Nesse momento, eu acho que talvez, por causa da violência, da situação como um todo, a criança, de alguma forma, perde os pais como cuidadores dele, na medida em que esses pais tentam focar em salvar a vida. Então aquela coisa vai além, não é só um ponto de vida, não é só um pai que está como sustentando subjetivamente o filho. Na verdade, é um pai que tem que salvar o corpo, tem que se salvar a si próprio e a sua prole.

Essas situações críticas requerem dos dispositivos clínicos e dos próprios analistas novas práticas situadas no campo das migrações. Pedro Seincman como o trabalho do psicólogo/analista ganha outros contornos na Casa do Migrante, um local que acolhe e apoia migrantes e refugiados recém-chegados, permitindo um trabalho multidisciplinar entre a Psicanálise e outros campos.

O trabalho da Casa do Migrante é fenomenal porque os migrantes chegam lá e nada é perguntado a eles. Se há vaga, a pessoa é acolhida. Eles oferecem todo o amparo legal, de assistência social. Qual é o papel de um amparo psicológico, por exemplo, na Casa do Migrante? Porque se a pessoa precisa primeiro de um amparo legal e de assistência, por que haveria uma psicóloga? Nosso grupo (Veredas) continua indo lá para fazer atendimento para, justamente, trazer um acolhimento. Muitas vezes para a criação de uma rede transferencial que vai possibilitar esse amparo. Muitas vezes a assistente social pode fazer esse acolhimento, mas a assistência social está voltada para questões da sua área. Elas têm uma escuta de assistência social. O psicólogo tem um outro tempo porque ele não precisa resolver casa e nem alimentação e nem trabalho. Mas ele tem tudo a ver com isso, não é? O psicólogo tem outro tempo.

Nas entrevistas ficou evidenciada a relevância da criação de um trabalho em rede para migrantes e refugiados, que inclui os dispositivos e equipamentos públicos da saúde, assistência social e saúde em razão das condições precárias relacionada à nova vida no Brasil. Para Lisette Weissmann, a rede contribuiu para a “construção do psiquismo individual, na reconstrução dos vínculos familiares, mas também na forma de se inserir na cultura”.

O trabalho em rede permite que a criança e a família possam se reconstruir, em um trabalho conjunto do qual o analista é um elemento de apoio da criança e da família, mas não o único. De acordo com Julia Bartsch:

(A rede) é super importante. A rede possibilita outros espaços para trabalhar com essa criança. Até porque o nosso trabalho no CRAI é muito específico do atendimento clínico. Não é um espaço de trabalho para as crianças de uma maneira geral. Quanto mais apoio, quanto mais suporte essa criança tiver, melhor para ela, para a relação dela com as pessoas. Eventualmente ela se descola da família para poder se entender nesse lugar novo, e você também cria um atrito dentro da família. Quando falamos de trabalho com criança, também estamos tratando do trabalho com os cuidadores, com as mães que cuidam, com os pais.

Sobre o trabalho em rede, Pedro Seincman propõe que, no campo da urgência social, há a passagem da relação transferencial à rede transferencial. O posicionamento do psicanalista não estaria apenas na relação entre analista-analisando, abrangendo ainda as relações profissionais, familiares e sociais, contribuindo para elaborar um complexo campo transferencial, que seria a base de um trabalho em rede transferencial e o indicador das características desse trabalho.

Cada uma participa com as suas especificidades. Mas esse trabalho com o discurso inconsciente nessa rede transferencial visa colaborar para achar caminhos comuns para cada um dos dispositivos. Às vezes uma fono, um

psicólogo e uma assistente social vão definir que o trabalho será voltado para transformar a moradia em casa. A fono vai usar a temática da casa, a casa antes da migração e depois da migração. O psicólogo vai também usar o trabalho com desenhos sobre o que é casa, quando a gente se sente casa. A assistente social vai fazer o trabalho de direito à moradia. São direções comuns de perspectivas distintas.

No campo migratório, esse trabalho em rede convoca o analista para uma outra práxis, distinta do analista que atua em consultórios. De acordo com Lisette Weissmann:

Não existe alguém sem estar inserido, sem ter uma rede. A rede com aquele equipamento que ajuda na construção do psiquismo individual, na reconstrução dos vínculos familiares, mas também na forma de se inserir na cultura. Às vezes o psicanalista sai do lugar típico psicanalítico. Nós achamos que esse é um lugar também psicanalítico, que implica uma leitura. Sair daquele lugar em que só se interpreta para poder indicar: “olha, tem aquele equipamento que ajuda com a parte jurídica”. Porque com a migração forçada há aqueles sem documentos. Então, há toda a parte jurídica, toda a parte da informação sobre direito à saúde, que muitos deles não conhecem.

### **6.2.3. Atender uma criança-imigrante**

A clínica com crianças migrantes e refugiadas pode evocar emoções e memórias nos analistas. Para Pedro Seicman, o trabalho com essas crianças se entrelaça com sua própria história familiar de imigração silenciada, revelando a dimensão subjetiva do trabalho clínico.

Em termos pessoais, eu demorei para descobrir que esses atendimentos me pegavam também a partir da minha história pessoal. Meus avós vieram da Rússia e da Romênia. Especialmente do meu avô, que veio da Romênia. Apagou muito da história pregressa dele. Nunca quis falar muito sobre isso. Não se não se fala, não se conta. Ele parou de falar romeno, por exemplo. Então acho que é isso já me atravessava desde sempre nos atendimentos dos migrantes. E é, de uma certa forma, uma tentativa minha de elaborar essa questão familiar e transgeracional própria.

Maria Cecília Pereira da Silva relata que, em termos da contratransferência, o sofrimento das pessoas migrantes que emerge nos atendimentos pode ser muito denso para o analista. Ela aponta a importância do apoio entre membros da equipe após as sessões para elaborar e apoiar o trabalho.

São histórias muito tristes e carregadas de situações traumáticas. Há muito conteúdo que necessita de processamento psíquico e nesse sentido pode ser muito pesado, não é possível para atender muitos casos no mesmo dia. É

sofrido demais, são histórias terríveis. É preciso uma equipe para ajudar, trabalhar junto, processar, pensar. Não são histórias que esquecemos. São níveis de sofrimento psíquico muito intensos. São muitas vivências de desamparo, além do trauma real, não é trauma só psíquico. Há a história dessa mulher que atravessou a fronteira grávida de sete meses com uma mala, um sobrinho, e seu filho. Foram quilômetros e quilômetros, morrendo de medo das bombas, deixando o marido e o próprio pai. Gosto de trabalhar nessa clínica, mas é preciso ter outras pessoas junto conosco. Uma mente só não dá conta, essa é a sensação que eu tenho.

Lisette Weissmann ressalta a importância da transferência, da contratransferência e da abertura ao desconhecido, reconhecendo que o analista também é atravessado por afetos e preconceitos. O encontro clínico com a criança migrante exige um posicionamento ético de não saber, uma escuta sensível ao novo que emerge — não apenas no paciente, mas também no analista.

É uma descoberta para o paciente migrante e também para nós, como analistas. É nos deixar surpreender, o que é considerado uma qualidade super importante que, às vezes perdemos. No dia em perdemos, damos por dado tudo o que sabemos, é o dia que acabou nossa clínica. Não tem como trabalhar se não há perguntas na cabeça.

#### **6.2.4. A contribuição da Psicanálise**

A partir das entrevistas, observou-se que a Psicanálise oferece uma escuta que considera a singularidade do sujeito e sua constituição psíquica no campo da migração. Essa abordagem favorece o acolhimento das manifestações subjetivas da criança migrante, seja por meio da fala, do brincar ou dos desenhos, permitindo considerar como os processos de deslocamento afetam o psiquismo da criança em sua relação com o outro, com a alteridade e com a própria história. De acordo Pedro Seincman:

Pensando algo talvez mais específico da Psicanálise, acho seria o trabalho com o inconsciente. E aí na nossa abordagem (Grupo Veredas) do caso clínico-político o inconsciente não se manifesta apenas no discurso do atendimento em si e das pessoas que estão participando do atendimento. O inconsciente vai se manifestar no discurso das instituições que estão vinculadas ao caso. Se estou atendendo uma criança na Casa do Migrante: há o discurso da criança, que pode ser através de um desenho, através do que conversamos nas brincadeiras. Tem o discurso familiar: os pais vão dizer alguma coisa, vamos chamar para uma conversa. Tem um discurso comunitário porque se são crianças, essa família tem um lugar específico dentro da comunidade boliviana que migra para São Paulo em certas condições. Isso gera um discurso em torno em torno dessas pessoas. E tem os discursos institucionais: da Casa do Migrante, da Cáritas, do CRAI. Então acho que o trabalho em rede envolve procurar as manifestações inconscientes nessa rede discursiva.

Maria Cecília Pereira da Silva, da Clínica Transcultural, acredita que a Psicanálise desenvolve uma escuta muito particular, sem julgamento, a partir do singular de cada um.

Essa possibilidade de contarmos com esse estado de mente, que também é um estado de mente-continente, e com uma capacidade negativa de tolerar as incertezas, os desconhecidos, faz com que nós tenhamos uma condição psíquica muito favorecedora do processo de elaboração dos traumas. Essa rede, esse continente que oferecemos com a equipe, são várias mentes-continentes e, desta forma, é muito acolhedor, muito favorecedor.

A Clínica Transcultural também adota como um operador a ideia do Wilfred Bion de reverie. Para Bion (1962/2007), a *rêverie*, expressão em francês que pode ser traduzida como sonhar acordado ou devaneio, estaria relacionada à capacidade da mãe de receber, elaborar e responder às sensações e percepções recebidas de seu bebê. De acordo com Maria Cecília Pereira da Silva, na clínica:

Essa ideia está relacionada a receber as projeções traumáticas, sofridas, e ser capaz de transformar isso psiquicamente em cada terapeuta, em cada membro da equipe, em algo sonhante, em algo que possa ser sonhado também como outra metáfora ou com referências de outra cultura. Por exemplo, a experiência da circuncisão, do ponto de vista do muçulmano, do ponto de vista do judeu, do ponto de vista da cultura católica, é diferente em cada cultura. Então, vamos enriquecendo a noção do batismo, por exemplo, em cada cultura. Compartilhamos esses conteúdos e apresentamos também outros modos de ver o mundo, outras formas de olhar para as coisas. Acreditamos que isso enriquece a vivência de quem está chegando.

Para Julia Bartsch, a Psicanálise ajuda a entender a constituição do sujeito, o que está relacionado à história dele e ainda da história anterior a ele.

Há esse olhar específico no que diz respeito a esse sujeito, os seus mecanismos de defesa, onde coloca seus desejos, como é que ele lida na relação com o outro, o que é esse outro para ele. Porque nosso trabalho é um pouco trazer o familiar para que o estranhamento possa se dissipar também.

### **6.2.5. Criança-imigrante e criança-sujeito**

A pessoa analista pode escutar a voz e o desejo da criança migrante ou refugiada para além das questões que permeiam o campo da migração? É possível escutar essa criança-sujeito e não apenas a criança-imigrante, se ela assim o desejar?

De acordo com as pessoas entrevistadas, a Psicanálise oferece as condições para uma escuta da criança-sujeito, sem deter-se apenas às queixas relacionadas à sua condição migratória. No entanto, a possibilidade de escuta do sujeito também evoca reflexões. Para Julia Bartsch:

A questão do imigrante é que ele já recebe um marcador. Ele é o imigrante, um estrangeiro, o outro, o que vem de fora. Temos que pensar em toda a estrutura. Essa criança estrangeira porque ela é classificada só por ser venezuelana, haitiana, colombiana. Ela já chega com um marcador. Para quem vai trabalhar com essas crianças para promover aí uma certa ideia de diversidade cultural, de interculturalidade. A interculturalidade é um princípio bacana de trabalhar porque ele vai dizer que não existe uma cultura que seja melhor do que a outra. Existem diversas culturas. É um trabalho de sensibilização de quem trabalha com a criança, de uma maneira geral.

Para Maria Cecília Pereira da Silva, o paciente sempre é visto como um sujeito e, na Clínica Transcultural, um sujeito em sua cultura.

A criança-sujeito é aquela que faz o sintoma. Ela traz a família. Ela se manifesta arrancando os cabelos, gritando ou fugindo de casa. Essa comunicação é a do sujeito. Eu existo e vocês: olhem pra mim.

Lisette Weissmann aponta a importância para o analista e cada um de nós de poder reconhecer a parte estrangeira do outro. Segundo ela, sempre que nos aproximamos do outro, devemos fazê-lo com um sinal de pergunta, sem inferir que já conhecemos algo sobre ele.

Todo outro é estrangeiro para si próprio e para os outros do jeito que fazem parte. Então poder ter essa cabeça aberta eu acho que faz toda a diferença... É preciso nos deixar surpreender, o que é considero uma qualidade super importante que, às vezes perdemos. No dia em perdemos, damos por dado tudo o que sabemos, é o dia que acabou nossa clínica. Não tem como trabalhar se não há perguntas na cabeça.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No momento em que o Brasil está em processo de elaboração de uma nova política nacional para migrantes, refugiados e apátridas e levando-se em consideração que a infância e a adolescência devem ser prioridade absoluta das políticas públicas do país, a pesquisa propôs analisar dispositivos clínicos de cuidado em saúde mental ofertados para crianças imigrantes que se deslocaram de forma forçada para o Brasil.

A análise, com base na teoria psicanalítica, parte da premissa de que a criança sempre está em constante risco de ser falada pelo adulto e perder sua voz nas questões que dizem respeito ao seu desejo.

O que se observou a partir desta investigação foi que a criança migrante ou refugiada corre o risco de um triplo silenciamento: pode deixar de ser ouvida pelos pais, pelas pessoas em seu novo entorno (escola, amizades, analista) e, ainda, ser calada pelos processos de violência econômica, social e cultural provocada pelo Outro. Na condição de migrante ou refugiada, torna-se uma criança-imigrante que tem seu desejo silenciado e seus direitos violados. Optei por adotar o conceito de subalterno, apresentado por Spivak (2010), como norteador desta investigação para expressar a ideia de que a criança imigrante está à margem de regimes discursivos. Em sua obra “Pode o subalterno falar?”, Spivak (2010) critica os intelectuais que, ao falarem em nome deste outro para construir discursos de resistência, podem acabar reproduzindo os modelos repressores que buscam contestar.

Os dispositivos clínicos para o cuidado em saúde mental de criança migrante e refugiada ofertados em São Paulo permitem que a criança-sujeito sejam escutadas pelos profissionais do campo da Psicologia ou Psicanálise? Pode a criança imigrante falar sobre si mesma e sobre seu sofrimento? Reconhecendo que seria necessário um aprofundamento da pesquisa para oferecer respostas a esta pergunta, pode-se dizer que foram identificadas intervenções que levam em consideração a criança como sujeito de desejo e sujeito de direitos. No entanto, a questão da escuta da criança como sujeito na clínica aparece de forma marginal na práxis e na produção acadêmica brasileira.

Escutar e acolher a criança-sujeito não é um movimento simples. Uma ética para a clínica com crianças afetadas pela migração forçada enfrenta diversas barreiras. A análise dos artigos aponta que uma delas é o manejo da demanda crescente por diagnósticos (Joia *et al*, 2022; Joia, 2021; Branco-Pereira, 2020; e Seincman e Debieux, 2021). Os diagnósticos, nesse sentido, assumem a voz da criança-sujeito sobre si mesma e sobre o seu entorno e tornam-se balizadores do cuidado. Como resultado, são removidas as demais possibilidades de direcionamento clínico para o tratamento da criança-imigrante. Não seria demais trazer novamente a reflexão de Jerusalinsky (2011) que nos faz lembrar que a estrutura psíquica da criança não está definida na infância e, portanto, o psiquismo infantil ainda estaria aberto para inscrições e reinscrições. Nesse caso, o diagnóstico geraria uma profecia

autorealizável, fazendo com a criança torne-se para o entorno social e para si mesma o destino conferido a ela pelo diagnóstico.

A pesquisa aponta que instituições, profissionais e pessoas pesquisadoras estão buscando e identificando caminhos para a construção do que eu categorizo como uma ética do cuidado em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas. Em razão da natureza complexa e multifatorial do fenômeno da migração, como aponta as reflexões expressas nos artigos e entrevistas, essa ética deve considerar sujeito em sua singularidade, mas imerso em um contexto de múltiplas violências no seu contexto familiar e social.

Nesse sentido, a pesquisa identificou, a partir da análise de artigos e entrevistas, três pontos convergentes necessários ou balizadores para uma ética da clínica com crianças imigrantes: (i) a necessidade do olhar para o singular do sujeito, (ii) a implicação do analista para além da escuta de consultório e (iii) a importância de uma abordagem ecossistêmica ou socioecológica para os casos clínicos (para compreensão dos casos e no trabalho em rede). A seguir, pretendo detalhar cada um desses três pontos ou balizadores.

Sobre o primeiro ponto de convergência ou balizador, tanto no campo da Psicologia como da Psicanálise, parte-se do pressuposto de que a pessoa terapeuta ou analista considera a criança como o direcionador de seu próprio tratamento. No entanto, a pesquisa aponta que uma série de fatores impedem a escuta da criança-sujeito na clínica: a profusão de diagnósticos, a falta de capacidade de equipamentos e de dispositivos clínicos não governamentais para atender as crianças migrantes e refugiadas, sem mencionar as questões como a dificuldade de entendimento do idioma e a falta de conhecimento sobre abordagens para atendimento a pessoas migrantes e refugiadas.

A partir da análise de artigos e entrevistas, foi possível identificar o potencial que abordagens e, em especial, a clínica com orientação psicanalítica, apresentam para promover um cuidado a partir da escuta da criança como sujeito, permitindo que a criança possa compreender e encontrar, com apoio da família, saídas para o sofrimento psíquico. Na Psicanálise, o sujeito é o norteador do próprio tratamento, enquanto o analista se apresenta com uma testemunha que cria condições para fazer emergir o mais singular do outro, tão singular quanto estranho a ele próprio, o seu inconsciente.

Neste contexto, proponho um segundo balizador para uma ética da clínica com crianças imigrantes: a implicação do analista no tratamento da criança-imigrante. A trama complexa de fatores que afetam a vida da criança-imigrante e sua família requer um engajamento do analista com profissionais de áreas da educação, saúde e assistência social. O tratamento dos sintomas exige, muitas vezes, que questões básicas de sobrevivência da criança e da família sejam endereçadas em paralelo ao tratamento psicológico ou psicanalítico. Este, por sua vez, requer do profissional da psicologia ou da psicanálise um aprofundamento da compreensão de questões socioculturais que, de alguma forma, podem emergir por meio do sintoma da criança, e de um engajamento mais frequente e próximo com outros profissionais e equipamentos para tratar de questões relacionadas à criança.

O terceiro ponto convergente para uma ética da clínica com crianças-imigrantes é a importância de uma abordagem ecossistêmica ou socioecológica dos casos clínicos, ou seja, a partir de uma perspectiva que considere a criança como um sujeito singular, mas também com um sujeito afetado por questões interpessoais, comunitárias, institucionais e estruturais. Desta forma, o sofrimento psíquico é compreendido em relação com o contexto social, cultural e político na qual a criança e sua família estão inseridas.

As três abordagens apresentadas pelas pessoas entrevistadas para esta pesquisa (etnopsicanálise, teoria das configurações vinculares, a abordagem clínico-política) adotam, de diferentes formas, uma perspectiva socioecológica para o cuidado de saúde mental da criança imigrante e de sua família. Essa perspectiva abre a possibilidade de conexão, por meio do trabalho em rede com equipamentos, de intervenções sensíveis à diversidade. Permite ainda identificar e fortalecer fatores de proteção como vínculos familiares, redes de apoio comunitárias e inclusão escolar.

A presente investigação identificou pesquisas e intervenções relacionadas ao cuidado da criança migrante e refugiada no município de São Paulo. No entanto, ainda há um vasto campo para a pesquisa e implementação de intervenções que garantam o cuidado em saúde mental para as crianças afetadas pela migração forçada. A análise apontou que as experiências apresentadas em artigos e nas entrevistas adotam alguns dos balizadores do que eu categorizo como uma ética da clínica com crianças-imigrantes. Uma ética que permita que a criança-imigrante seja, acima de tudo, uma criança-sujeito do desejo e dos seus direitos, tal qual previsto na legislação brasileira.

## Referências

ABDI, Sadi. **Mental Health of Migrant Children**. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health, Oxford. mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.12>. Disponível em: <https://oxfordre.com/publichealth/display/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-12>. Acesso em 25 mai. 2024

ABELSON, Maria Isabel Ramos da Silva. **Na voz das crianças venezuelanas refugiadas, a construção de infâncias em deslocamento**. 2023 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2023.

AGAMBEN, Giorgio. **O que é um dispositivo?** In:\_\_\_\_. O que é contemporâneo? e outros ensaios. Chapecó: Argos, 2009.

ANTUNES, José Antônio. Refugiados e saúde mental – acolher, compreender e tratar. **Psicologia, Saúde e Doenças**. v. 18, n. 1, Lisboa, p. 115-130, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481010.pdf> Acesso em: 02 mai. 2024.

ARIAS, Gleise Sales. **A experiência emocional de crianças migrantes e refugiadas acolhidas em São Paulo**. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.  
Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17012023-120005/>. Acesso em: 02 mai. 2024.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005.

ARMSTRONG, Ruth; HALL, Ben J.; DOYLE, John; WATERS, Elizabeth. Cochrane update: "Scoping the scope" of a Cochrane review. **Journal of Public Health**, v. 33, n. 1, p. 147–150, 2011.

BANGPAN, Mukdarut. Mental health and psychosocial support programmes for displaced populations in low and middle-income countries (LMICs): A systematic review of process, perspectives and experiences. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**. 2024;11:e62. DOI:10.1017/gmh.2024.56 Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/global-mental-health/article/mental-health-and-psychosocial-support-programmes-for-displaced-populations-in-low-and-middle-income-countries-lmics-a-systematic-review-of-process-perspectives-and-experiences/061C80E55AF428379A619805DD6BB1D5>. Acesso em 02 jun. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

BION, Wilfred. **A theory of thinking**. In: *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. Londres: Karnac Books Ltda, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 02 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/o-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>. Acesso em 02 jun. 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/migracoes/politica-nacional-de-migracoes-refugio-e-apatridia> Acesso em 02 jun. 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em 02 jun. 2024.

BRONSTEIN, Israel; MONTGOMERY, Paul. **Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review**. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44–56. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/S10567-010-0081-0>. Disponível em [https://www.academia.edu/89944458/Psychological\\_Distress\\_in\\_Refugee\\_Children\\_A\\_Systematic\\_Review?f\\_ri=1993786](https://www.academia.edu/89944458/Psychological_Distress_in_Refugee_Children_A_Systematic_Review?f_ri=1993786). Acesso em: 02 mai. 2024.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. **Reverso**, Belo Horizonte , v. 32, n. 60, p. 49-53, set. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952010000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 nov. 2024.

CAON, José Leon Crochik. O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, 1994.

\_\_\_\_\_. Psicanálise <> metapsicologia. In: SLAVUTZKY, Abraham; BRITO, Carlos Luiz da Silva; SOUZA, Eliana Lucia Alves de (orgs.). **História, clínica e perspectiva nos cem anos da psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CHAGAS, Reimy Solange. **Sabe com quem está falando? A ausência de conhecimentos multiculturais na formação de psicólogos**. Teses (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social). Programa de Estudos Pós-graduação em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

COHN, Naomi. **Antropologia da criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

COMITÊ PERMANENTE INTERAGÊNCIAS. **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias**. Genebra: IASC. 2007.

Disponível em:

[https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-](https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf)

[03/iasc\\_mhpss\\_guidelines\\_portuguese.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf). Acesso em: 02 jun. 2024.

CORSARO, William. **The Sociology of Childhood**. California: Pie Forge Press, 1997.

DELEUZE, Gilles. **O que é um dispositivo?** In: G. Deleuze, O mistério de Ariana (pp. 83-96). Lisboa: Vega. 1996.

DICKSON Kelly; KO, Sum Yue (Jessica); NGUYEN, Celine, MINCHENKO, Dayana;

DOMINGUES, Stefani Torres. **Revisão e análise dos serviços de atendimento a pessoas em situação de refúgio: cuidados ofertados**. Disponível em: Microsoft Word - TCC STEFANI DOMINGUES (pucsp.br). Acesso em 02 jun. 2024.

FAZEL, Mina; REARDON, Megan; RUFFLE, Alice; STEIN, Alan. Detention, denial, and death: migration hazards for refugee children. *The Lancet Global Health*, [S.l.], v. 2, n. 6, p. e313–e314, 2014. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2814%2970225-6/fulltext>. Acesso em: 13 dec. 2024.

FERRO, Antônio. **A técnica na psicanálise infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 257–278, jun. 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 abr. 2025.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2002.

FREUD, Sigmund. **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos.** In: \_\_\_\_\_  
Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio  
de Janeiro: Imago, 1996. v. X, p. 15-158. (Trabalho original publicado em 1909).

\_\_\_\_\_. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise (1933).** In:\_\_\_\_\_.  
*Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1980c. v.  
XXII, p. 1–337.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Crise migratória  
venezuelana no Brasil.** São Paulo: Fundo das Nações Unidas para a Infância,  
2023. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-  
brasil](https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil). Acesso em: 2 jun. 2024.

\_\_\_\_\_. **Procedure for Ethical Standards in Research, Evaluation, Data  
Collection and Analysis.** Nova Iorque: Fundo das Nações Unidas para a Infância.  
2019. Disponível em: [https://www.unicef.org/evaluation/documents/unicef-procedure-  
ethical-standards-research-evaluation-data-collection-and-analysis](https://www.unicef.org/evaluation/documents/unicef-procedure-ethical-standards-research-evaluation-data-collection-and-analysis). Acesso em: 02  
mai. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo:  
Atlas. 2002.

GRAJZER, Deborah Esther. **Crianças refugiadas: um olhar para a infância e seus  
direitos.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina - Centro  
de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis,  
2018.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético.** São Paulo: Editora 34.  
2006.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World Migration Report  
2024.** Genebra: International Organization for Migration. Mar. 2023. Disponível em:

<https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/world-migration-report-2024-chapter-1/world-migration-report-2024>. Acesso em 02 jun. 2024.

\_\_\_\_\_. **Guia em saúde mental e atenção psicossocial para população migrante e refugiada no Brasil** / [organização Sylvia Duarte Dantas, Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, Marcia Zaia] ; [coordenação Isadora Steffens, Marina Faleiro, Thamirys Lunardi]. -- 1. ed. -- Brasília, DF: OIM, 2022. Disponível em: [https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Guia\\_Saude\\_Mental.pdf](https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Guia_Saude_Mental.pdf). Acesso em 02 jun. 2024.

JERUSALINSKY, Julieta. Jogos de litoral na direção do tratamento de crianças em estados autísticos. **Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba**, n. 22, p. 77-89. (ISSN 1519-8456). 2011. Disponível em: [http://jurua.com.br/shop\\_item\\_asp?id=22324](http://jurua.com.br/shop_item_asp?id=22324). Acesso em 01 de mai. 2025

JOIA, Julia Hatakeyama. Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infantojuvenil. **Estilos da Clínica**, São Paulo, Brasil, v. 26, n. 1, p. 145–159, 2021. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v26i1p145-159. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/174748>.. Acesso em: 1 maio. 2025.

JOIA, Julia Hatakeyama; DIOGO, Janaína Lopes; CARVALHO, Sthefânia Kurkdjian Restiffe de; MUNHOZ, Cláudia Nabarro. Dar lugar à palavra: reverberações da clínica com imigrantes bolivianos num CAPS infantojuvenil. **Estilos da Clínica**, São Paulo, Brasil, v. 27, n. 3, p. 346–363, 2022. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v27i3p346-363. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/200143>.. Acesso em: 1 maio. 2025.

KNOBLOCH, Felicia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 169–174, maio 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140015>. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17012023-120005/publico/arias\\_corrigida.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17012023-120005/publico/arias_corrigida.pdf). Acesso em: 02 maio 2024.

LACZKO, Frank; SINGLETON, Ann e BLACK, Julia. Fatal Journeys 4, 2019 vi-viii. **IOM's Global Migration Data Analysis Centre GMDAC 2019**. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/fatal-journeys-volume-4-missing-migrant-children>.

Acesso em: 25 mai. 2024

LIMA, Telma Cristiane Sasso de Lima; Célia, MIOTO. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. spe, p. 37–45, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 02 jun. 2024.

MORO, Marie Rose. Psicoterapia transcultural da migração. **Psicologia USP**, v. 26, n. 2, p. 186–192, mai. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140017>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/CG4PVF7J8xP7535T5GTTT3c/?lang=pt#> . Acesso em 25 mai. 2025

NOLASCO, Ligia Rufine; CASTELLI, Andressa Carvalho; MOUNTIAN, Ilana. “Outras crianças”: nossos discursos. Reflexões sobre a clínica com crianças imigrantes. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 509–519, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i3p509-519>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/172978>. Acesso em: 1 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 29 out. 2024.

PAPADOPOULOS, Renos; GIONAKIS, Nikos (2018) The neglected complexities of refugee fathers. **Psychotherapy and Politics International** 16(1): e1438. DOI: 10.1002/ppi.1438. Disponível em [https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/mhpss/annex/iommhpssannex3\\_2020\\_0512.pdf](https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/mhpss/annex/iommhpssannex3_2020_0512.pdf) Acesso em: 02 mai. 2024.

PARAGUASSU, Fernanda. **Narrativas de Infâncias Refugiadas: a Criança Como Protagonista da Própria História**. Rio de Janeiro: Editora Maud X. 2022

PEREIRA, Alexandre Branco. **Autismo e maternidade migrante: psicopatologizando relações em mobilidade**. Vivência: Revista de Antropologia, [S. l.], v. 1, n. 56, 2020. DOI: 10.21680/2238-6009.2020v1n56ID23676. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/23676>. Acesso em: 1 maio. 2025.

PRIMO, Joana Sampaio e ROSA, Miriam Debieux. **O encontro da clinicopolítica com a escola: tensões entre o singular e o social na escolarização de crianças imigrantes**. Estilos da Clínica, v. 27, n. 3, p. 332-345, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i3p332-345>. Acesso em: 01 maio 2025.

PUJÓ, Mario. **Para una clínica de la cultura**. 1ª ed. Buenos Aires: Grama Ediciones. 2006.

PUSSETTI, Chiara. **Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal**. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 1, p. 94–113, jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vmZZBr6ZLrhQfsmfQ4kkn9t/abstract/?lang=pt#>  
Acesso em: 02 maio 2024.

QUAGLIATTO, Helga S. Machado; CUNHA, Marines de Fátima; CHAVES, Ludmilla de Sousa; PAJOLA, Luísa Guimarães. **Evoluções e revoluções na clínica psicanalítica infantil: da orientação aos pais à avaliação-intervenção conjunta pais-filhos**. Contextos Clínicos, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 43–48, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/5477/2713>. Acesso em: 1 maio 2025.

ROSA, Miriam Debieux. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Editora Escuta / FAPESP. Acesso em: 02 nov. 2024. , 2016

\_\_\_\_\_. **Psicanálise, política e cultura em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Livre Docente, junto ao Departamento de Psicologia Clínica. 2015. São Paulo: Editora Escuta / FAPESP. Acesso em: 02 nov. 2024. 2016

ROSA, Miriam Debieux; BINKOVISK, Gabriel; SEICMAN, Pedro; GEBRIM, Ana; NOGUEIRA, Tiago. Migrando pelas veredas: a psicanálise no trabalho clínico-político com migrantes e refugiados. **Travessia – Revista do Migrante**, [S. l.], n. 84, p. 35–54, 2018. DOI: <https://doi.org/10.48213/travessia.i84.916>. Disponível em: <https://travessia.emnuvens.com.br/travessia/article/view/916>. Acesso em: 19 maio 2025.

ROSA, Miriam Debieux; FERREIRA, Patrícia do Prado, ALENCAR, Rodrigo.. Desilusão: impasses clínicos diante dos dilemas de nosso tempo. **Subjetividades**, Ed. Especial, p 81-92, jul, Fortaleza, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v18iEsp.6262> Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/6262>. Acesso em 03 jun. 2024.

SAYAD, Abdelmalek. **Imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: Edusp, 1998.

SEINCMAN, Pedro Magalhães; ROSA, Miriam Debieux. **Dimensões da clínica psicanalítica com migrantes em urgência social: a rede transferencial**. *Psicologia em Estudo*, v. 26, p. e47467, 2021.

ROUDINESCO, Élisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Supervisão da edição brasileira: Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SILVA, Gustavo Junger da; CAVALCANTI, Leonardo; SILVA, Sarah Lemos; TONHATI, Tania; LIMA. **Dados Consolidados da Imigração no Brasil 2023**. Série

Migrações. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral, OBMigra, 2023. Disponível em:

[https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra\\_2020/OBMIGRA\\_2023/Dados\\_Consolidados/dados\\_consolidados\\_2022\\_-\\_v\\_19\\_06.pdf](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMIGRA_2023/Dados_Consolidados/dados_consolidados_2022_-_v_19_06.pdf) Acesso em 02 jun. 2024.

SINGLETON, Ann; LACZKO, Fran; BLACK, Julia. **Fatal Journeys Volume 4: Missing migrant children**. Geneva: International Organization for Migration. Disponível em [file:///C:/Users/estel/Downloads/Fatal\\_journeys\\_missing\\_migrant\\_children\\_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/estel/Downloads/Fatal_journeys_missing_migrant_children_2019%20(1).pdf). Acesso em: 02 mai. 2024.

SOUZA, Maria Tereza; SILVA, Maria Dias; CARVALHO, Ricardo. **Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102–106, 2010.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Editora UFMG: Belo Horizonte, 2010. 135 p.

SUBCOMITÊ FEDERAL PARA RECEPÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E TRIAGEM DOS IMIGRANTES. **Informe sobre migração venezuelana, janeiro a março de 2024**. Brasília, DF: Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes, mar. 2024.

Disponível em: [https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1496/files/documents/2024-05/informe\\_migracao-venezuelana\\_jan17-mar24.pdf](https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1496/files/documents/2024-05/informe_migracao-venezuelana_jan17-mar24.pdf). Acesso em: 2 jun. 2024.

UNITED NATIONS REFUGEE AGENCY. **Global Trends Report 2021**. Nova York: United Nations Refugee Agency. 2021. Disponível em: [https://reliefweb.int/report/world/unhcr-global-report-2021?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjwsPCyBhD4ARIsAPaaRf2gvV7ZEL1Or\\_9vEjJyO0yPYDb16ikNQZeb3u2HATIVBxOYXSuHq3QaAi8OEALw\\_wcB](https://reliefweb.int/report/world/unhcr-global-report-2021?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsPCyBhD4ARIsAPaaRf2gvV7ZEL1Or_9vEjJyO0yPYDb16ikNQZeb3u2HATIVBxOYXSuHq3QaAi8OEALw_wcB) Acesso em: 02 mai. 2024.

VOLTOLINI, Rinaldo. A psicanálise na sociedade de ímpares. In: VOLTOLINI, Rinaldo (Org.). **Crianças públicas, adultos privados**. São Paulo, SP: Escuta/FAPESP, 2016. p. 39–56.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 2 dez. 2024.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**. New York: World Health Organization. 2021. <https://iris.who.int/handle/10665/345301>. Disponível em: [Comprehensive mental health action plan 2013–2030 \(who.int\)](https://iris.who.int/handle/10665/345301) Acesso em: 21 jun. 2024.

**ANEXO I:**

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **“PODE A CRIANÇA IMIGRANTE FALAR? UM OLHAR SOBRE DISPOSITIVOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS MIGRANTES E REFUGIADAS NA CIDADE DE SÃO PAULO”**, projeto da pesquisadora MARIA ESTELA AQUINO CAPARELLI e do pesquisador responsável Prof. Dr JOÃO PERCI SCHIAVON. Esta pesquisa está relacionada à elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no curso de graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

### **JUSTIFICATIVA**

Um número histórico de migrantes chega às fronteiras de países do Ocidente em razão de guerras, conflitos ou desastres naturais ou melhores condições de vida, incluindo crianças e adolescentes. Em razão da urgência do tema, o Brasil está desenvolvendo uma política nacional para essa população. Diversas pesquisas descrevem os efeitos negativos na saúde mental de crianças e adolescentes como o estresse pós-traumático e a depressão, mas estudos apontam para a ausência de uma análise que leve em consideração aspectos culturais, sociais e econômicos e os riscos de restringir a análise a aspectos biomédicos e ao controle farmacológico desses grupos. Com base na análise de artigos de periódicos nacionais de psicologia e entrevistas, a pesquisa pretende mapear e refletir sobre os dispositivos clínicos adotados para o cuidado da saúde mental de crianças que migraram forçadamente para o Brasil e compreender como aspectos culturais, sociais e econômicos foram levados em consideração para o acolhimento desse grupo.

### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

A pesquisa tem como principal objetivo descrever quais são e qual é a prática de dispositivos clínicos para o cuidado em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas a partir de uma revisão bibliográfica e de entrevistas semiestruturadas com profissionais da Psicologia ou da Psicanálise que ofereceram cuidado em saúde mental para crianças migrantes e/ou refugiadas, com foco em intervenções que tenham como base a Psicanálise.

### **PROCEDIMENTOS**

A presente pesquisa adotará o método da revisão bibliográfica e de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas serão realizadas com fontes que possam apresentar informações sobre o cuidado em saúde mental em saúde mental para crianças migrantes e refugiadas, com foco em intervenções que tenham como base a Psicanálise. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o qual faz referência à Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016, para apreciação e aprovação.

### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

As entrevistas devem durar entre 1 hora e 1 hora e meia. O roteiro será discutido com os participantes antes das entrevistas. Serão gravadas, após solicitar

o consentimento de todas as pessoas participantes. Serão realizadas no escritório da pesquisadora ou em local a ser agendado pelos entrevistados (as), sempre considerando questões de privacidade e sigilo.

### **RISCOS E DESCONFORTOS**

Segundo a Resolução CNS nº 510/016, que dispõe sobre gradação de risco, a presente pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes. Pontuamos que, em razão das perguntas sobre o tema do atendimento a crianças migrantes, pode haver riscos de a pessoa entrevistada sentir apreensão, constrangimento, cansaço ou aborrecimento e desconforto psicológico em razão das perguntas realizadas.

### **BENEFÍCIOS**

A pesquisa contribuirá para a maior compreensão sobre o cuidado de saúde mental de crianças migrantes e refugiadas. Desta forma, pretende-se promover a reflexão e o diálogo sobre as abordagens que garantam os direitos dessa população, levando em consideração que crianças são sujeitos de direitos e devem ser consideradas prioridade do Estado e da sociedade, de acordo com os marcos regulatórios brasileiros.

### **ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA**

A assistência imediata e integral gratuita por danos decorrentes da pesquisa está garantida. Para receber acompanhamento e assistência a que tem direito, a participante deve entrar em contato com a pesquisadora responsável JOÃO PERCI SCHIAVON por meio do telefone 3670-8156 ou email [jpschiavon@hotmail.com](mailto:jpschiavon@hotmail.com)

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

### **GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE**

As/Os pesquisadoras/es se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada. As informações coletadas serão armazenadas nos meios eletrônicos da pesquisadora que serão mantidos no consultório da mesma e estão protegidos por sistemas antivírus e com métodos de segurança. O material será descartado cinco anos após a aprovação da pesquisa pela PUC-SP.

### **GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO**

Não estão previstos pagamentos de custos aos participantes, que serão convidados (as) a participar de forma voluntária.

### **GARANTIA DE INDENIZAÇÃO**

Fica garantido à (ao) participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

### **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o pesquisador responsável João Perci Schiavon por meio do telefone (11) 3670-8156 ou email [jpschiavon@hotmail.com](mailto:jpschiavon@hotmail.com)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC-SP na Rua: Rua Ministro Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) - Perdizes - São Paulo/SP - CEP 05015- 001 Fone (Fax): (11) 3670-8466 e e-mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br). Horário de atendimento do CEP ao Público: **Das 11h00 às 13h00 de 2ª a 4ª feira e das 15h30 às 17h00 de 5ª e 6ª feira** De acordo com a Resolução nº 466/12 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e Regimento dos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC-SP, "toda pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais", deve ser submetida à apreciação e acompanhamento do CEP.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

São Paulo, data

---

Participante da pesquisa ou responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa intitulada *Um olhar sobre dispositivos de cuidado em saúde mental para crianças imigrantes e refugiadas na cidade de São Paulo*, de Maria Estela Aquino Caparelli, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Pesquisador Responsável

**ANEXO II:**

**ROTEIRO DE ENTREVISTAS**

As entrevistas individuais foram realizadas utilizando uma lista de tópicos composta por um conjunto de questões-chave. O roteiro foi discutido com as pessoas antes das entrevistas. As entrevistas duraram até 1 hora e meia.

### **Parte 1: Posicionamento do tema**

- 1) Em seu trabalho, quais são as principais queixas ou sintomas identificados em relação às crianças imigrantes e refugiadas?
- 2) Em sua opinião, quais são os fatores que influenciam nesses aspectos que você mencionou?

### **Parte 2: Sobre o atendimento**

- 3) Como essas crianças chegam até você? Quem as traz para o atendimento? Como as pessoas que a trazem souberam do serviço?
- 4) Como a abordagem da Psicanálise pode apoiar o processo de cuidado em saúde mental da criança imigrante? Quais são os elementos especificamente com os quais a Psicanálise pode contribuir?
- 5) Quais são as abordagens e estratégias que você e seu serviço tem utilizado no atendimento a crianças e adolescentes imigrantes e refugiadas? São diferentes dos demais atendimentos com “crianças não -migrantes”?
- 6) Nessas estratégias, foi desenvolvido algum dispositivo ou estratégia de atendimento específico para criança e adolescente migrante ou refugiado (em relação às abordagens adotados com outros grupos de crianças)? Quais?
- 7) Como é feita a escuta da criança (em termos de tradução, de garantir seu testemunho, do que ela deseja expressar)?
- 8) E dos pais ou cuidadores?

### **Parte 3: Sobre a relação de dispositivo com o entorno da criança (perspectiva ecológica, biopsicossocial)**

- 9) Faz parte da estratégia o trabalho com a ubi, escola ou comunidade ou outros equipamentos (igrejas, cultura)? De que forma?

10) Como essas outras instâncias participam do processo de cuidado? Existe um trabalho em rede?

**Parte 4: O profissional e a criança**

11) Como é para você atender crianças imigrantes e refugiadas? Poderia falar como tem sido sua experiência em termos profissionais? E pessoais?

12) Para você o que é a criança migrante ou refugiada?

13) É diferente atender uma criança imigrante e não-imigrante?

14) O que o atendimento com criança desperta ou gera em você em termos transferenciais ou de identificação?

**ANEXO III:**  
**TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS**

### **Primeira entrevista: Pedro Magalhães Seincman**

Doutorando em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da USP. Mestre, com bolsa CNPq, em Psicologia Social pela PUC-SP. Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2013). Tem experiência nas áreas de Psicologia Social e Psicanálise, atuando principalmente em temas relacionados à migração e urgência social. Foi supervisor clínico do Grupo Veredas: Psicanálise e Migração, projeto de Extensão e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) e que possuem experiência no atendimento psicológico e psicanalítico a crianças imigrantes. A entrevista foi realizada presencialmente em seu consultório particular.

Pesquisadora – Como você sua trajetória com o atendimento de crianças imigrantes?

00:00:37

Pedro Seincman - Minha entrada foi pelo Veredas como estagiário de Psicologia para fazer atendimento na Casa do Migrante. Não especificamente com crianças. Na época não tinha muita criança lá na casa. Comecei a começar em 2011, em 2013 eu me formei e 2015 comecei o mestrado. De 2011 a 2015 eu atendia semanalmente na Casa. Nesse tempo houve períodos que não havia nenhuma criança e períodos em que estava lotado de criança. Então, no geral, fazia grupos de lúdicos. Nós transformamos a biblioteca em sala de brinquedos e reunimos as crianças...

Comecei o mestrado com um questionamento a partir do trabalho na Casa do Migrante. Durante o mestrado eu continuava nesse grupo, mas como supervisor clínico. Numa época fiquei como coordenador da rede que existe até hoje. Em 2019 saí desse eixo ligado à Casa do Migrante. Foi justamente quando eu comecei um projeto de doutorado com um do caso de uma família boliviana, pessoas que não estavam ligadas à Casa do Migrante. Esse caso da família boliviana comecei a atender na USP em 2012 e acompanhei até 2020. Era o atendimento de uma criança e transformou em um trabalho em rede.

00:05:13

Pesquisadora - O que leva as crianças imigrantes para esses dispositivos? Quais eram as queixas?

00:05:34

Pedro Seincman - Com os bolivianos é um algo específico. É aí justamente o que eu estou descobrindo no doutorado, há um tema muito específico da migração boliviana. As crianças que não falam. São pais migrantes e crianças brasileiras de origem boliviana. Por que que elas chegam pra atendimento? É, em geral, elas chegam na idade escolar, entram na escola, e aí com 3,4 ou 5 anos não falam. Por isso que elas vão para atendimento. Muitas vezes há um diagnóstico de autismo ou de transtorno de linguagem grave. Esses são os casos mais graves. Os casos, vamos dizer assim, mais leves são crianças tem a fala, entraram na linguagem, mas têm uma inibição muito grande, questões de preconceito, questões sociais. Então são crianças que não estão tão prejudicadas na questão do desenvolvimento, mas que estão muito prejudicadas na socialização na escola.

00:06:57

Pesquisadora - Qual é faixa etária dessas crianças?

00:07:03

Pedro Seincman - As crianças chegam com 3 anos sem falar. No CAPs da Mooca há crianças e adolescentes até 17, 18, que chegam a falar, mas com muita dificuldade.

00:07:39

Pesquisadora - Quem leva as crianças para o atendimento?

00:08:05

Pedro Seincman - No caso dos bolivianos é a escola. A maior parte é a escola que faz uma demanda de saúde, de saúde mental. Ou a UBS. A família está ligada à UBS por outras questões de saúde e a criança é atendida nessa UBS. Os profissionais identificam que há algo que demanda atendimento.

00:08:31

Pesquisadora - Nesse caso a escola referência para um dispositivo, para a Casa do Migrante?

00:08:35

Pedro Seincman - Não. Os bolivianos não vão mais pra Casa do Migrante porque os bolivianos já chegam com moradia aqui.

00:08:52

Pesquisadora - Você está falando dos casos que chegam para a USP são referenciados pela escola e UBS?

00:09:00

Pedro Seincman - Sim, escola e UBS.

00:09:03

Pesquisadora - O que gera esses sintomas (entendo que essa é a pergunta da sua tese de doutorado)? Você menciona a questão social como geradora desses sintomas.

00:09:36

Pedro Seincman - Vou tratar da migração boliviana para costura. Isso envolve a migração para São Paulo e para Buenos Aires. De São Paulo, há submigrações para Minas Gerais e para outros lugares no Brasil também ligados à costura. Para São Paulo e Buenos Aires existe um funcionamento institucional dessa migração ligada à costura. Primeiro é uma migração transnacional e circular. O que quero dizer é que a migração não tem como objetivo final a integração no país de destino. Ela tem como objetivo a circulação em si. O migrante boliviano vem para cá para ter uma mudança de classe social. Às vezes o objetivo primeiro é voltar. Mas aí no meio do caminho ele muda para cá, cria uma família aqui e vai ficando no Brasil. Mas todos eles estão o tempo todo com a possibilidade tanto de voltar, como de ficar, quanto de circular, especialmente de circular. Importante notar que a costura está muito ligada à sazonalidade: nos períodos de mais trabalho, mais pessoas vêm e ficam aqui. Há aqueles que vêm só para o período de alta e volta no período de baixa. Essas pessoas

têm casa lá e tem casa aqui. Eu chamo de instituição todas essas práticas e valores que circulam entre Bolívia, Brasil e Argentina no trabalho com a costura. A minha tese é que esses problemas com as crianças acontecem porque essa instituição tem como valor maior e absoluto o trabalho. Então tudo o que tem valor está ligado ao trabalho. O trabalho que possibilita a própria migração e até o desejo de migrar. Quando uma criança nasce em meio a esse processo ela é muito contraditória com toda essa dinâmica. Porque a criança justamente envolve um desinvestir um tanto do trabalho, envolve um tempo prolongado de cuidado. Então, há aqui um pouco de desmistificar uma visão de que de que essas crianças podem ter problemas no desenvolvimento por falta de investimento dos pais. Como se fosse uma questão subjetiva, no sentido individual do termo. “Esse pai não se ligou à criança, esse pai não transmitiu suficientemente o que deveria para essa criança”. Não tem nada disso. A questão é da instituição não é uma questão dos pais, do pai ou da mãe, ou da família. A própria noção de família muda muito na instituição da costura ou da instituição da migração pra costura. É essa instituição que engloba assim a família dentro desse projeto da costura não tem nada a ver com o pai, mãe e filho.

00:14:16

Pesquisadora - Há diferenças no atendimento de crianças não migrantes e crianças imigrantes ou Psicologia e Psicanálise é mesma para os dois grupos?

00:15:16

Pedro Seincman - Sim e não. Sobre essa visão de que Psicanálise é Psicanálise, não importa para quem, eu discordo absolutamente. Tudo o que a gente mais tem visto hoje na renovação que a própria Psicanálise está precisando fazer segue em outro sentido. Há especificidade no atendimento de um paciente negro? Porque a resposta antigamente era sempre assim: o inconsciente não tem cor. Isso aqui está caindo, já caiu. Quem segue nessa ideia está antiquado. Estamos em outro momento histórico. A Psicanálise, claro, tem muita força ainda isso que eu estou chamando de antiquado. Até essa questão de cotas na universidade acabou trazendo uma discussão sobre cotas na instituição da Psicanálise.

A migração é um processo humano. Eu já fiz metáforas assim, a migração do do bebê dentro da barriga para o mundo, isso é um ato migratório. A migração da infância para adolescência, isso há um ato migratório. Nesse sentido, poderíamos dizer assim, bom, não tem nada de específico no migrante porque todos somos todos migrantes. Mas isso é extremamente limitado. Eu acho que isso é verdadeiro, mas é muito limitado. Uma criança que se torna adolescente numa classe alta na zona central de São Paulo e uma criança que se torna adolescente na periferia, já não é a mesma coisa. Porque incidência política é diferente. Então as questões já não são as mesmas. Por isso acho que sim, há especificidades. É uma população migrante de uma população não migrante que é específico, comparando cada migração, cada tipo de migração. E aí entra o meu trabalho com os bolivianos. Para mim, a migração boliviana para a costura tem uma especificidade, que faz com que um atendimento para os bolivianos seja diferente daquele oferecido para um congolês, um haitiano.

00:19:18

Pesquisadora - O que há de diferente?

00:19:24

Pedro Seincman - É a questão de entender que você que existe em uma cultura transnacional e circular. Por exemplo, em um debate na semana passada foi apresentando um caso, uma situação muito complexa, a pessoa que foi cooptada por uma milícia no país dele. Ele assassinou infinitas vidas. No Brasil, ele conseguiu apoio de diversas organizações, como Defensoria Pública, Cáritas. Estava amparado institucionalmente, recebeu reconhecimento de refúgio. Ele tinha um lugar de onde falar e um lugar de onde ele era falado. O trabalho da analista foi todo em cima do trauma. O trauma clássico que Freud e tem muita teorização sobre migração, inclusive. Mas tudo isso só podia ser trabalhado porque essa pessoa estava inserida institucionalmente. Em outros casos discutidos, os analistas não identificaram a demanda. Algumas pessoas marcavam e não iam às sessões, falava que queria, mas não aparecia. Quando começava a sessão, falavam que não tinham nada para dizer. Essas pessoas estavam chegando em um vazio institucional.

00:23:16

Pesquisadora - Ou seja, para começar a falar desse sofrimento, eventualmente do trauma, elas teriam que ser acolhidas, ter um amparo institucional, para começar a pensar nessa dor porque existem outras necessidades na chegada ao Brasil?

00:23:29

Pedro Seincman - Exatamente.

00:23:29

Pesquisadora - E a criança? Ela chega também nesse caos, sem saber onde vai morar, com os pais buscando alternativas para essa nova vida. O sofrimento chega pela voz dos pais. Há então um processo de busca por condições de moradia, de vida, nesse novo país...

00:24:48

Sim, nesse sentido, o trabalho da Casa do Migrante é fenomenal porque os migrantes chegam lá e nada é perguntado a eles. Se há vaga, a pessoa é acolhida. Eles oferecem todo o amparo legal, de assistência social. Qual é o papel de um amparo psicológico, por exemplo, na Casa do Migrante? Porque se a pessoa precisa primeiro de um amparo legal e de assistência, por que teria psicóloga lá, não é? Nosso grupo (Veredas) continua indo lá para fazer atendimento para, justamente, trazer um acolhimento. Muitas vezes para a criação de uma rede transferencial que vai possibilitar esse amparo. Muitas vezes a assistente social podem fazer esse acolhimento, mas a assistência social está voltada para questões da sua área. Elas têm uma escuta de assistência social. O psicólogo tem um outro tempo porque ele não precisa resolver casa e nem alimentação e nem trabalho. Mas ele tem tudo a ver com isso, não é? O psicólogo tem outro tempo.

00:27:07

Pesquisadora - Nesse dispositivo, como era o atendimento às crianças? É a escuta de corredor?

00:27:49

Pedro Seincman - Sim, é o mesmo. Escuta de corredor. Eu acho que é um setting. Eu acho que é você montar um setting a partir da escuta, e não o contrário. Não é o setting que vai possibilitar uma escuta, você monta o setting a partir da escuta. Então

escuta de corredor é toda aquela escuta em que você se deforma o quanto for necessário para poder escutar. Para a pessoa, poder falar não importa. Não importa quanto é que você vai se deformar.

00:29:06

Pesquisadora - Mas aí e a criança é escutada pela escuta de corredor e nos grupos?

00:29:15

Pedro Seincman - Nos dois casos é possível. A família... Não, na Casa do Migrante a casa dessa criança não está caindo. Por que eu mudei (eu ia dizer a família não está caindo)? Porque já houve casos em que os pais não estavam bem, super sem lugar, mas a Casa do Migrante fez a função, de dar o amparo para essa família. Então pode ser os pais, pode ser a casa, pode ser outros adultos que moram junto com ela, mas a criança precisa de uma estrutura que não esteja caindo em cima dela. Esse é um caso. E aí você reconhece isso porque a criança quer brincar, porque a criança é naturalmente. A criança quer brincar, quer se comunicar, quer se envolver com outras crianças, com outros adultos. Nesse caso, o trabalho pode ser mais parecido com o que já conhecemos. É um trabalho com desenho, com brincadeira, de conversa de corredor ou em salas fechadas. Agora, uma outra situação é, a casa está caindo? Não, não, não tem estrutura para segurar nada. Aliás, nesse primeiro caso, muitas vezes a criança que dá estrutura para os pais. Nesse caso, acho que tem uma coisa específica desse trabalho. Você não precisa tirar essa função da criança, que muitas vezes é fundamental. A criança aprende primeiro o português, ela vai ser tradutora para os pais. Você, como psicólogo, pode estar junto para dar o amparo pra essa criança para que ela não fique com todo esse peso nas costas. O tratamento da criança nesse caso é dar melhores condições para os pais dessa criança.

00:31:44

Pesquisadora - E em outro cenário, em que a “casa está caindo” sob essa criança?

00:31:47

Pedro Seincman - É outro cenário. O que que pode acontecer? Uma inibição muito grande dessa criança e outros sintomas. Como é que chama? A Silva Bleichman separa algo que seriam sintomas ou puras descargas de energia. A criança sai quebrando as coisas, mas ela não está quebrando a mesa porque é uma mesa. Ela está quebrando a mesa porque a mesa está na frente dela.

00:32:52

Pesquisadora - Mas isso é real, isso não é só na imigração. Está acontecendo muito em consultório em particular...

00:32:56

Pedro Seincman - Com certeza não é só na imigração. Essa falta da estrutura não é só na imigração. Você pode ter em um num refúgio uma condição que está muito mais bem estruturada em relação a uma família que não vive nessa condição. Tem um certo diagnóstico do que é sintoma ou é descarga pura de energia? Se é descarga pura de energia, você tem que fazer um trabalho muitas vezes mais corporal. Muitas vezes não dá para trabalhar diretamente com a criança. E aí você vai trabalhar com os pais ou com a instituição. Porque são os pais ou a instituição que não estão dando conta de dar o amparo para essa criança.

00:34:06

Pesquisadora - Como você classificaria o modelo de atendimento com crianças que você adota?

00:34:56

Pedro Seincman - Não há nada só meu. Só há algo também meu porque faço parte do Veredas. O nome disso é psicanálise clínica-política. É a Miriam (Debieux Rosa, Professora Titular do Departamento e do PPG de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Coordena o Laboratório Psicanálise, Sociedade e Política e o Grupo Veredas: psicanálise e imigração (PSOPOL/IPUSP) e todos que trabalham junto com ela. Porque nós criamos juntos, a partir da prática, das necessidades práticas. Nós não trabalhamos com uma concepção de caso clínico clássica. A nossa concepção de caso clínico é o caso clínico-político. A questão nunca vai ser só uma questão pessoal e singular. Sempre há uma questão pessoal e singular, mas não é apenas isso. Eu trabalhei com essa família que veio da Bolívia. Eles tinham uma questão pessoal e singular. O filho (com suspeita de TEA) conheceu o avô, o avô olhou para o filho e falou: isso daí é um castigo de Deus para você. Isso aí só aconteceu com ela e com mais ninguém. É uma questão absolutamente singular dela. Mas há todo o contexto que vale para toda a migração de bolivianos, que trabalha com costura. Então, nesse sentido, qual é o qual é o caso clínico-político? O caso é que precisamos considerar a inserção institucional da pessoa, sem as organizações se conversam (ou não), a rede...

00:37:10

Pesquisadora - Quais são os desafios da escuta dessa criança imigrante, diante de todos os ruídos em volta, das vozes em torno dela?

00:39:10

Pedro Seincman - Primeiro, todo ruído em volta é fala. Já no caso clínico-político, não é ruído, é fala. Assim como a criança vai falar do entorno na fala dela, tudo que ela fala dela mesma, pode estar falando sobre o entorno. O entorno é algo ou estão dizendo por aí que eu sou esse algo. A criança diz do ruído. O entorno diz da criança e criança diz do entorno. Então eu não acho que para escutar o sujeito do desejo, você precise abafar o que você chamou de ruído. Acho que ao contrário, você precisa trazer é à baila. Mas também acho que para alguém, quem quer que seja, desejar, existe uma condição prévia, o que para mim está absolutamente justificado em Winnicott. Ele tem uma outra ética que não é exatamente a ética lacaniana, mas que, na minha visão, se complementa muito bem com ela. Porque a ética winnicottiana é pressuposto para ética lacaniana poder funcionar. A ética pela lacaniana é a ética do desejo. A ética winnicottiana, do jeito como eu vejo, é uma ética da participação compartilhada entre mãe e bebê, mas isso vale para pessoa e ambiente, entre pessoa e outros. Nesses outros você pode encaixar outras pessoas, outros grupos, outras instituições. Acho que vale para qualquer tipo de relação. Agora falando das crianças migrantes, qual é o nível de participação compartilhada que elas têm oportunidade de efetivar. Na escola, ela participa? Participar não é falar em aula. Ela tem amigos? Porque amizade implica participação. Ela é vista de um jeito que que fixa? No sentido: "ah, o boliviano sujo, ninguém fala com ele porque ele é sujo."? Ou ela é vista assim: "ah, olha, ela é filha de boliviano, será que ela é legal? Alguém vai lá e vai falar com ela dela para que ela tenha a chance de participar.

00:45:44

Pesquisadora - O conceito de participação nesse caso é a possibilidade de um vínculo é saudável?

00:45:52

Pedro Seincman – Vínculo saudável. E por que que eu acho que isso é Winnicott? Porque o vínculo saudável é aquele em que pode emergir um espaço transicional qualquer, qualquer vínculo que em que exista um espaço transicional. Espaço transicional é espaço de criação conjunta.

00:51:03

Pesquisadora - No atendimento, com todos esses desafios, é possível escutar a criança para além de sua condição de migrante, uma criança-sujeito?

00:53:16

Pedro Seincman - Sim, é. Mas também não. Não vou fugir da pergunta (rs). Claro que cada pessoa traz uma novidade absoluta para o mundo. Eu sou não acho que essa novidade vai poder ser escutada quando a gente isola todas as influências. Porque essa novidade depende absolutamente dessas influências também, sabe? Há uma visão da Hannah Arendt que eu acho muito interessante: ela tem um conceito de natalidade. Ela acredita que o nascimento traz sempre uma novidade por si só e vai justificar porque a educação tem dever com a tradição. Ela está se contrapondo a uma corrente da educação que aponta que temos sempre que inovar. Hanna Arendt vai dizer o contrário: a tarefa da educação é apresentar o mundo velho porque é só em cima do mundo velho que a novidade que é a criança vai poder se efetivar. É em cima do velho que a criança apresenta o novo. O mundo era assim porque você apresenta só o passado. O presente você já não apresenta mais porque não é novo para você quanto para criança. Então você só pode apresentar o passado porque a criança não conhece o passado. Correntes da arte, heranças indígenas... A criança necessariamente vai transformar. Se você apresentou bem o passado, necessariamente ela vai trazer a novidade para o para o futuro.

Pesquisadora - Como a abordagem da Psicanálise pode apoiar o processo de cuidado em saúde mental da criança imigrante? Quais são os elementos especificamente com os quais a Psicanálise pode contribuir?

Pedro Seincman: Pensando algo talvez mais específico da Psicanálise, acho seria o trabalho com o inconsciente. E aí na nossa abordagem do caso clínico-político o inconsciente não se manifesta apenas no discurso do atendimento em si e das pessoas que estão participando do atendimento. O inconsciente vai se manifestar no discurso das instituições que estão vinculadas ao caso. Se estou atendendo uma criança na Casa do Migrante: há o discurso da criança, que pode ser através de um desenho, através do que conversamos nas brincadeiras. Tem o discurso familiar: os pais vão dizer alguma coisa, vamos chamar para uma conversa. Tem um discurso comunitário porque se são crianças, essa família tem um lugar específico dentro da comunidade boliviana que migra para São Paulo em certas condições. Isso gera um discurso em torno em torno dessas pessoas. E tem os discursos institucionais: da

Casa do Migrante, da Cáritas, do CRAI. Então acho que o trabalho em rede envolve procurar as manifestações inconscientes nessa rede discursiva.

Pesquisadora - Pode falar um pouco mais sobre a relação de dispositivo clínico-político a partir do que você atendia com o entorno da criança (como era realizado seu trabalho junto à rede, quais outras instâncias participam do processo de cuidado)?

Pedro Seincman - No caso da Casa do Migrante, a gente atuava com a própria Casa do Migrante, que é junto a Missão Paz, que é uma organização da igreja católica. Porque não é só o SUS e SUAS que acabam dando conta de toda a demanda, especialmente dos imigrantes. O SUS e o SUAS têm políticas que estão mais voltadas para um público geral, brasileiro, mas não com especificidades dos imigrantes. Está começando com as políticas, por exemplo, que o Haddad implementou em São Paulo (CRAI, Centro de Referência) e há a Lei da Migração. Há então essas instituições que não são do Estado. Ou seja, a partir de um caso vamos buscar a rede para desvendar, não no sentido de descobrir, mas no sentido de construir um discurso alimentado por toda essa rede discursiva que já está ligada a esse caso. Quando não há rede suficiente, o trabalho é o de montar a própria rede para que haja discursos.

Pesquisadora - Como essas outras instâncias participam do processo de cuidado?

Pedro Seincman - Cada uma participa com as suas especificidades. Mas esse trabalho com o discurso inconsciente nessa rede transferencial visa colaborar para achar caminhos comuns para cada um dos dispositivos. Às vezes uma fono, um psicólogo e uma assistente social vão definir que o trabalho será voltado para transformar a moradia em casa. A fono vai usar a temática da casa, a casa antes da migração e depois da migração. O psicólogo vai também usar o trabalho com desenhos sobre o que é casa, quando a gente se sente casa. A assistente social vai fazer o trabalho de direito à moradia. São direções comuns de perspectivas distintas.

Pesquisadora - Como é para você atender crianças migrantes e refugiadas? Poderia falar como tem sido a sua experiência em termos profissionais e pessoais?

Pedro Seincman - Em termos pessoais, eu demorei para descobrir que esses atendimentos me pegavam também a partir da minha história pessoal. Meus avós vieram da Rússia e da Romênia. Especialmente do meu avô, que veio da Romênia. Apagou muito da história pregressa dele. Nunca quis falar muito sobre isso. Não se fala, não se conta. Ele parou de falar romeno, por exemplo. Então acho que é isso já me atravessava desde sempre nos atendimentos dos migrantes. E é, de uma certa forma, uma tentativa minha de elaborar essa questão familiar e transgeracional própria.

Pesquisadora - Para você, o que é a criança migrante ou refugiada?

Pedro Seincman - Para mim é, pra mim é tão é tão diferente de cada caso. Porque pode ser a criança que está carregando a família nas costas, pode ser a criança que está desamparada porque os pais estão desamparados. Pode ser a criança que inspira os pais, a criança que faz a ponte das diferentes realidades. Então, acho que pode ser coisas muito diferentes dependendo de cada contexto, de cada pessoa, de cada família.

Pesquisadora - O que o atendimento com criança, desperta ou gera em você, em termos transferenciais ou de identificação.

Pedro Seincman - Desperta o meu infantil... e desperta minha condição de pai também de criança pequena. Desperta a minha condição de filho dos meus pais.

## Segunda entrevista: Julia Bartsch

Psicóloga, psicanalista e mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP com pesquisa em psicanálise sobre imigração. É membro do grupo Veredas: Psicanálise e Migração, projeto de Extensão e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) e que possuem experiência no atendimento psicológico e psicanalítico a crianças imigrantes. Foi presidente do conselho administrativo de Médicos Sem Fronteiras entre 2017 e 2020 e coordenou a força tarefa de Saúde Mental durante a pandemia COVID-19. A entrevista foi realizada de forma remota por meio da plataforma Google Meet.

Pesquisadora - Poderia falar sobre sua experiência com o atendimento às crianças migrantes?

00:00:11

Julia Bartsch - Em Honduras foi o primeiro trabalho com Médico sem Fronteiras. Eu tive outra experiência com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha. Então existia um trabalho de atenção à população civil. No caso em situações de violência, em situação de conflito. O cuidado com a criança estava integrado ao cuidado com a comunidade. A questão da comunidade que cuida também dessa criança. Então víamos, por exemplo, casos de desnutrição. Então, o cuidado da saúde mental era cuidar da mãe, que eventualmente ela também estava em um estado ou de depressão ou mesmo afetada com o que está acontecendo. Ela não conseguia alimentar o filho. Era muito além da falta de comida em si. Então, o cuidado da criança estava muito envolvido com o familiar, com a comunidade. Só começando ali a gente pensa: qual é o lugar dessa criança que vai me dar uma experiência para trabalhar criança aqui no Brasil quando a gente começa a trabalhar com imigrantes. A maioria das pessoas que eu atendi não eram crianças, mas falavam de suas crianças. Eu cheguei a atender adolescentes, então o meu trabalho, essencialmente, ele não foi diretamente com crianças, mas ele foi com quem cuida dessas crianças. É lógico, sempre pensando qual é o papel dessa criança nesse processo migratório.

Quando você me traz essa questão da criança... ela vai ter um papel fundamental de ponte de um lugar que família vem e de lugar em que ela se instala. A criança tem necessidade de pertencimento, de estar naquele lugar. Eu atendi um caso em que o pai me procurou. A criança sofria bullying na escola por ser estrangeira. Eles eram venezuelanos. Ainda que fosse uma escola que estivesse acolhendo crianças imigrantes, a criança sofria em razão do jeito de falar fala, pelo sotaque, costumes. O René Kaes, que é um psicanalista francês, vai definir que diz o que é meu e o que é do outro está construído em cima dos chamados códigos culturais. Entre os códigos, temos a língua, a vestimenta, a comida, os rituais. Então é uma criança que aparece no meio de outras crianças com outros códigos é fatalmente apontada como alguém de fora. Alguém fora do clã, como diz a Julia Kristeva. Há um livro bastante interessante, O Estrangeiro de mim mesmo. A criança acaba sendo estrangeira para a família no sentido de trazer códigos diferentes. Vemos eventualmente isso no âmbito religioso. Para você pertencer àquela comunidade você precisa obedecer a certas questões. A criança começa a estar em contato outras possibilidades de existência. A

criança quer experimentar. Então ela volta para casa com algo novo, que a família, em princípio, não está preparada para compreender.

Esse cuidado com a criança precisa levar em conta o que faz sentido para ela. Então, a criança, ela tem um lugar bastante, digamos, crítico nesse processo migratório. A criança tem uma facilidade muito grande de aprender uma outra língua. Então, ela é a primeira na família, muitas vezes, a aprender a língua, no caso o português. Quando ela chega aqui ela é tradutora, mas ela acaba sendo também tradutora de outras coisas. Aqui é assim que faz, aqui é assim que se come". Aí cabe aí ver como é que isso funciona nessa relação familiar. Mas vamos lá às suas perguntas.

00:07:38

Pesquisadora - Vejo que você tem a experiência no campo das emergências em outros países e de um fluxo migratório que não está necessariamente ligado à eclosão de uma emergência, como é o caso do seu trabalho em São Paulo. Em sua experiência com crianças imigrantes, quais foram os fatores que você acha que influenciaram essas crianças, que elas vêm com queixas?

00:09:16

Julia Bartsch - Existe um processo de adequação, de adaptação, de resgate da própria cultura. A criança imigrante acaba sendo considerada inadequada para quem é daqui, em alguma medida para a própria família. Porque ela fica no meio, num certo limbo cultural. Então a gente precisa entender qual é a norma do lugar, como é que uma criança deve se comportar. E se ela não se comporta daquele jeito, ela acaba recebendo um diagnóstico. Uma qualificação ou algo nesse sentido. O estado dela é considerado como uma patologia, quando na verdade ela está dentro do processo dela. Pensando nos casos que atendi. Um é de menino de 11 anos. A queixa dele era mais um sentido da falta dos amigos na Venezuela. Atendi uma menina que era uma adolescente, de 13 anos, e a queixa dela estava mais no sentido de que na escola não gostavam dela. Nesses dois casos, a criança se sente fora de um grupo. Ela está na busca de um lugar. Eu perdi meus amigos e não consigo ter outros.

00:11:53

Pesquisadora - O que os pais diziam?

00:12:00

Julia Bartsch – Esse é o ponto. Os pais estão tão preocupados com a própria sobrevivência que eles não têm tempo de olhar isso. Nos dois casos, esse ponto era comum: havia uma preocupação com a criança, percebiam que elas precisavam de alguma ajuda, precisavam de um apoio. A grande questão é que os pais começam a perceber que elas precisam de apoio quando elas param de se comunicar.

00:12:28

Pesquisadora – A queixa era sobre o silêncio dessas crianças, elas pararam de falar?

00:12:34

Julia Bartsch – Isso. Começou a não interagir. Muitas vezes eles vêm de uma família muito vulnerável, que não tem tempo de ficar ali olhando a criança até a criança. Muitas vezes ela fica o dia inteiro sozinha. Esses dois casos eu atendi durante a

pandemia. Então tinha um isolamento a mais, é uma dificuldade a mais de aprender a língua.

00:14:11

Como as famílias chegaram até vocês? Pelo Veredas?

00:14:27

Julia Bartsch - Muitos casos são referidos para nós pelo CRAI. No caso da menina, havia uma queixa de fundo da família (ela foi trazida para o Brasil pela mãe porque ela sofria abuso de algum familiar). O interessante é que essa é a queixa que a família, mas não é o que a própria menina traz. A queixa dela é: agora que eu estou nesse lugar novo, o que que eu faço aqui? Foi uma questão bastante difícil porque ela falava Criolo, mas falava muito pouco francês. O pessoal aprende o francês quando vai na escola e ela não tinha atingido o nível de francês que pudesse criar uma comunicação. Começamos por vídeo, a conexão era ruim, então ela começou a fazer desenho. Mas ela conseguia dizer que ficava sozinha, com os irmãos, com primos. Não havia crianças da idade dela. Então a questão dela não chegou a toca o que aconteceu com ela antes. Ela estava preocupada com o que seria dela a partir dali.

00:17:24

Qual é a abordagem que você adotou no casos que você atendeu?

00:17:36

Julia Bartsch – Acabamos indo para a Psicanálise porque o Veredas é um braço do Laboratório de Psicanálise, Sociedade e Política (USP). No sentido de entender como é que a linguagem se manifesta. Então quando ela traz o desenho para mim, aquilo tem um significado, o que que ela desenha, aquilo que ela desenha, ela está querendo me dizer algo. Foram 6 meses de atendimento. Houve um procedimento para poder atendê-la porque inicialmente ela não tinha o celular e usava o celular um tio e dependia do fato de o tio estar por ali. Conseguimos uma doação do celular, do chip, para ela poder usar. Foi criado um vínculo. Ela começou a se integrar, a fazer algumas amizades onde ela. Foi criado um vínculo: ela fez um vídeo, anda pela rua, e me mostra para falar das pessoas que ela conheceu. Também enviou mensagem de Natal, de Ano Novo, em português.

00:19:43

Pesquisadora – E isso foi possível porque você superou ou atravessou essas barreiras linguísticas...

00:20:16

Julia Bartsch – Não sei se a palavra é superação (rs)... Porque no final é o recurso que temos. No Veredas temos na equipe pessoas que não necessariamente têm uma grande fluência na língua que nós vamos atender. O que importa é mostrar para pessoa que está sendo atendida por alguém que não está fazendo um esforço para escutá-la, para acolhê-la, para atender. Um espaço em que ela possa falar dela e a gente conseguir captar algo do que está sendo dito ali poder dar uma devolutiva naquilo já é algo desse cuidado.

00:21:15

Pesquisadora – Há alguma especificidade nesse modelo de atendimento para criança-imigrante e não-imigrante?

00:21:53

Julia Bartsch – Acho que é o lugar que ela é colocada nesse processo migratório pela família e pelo lugar que é escolhido. Como eu falei no começo, a criança acaba sendo uma ponte entre a família e o lugar onde ela está, o que acelera mais esse processo de adaptação. Mas um nome para isso, é tão difícil nomear.

A questão do imigrante é que ele já recebe um marcador. Ele é o imigrante, um estrangeiro, o outro, o que vem de fora. Temos que pensar em toda a estrutura. O que já é estrutural do nosso país no que no que diz respeito a como a gente recebe os imigrantes. Ele é alguém que vai roubar nosso emprego, ele é alguém que vai trazer costumes que, entre aspas, não condizem com nossos valores. Então às vezes a criança acaba entrando nessa classificação do outro. Essa criança estrangeira porque ela é classificada só por ser Venezuelana, Haitiana, colombiana.... Ela já chega com um marcador. Para quem vai trabalhar com essas crianças pra promover aí uma certa ideia de diversidade cultural, de interculturalidade. A interculturalidade é um princípio bacana de trabalhar porque ele vai dizer que não existe uma cultura que seja melhor do que a outra. Existem diversas culturas. Aí é um trabalho de sensibilização de quem trabalha com a criança, de uma maneira geral.

00:25:44

O analista também deve olhar para além desse marcador, não é?

00:26:29

Julia Bartsch – É legal que você falou isso. A questão de ver como a criança como sujeito. Temos que lembrar o que é um imigrante, com as nuances de ter saído do seu país, da sua história, do seu contexto. Mas não esquecer que é uma criança também, como qualquer outra criança. Uma criança que tem seus desejos, que tem suas ansiedades, quem quer brincar, que quer ter amigos, que tem sonhos. Mais uma vez: tem a questão de transformar a migração em algo patológico, quando acabamos perdendo o olhar sobre a aquela pessoa.

00:27:25

No momento que você está com criança, ela é uma criança-migrante, mas também uma criança-sujeito que precisa ser ouvida na clínica? Faz sentido?

00:28:48

Julia Bartsch - Faz todo o sentido. Ela não deixa de ser sujeito porque ela é imigrante. A imigração não anula o sujeito. Pode afetar a capacidade, a possibilidade de existência, se a gente não tomar muito cuidado. Quem é o sujeito? O sujeito é constituído na história dele, não só da história dele, mas daquele que foi atribuído a ele antes dele nascer. Então precisamos respeitar essa história, mas saber escutar o desejo. Às vezes o desejo é voltar para o país, por exemplo. Mesmo sabendo que isso é impossível, o que que a gente faz com o desejo impossível. Então tem nuances que são características da situação do imigrante, mas há desejos que são inerentes a qualquer criança, qualquer adolescente. Então a gente não pode olhar para aquela criança exclusivamente como uma criança imigrante. Ela é muito mais do que a imigração. Imigração é um ponto da história dela, não é o que define essa história.

00:30:03

Pesquisadora – Você acredita que essa perspectiva é adotada de forma consensual no cuidado às crianças ou é preciso fazer uma reflexão, um trabalho de discussão junto as pessoas da Psicologia, Psicanálise?

00:30:41

Julia Bartsch - Eu diria que uma sensibilização sobre as especificidades da migração é interessante para entender como se dá desse deslocamento, que não é um deslocamento psíquico, um deslocamento físico, territorial. Na psicanálise falamos que somos estrangeiros de nós mesmos, estamos lidando com a estrangeiridade o tempo todo. Mas a imigração ela tem um significado para pessoa: o que que foi sair da sua casa, ser obrigado a deixar tudo para trás, o que que é estar no seu lugar novo, e entender também o que representa do ponto de vista político-social a situação do imigrante no nosso país. Então tem algumas questões que são importantes para entendermos quais são as fontes do sofrimento. As fontes do sofrimento não são unicamente porque a pessoa deixou o país, mas também de que maneira esse país novo a acolhe, quais são as questões estruturais desse país que causa sofrimento, que pode ser a vulnerabilidade social, que pode ser racismo, xenofobia. São outras as fontes de sofrimento que precisamos escutar também. Para não responsabilizar unicamente o sujeito no sofrimento dele e entender que existem situações que o colocam em situação de sofrimento. Como qualquer outro profissional, você vai ouvir um sujeito, mas tem algo das fontes de sofrimento que estão relacionadas com o fato de que esse sujeito é imigrante.

00:32:37

Pesquisadora – Então deveria haver uma reflexão sobre a criança-sujeito e criança-migrante por parte do dispositivo, do analista que a escuta?

Julia Bartsch – As crianças são crianças, não importa se ela está na África, se ela está aqui, ela vem como criança, ela chega como criança. Ela tem curiosidade, ela quer brincar. São questões, inclusive para entender por que uma criança não está querendo brincar. O que que está por trás daquilo? Então ela é essencialmente uma criança, ela não deixa de ser criança porque ela veio do Paraguai, da Bolívia, do Congo. Então a gente não pode perder essa dimensão de vista.

00:34:44

Pesquisadora – Como você acha que a psicanálise contribui com essa clínica da criança imigrante?

00:35:00

Julia Bartsch – A psicanálise nos ajuda a entender a constituição do sujeito, o que da história dele e da história de quem veio antes dele, se pode falar dele. Há esse olhar específico no que diz respeito a esse sujeito, os seus mecanismos de defesa, onde que ele coloca seus desejos, como é que ele lida na relação com o outro, o que é esse outro para ele. Porque nosso trabalho é um pouco trazer o familiar para que o estranhamento possa se dissipar também.

00:36:04

Pesquisadora – Como você vê o trabalho em rede no cuidado com a criança imigrante?

00:36:58

Julia Bartsch - É super importante. A rede possibilita outros espaços para trabalhar com essa criança. Até porque o nosso trabalho no CRAI é muito específico do atendimento clínico. Não é um espaço de trabalho para as crianças de uma maneira geral. Quanto mais apoio, quanto mais suporte essa criança tiver, melhor para ela, para a relação dela com as pessoas. Eventualmente ela se descola da família para poder se entender nesse lugar novo, e você também cria um atrito dentro da família. Quando falamos de trabalho com criança, também estamos tratando do trabalho com os cuidadores, com as mães que cuidam, com os pais.

00:39:01

A criança imigrante pode falar? Como você entende essa pergunta na clínica de orientação psicanalítica?

00:40:15

Julia Bartsch – A própria clínica tem disposição para escutar. Então supõe-se que a criança pode falar. Interessante que você traz a Spivak, que fala do subalterno. O imigrante é um subalterno, alguém que está ali na margem. O quanto que, de maneira geral, as pessoas estão dispostas a escutar o imigrante e o quanto a gente corre o risco de escutar o imigrante e não o sujeito por trás do imigrante. Eu diria que na clínica preparada para escuta, ela pode falar. Se ela pode falar fora dali, já é uma outra questão.

00:40:56

Pesquisadora – O que é para você uma criança imigrante?

00:41:19

Julia Bartsch - Ela é uma criança em primeiro lugar. Mas é uma criança com uma história que está permeada por uma bagagem que ela traz por conta da sua própria imigração. É difícil dizer o que que é uma criança imigrante. Uma criança, eu diria que é uma criança, que tem uma história e vai nascer uma outra história a partir desse lugar que ela chegou. Nem muito a dizer disso.

00:41:57

Pesquisadora – Como é para você atender uma criança migrante?

00:42:38

Julia Bartsch - Eu gosto da diversidade dos atendimentos porque embora a gente siga uma linha de escuta, uma linha teórica, cada sujeito que aparece vai nos obrigar a aprender algo. Qual é o caminho que eu vou tomar aqui e, mais do que isso, que caminho que esse sujeito quer tomar para que a gente não direcione. O nosso desejo não pode se sobrepor ao desejo de quem a gente está escutando. Então eu não faço diferenciação nesse sentido de eu atender uma criança imigrante e uma criança brasileira porque temos que estar atentos ao que que aquela criança traz. Porque muitas vezes os pais trazem a criança para o psicólogo porque ela precisa se adequar algo que deseja dos pais ou da escola. Então entender o sujeito que emerge ali e de que maneira que esse sujeito confronta algo que não é dele, que não é dessa criança. Às vezes é alguma coisa da mãe, do pai. Então é preciso entender se essa criança está ali para atender o desejo do outro ou se tem a capacidade para reconhecer algo que é dela. Eu não faço essa distinção. Lógico que eu vou olhar os componentes, aquilo que eu falei, quais são os sofrimentos, mas não vou fazer distinção sentido.

### **Terceira entrevista: Maria Cecília Pereira da Silva**

Membro efetivo, analista didata e docente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Analista de crianças e adolescentes pela IPA. Pós-doutora e doutora em Psicologia Clínica, mestre em Psicologia da Educação pela PUC-SP. Coordenadora da Clínica 0 a 3 – Relações iniciais pais-bebê e da Clínica Transcultural do Centro de Atendimento Psicanalítico da SBPSP. Membro do Grupo Prisma de Psicanálise e Autismo (GPPA). A entrevista foi realizada de forma remota por meio da plataforma Zoom.

Pesquisadora – Poderia falar sobre o trabalho realizado por você com crianças imigrantes?

00:01:48

Maria Cecília Pereira da Silva - Nosso grupo começou em 2015 com a vinda da Marie Rose Moro, que é uma psicanalista francesa e muito minha amiga desde quando eu fiz o curso com Lebovici. Nos anos 2000 ela falava da importância de tomar a etnopsicanálise como uma referência, de contar sempre com uma tradutora cultural que permite que o paciente possa falar em sua língua materna. Em nossa equipe há sempre um tradutor cultural. Quando atendemos venezuelanos, há tradução em espanhol. No caso de haitianos, contávamos com uma pessoa que falava crioulo. Nós procuramos sempre fazer o atendimento com uma tradutora transcultural para que a família possa se expressar na sua própria língua suas dores e emoções, suas emoções vividas na migração e no exílio. Atendemos a família porque nos preocupamos com as crianças e com o enraizamento da família no novo país. A maternagem no exílio pode ser muito sofrida. Nesses atendimentos, há duas terapeutas que cuidam das crianças. Há sempre brinquedos e materiais para desenho. Na equipe há uma terapeuta principal e uma outra co-terapeuta, assim como a profissional que nos fez o encaminhamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Missão Paz, por exemplo. Quando recebemos uma grande família, há sempre um encaminhador como a professora, caso a queixa venha da escola. Do atendimento participam o encaminhador, a tradutora transcultural, a co-terapeuta, eu (como terapeuta principal) e o restante da equipe.

A equipe é como um útero, um continente para receber a família. A função dessa equipe é sonhar as situações que a família traz, e oferecer sonhos. Não oferecemos interpretações. Procuramos oferecer redes de sentido e um acolhimento para o sofrimento traumático que essas famílias vivem. Ser mãe no exílio é sempre traumático. Migrar é um ato de coragem também. Nosso trabalho está muito relacionado a recuperar as raízes culturais para que não se perca nesse processo a própria cultura. Porque o amor, o afeto, os sentimentos são transmitidos a partir da nossa cultura, a partir das nossas origens. Desta forma, temos essa preocupação de fortalecer esses vínculos iniciais, pais e filhos, e de tornar menos traumático o processo de enraizamento no novo país.

00:06:29

Pesquisadora – A clínica transcultural por vocês ofertada segue a abordagem de Marie Rose Moro ou há também uma contextualização para o Brasil?

00:06:51

Maria Cecília Pereira da Silva – Seguimos os princípios da etnopsicanálise, das ideias do Devereux [Georges Devereux, um dos fundadores da etnopsicanálise]. Ele falava do complementarismo, da universalidade psíquica e do descentramento da equipe terapêutica. Procuramos abrir mão das nossas histórias pessoais para acompanhar a cultura do outro, sem preconceito, sem julgamento moral. Nós nos descentramos de nós mesmos e buscamos complementar com os saberes de outras ciências para enriquecer nossa contribuição.

00:07:41

Pesquisadora - Como a abordagem da Psicanálise pode apoiar o processo de cuidado em saúde mental da criança imigrante? Quais são os elementos com os quais a Psicanálise pode contribuir?

00:08:07

Maria Cecília Pereira da Silva – A Psicanálise desenvolve uma escuta muito particular, sem julgamento, sem preconceitos, a partir do singular de cada um. Essa possibilidade de contarmos com esse estado de mente, que também é um estado de mente-continente, e com uma capacidade negativa de tolerar as incertezas, os desconhecidos, faz com que nós tenhamos uma condição psíquica muito favorecedora do processo de elaboração dos traumas. Essa rede, esse continente que oferecemos com a equipe, são várias mentes-continentes e, desta forma, é muito acolhedor, muito favorecedor. O que procuramos oferecer parte de uma ideia do Bion de *rêverie*. Essa ideia está relacionada a receber as projeções traumáticas, sofridas, e ser capaz de transformar isso psicologicamente em cada terapeuta, em cada membro da equipe, em algo sonhante, em algo que possa ser sonhado também como outra metáfora ou com referências de outra cultura. Por exemplo, a experiência da circuncisão, do ponto de vista do muçulmano, do ponto de vista do judeu, do ponto de vista da cultura católica, é diferente em cada cultura. Então, vamos enriquecendo a noção do batismo, por exemplo, em cada cultura. Compartilhamos esses conteúdos e apresentamos também outros modos de ver o mundo, outras formas de olhar para as coisas. Acreditamos que isso enriquece a vivência de quem está chegando.

00:10:30

Pesquisadora - Como é a relação da clínica com os equipamentos ou serviços do SUAS ou CAPS?

00:10:54

Maria Cecília Pereira da Silva – Temos uma assistente social que tenta ajudar a receber essas pessoas, pagamos o transporte para elas chegarem. Pedimos que o encaminhador venha junto porque essas pessoas não sabem circular na cidade, são recém-chegados. Outros chegaram há mais tempo, mas ficam circunscritos a um bairro, a uma região. Desta forma, para chegar onde atendemos, há um circuito na cidade. Às vezes é preciso vir de ônibus, de metrô, andar a pé. Há nossa assistente social que ajuda, o encaminhador que ajuda. Escutamos a preocupação do

encaminhador e o incluímos na conversa. Também nos oferecemos como um modelo de atendimento para as pessoas de outros dispositivos, como você mencionou.

00:12:03

Pesquisadora – O que seria a figura do encaminhador?

00:12:13

Maria Cecília Pereira da Silva – É o profissional do CAPS, da UBS, Missão Paz, ou Caritas, entre outros. Há sempre alguém que entrou primeiro em contato com a família antes de nós. A família não vem até nós sozinha. Eles não têm acesso. Por mais que divulguemos o atendimento nas redes sociais, é muito difícil fazer com que essa população chegue até nós.

00:12:46

Pesquisadora – Como é identificada a demanda de um trabalho específico com a criança e não com toda a família? Ou seja, um atendimento para a criança sobre algo que não chegará a vocês pela voz da família?

00:13:47

Maria Cecília Pereira da Silva – Nessas populações eu não consigo ver isso. Não acredito no atendimento particular, individual. O sintoma da criança é o sintoma da família e da migração. Um exemplo: recebemos uma menina que arrancava os cabelos e comia os cabelos. Ela veio com o diagnóstico de tricotilomania. Essa era a queixa, o caso veio até nós por meio do CAPS. Essa menininha terminou o atendimento com cabelos longos. A história estava relacionada há um elemento da cultura dela: eles cortam os cabelos quando a criança faz um ano e, em seguida, a pessoa é chamada de menina ou de menino. Antes é só bebê. O pai dela era um xamã, então esse ritual era muito importante, mas ela não viveu nada disso no Brasil. A mãe estava totalmente apagada e submetida, suas relações entre o marido e ela eram muito desqualificantes, para não falar machista. Ela trabalhava muito como costureira. Pensamos que o sintoma da menininha era um pedido, uma forma de fazer a cultura porque, quando eles cortam o cabelo, a criança ganha uma identidade, um nome, um gênero. Fomos aprendendo isso ao longo do atendimento. Então, nós reconstituímos essa história. O atendimento levou algum tempo. Entre outros desdobramentos do caso, a mãe passou a sonhar com o pai que já tinha morrido. Ela recuperou toda a história do xamã, da própria cultura, e isso mudou toda a dinâmica familiar. Então, trabalhamos nesse caso e o sintoma da criança desapareceu.

Um outro exemplo é o de uma criança haitiana que urrava na escola. Nos atendimentos percebemos que a mãe não falava com as filhas e estava deprimida. O pai deixou a família para viver em outro país. Ela ficou sozinha com as duas crianças e falava crioulo. Ela só dava bronca e esbravejava em crioulo. As crianças, falavam português, mas não falavam crioulo, não tinham um diálogo com a mãe. O grito dessa criança também era uma forma de trazer a família para cuidar desse desencontro. Essa mulher estava sozinha, desamparada, roubaram todos os produtos de venda dela, questões de muito sofrimento.

É lógico que, se observarmos algo mais grave, encaminharemos o caso, seja a mãe, seja a criança, seja o pai. É uma questão ética. Mas não adianta colocar a criança em atendimento individual. Essa família que mencionei veio porque a menina estava em atendimento no CAPS, que precisava de um atendimento complementar. O sintoma também era cultural. Nesses casos que relatei há questões transculturais relacionadas ao processo de migração e enraizamento.

00:18:50

Pesquisadora - Posso entender que na terapia transcultural abordar o sintoma da criança é compreender as questões da família. Então, a criança é entendida como parte de uma família e da sua cultura. A proposta é escutar a criança a partir dessa trama familiar e cultural?

00:19:10

Maria Cecília Pereira da Silva – Do ponto de vista transcultural. É importante discriminar, porque não é um atendimento familiar na teoria sistêmica ou na teoria vincular, é do ponto de vista transcultural.

00:19:22

Pesquisadora – Quais seriam diferenças?

00:19:47

Maria Cecília Pereira da Silva – Eu não saberia discorrer em detalhes porque eu não sou terapeuta familiar. Eu sou terapeuta transcultural e eu sou terapeuta de pais e bebês que trabalha a função parental. Nós, de uma certa forma, recebemos o bebê ou recebemos a criança da família transcultural que veio por causa do sintoma dela como expressão de alguma comunicação. Ela está comunicando alguma coisa dessa família e desse processo de migração.

00:20:49

Pesquisadora – Sobre a terapia transcultural, gostaria de tratar do método. Você falou dos co-terapeutas, do tradutor. O que pretende a clínica transcultural, qual é a sua função?

00:22:12

Maria Cecília Pereira da Silva – Eu acho que é um processo de enraizamento com elaboração das situações traumáticas, quer dizer, enraizar de uma forma mais saudável, sem perder a própria cultura. É o que se diferencia de um trabalho assistencial. Não é dar o RG e o CPF, a conta no banco e o cartão do SUS. É favorecer que a cultura dessa pessoa venha junto para se adaptar na nossa cultura. Temos que oferecer condições para ela ter saúde, educação, mas tomando em consideração a cultura dela. A clínica transcultural cria condições para que a pessoa se enraíze de uma forma mais integrada, mais saudável, mais respeitosa e elaborando todo o trauma.

O *setting* da clínica transcultural é constituído por um terapeuta principal e uma equipe de terapeutas de origens diversas compondo um “*setting mestiçado*” (Moro, 2015), que recebem o paciente e sua família (visto que a família carrega uma parte do sentido do sofrimento do paciente, independentemente de sua idade); os profissionais que fizeram o encaminhamento (e que também fazem parte da história da família no país); e um tradutor ou um intérprete cultural, para garantir que o paciente possa utilizar sua língua materna, se assim desejar.

A equipe de terapeutas, a partir de um trabalho interno de continência e *reverie*, abdica de seus próprios valores culturais e preconceções, descentra-se, procurando transformar em sonhos as experiências traumáticas relatadas pela família. Esses sonhos/pensamentos *alfa* são oferecidos ao grupo e transmitidos à família pela terapeuta principal.

Outro aspecto fundamental deste *setting* está relacionado ao modo como cada terapeuta se posiciona em relação à alteridade do paciente, os afetos sentidos, as teorias..., o seu modo de fazer e pensar culturalmente, a construção de suas conjecturas e intervenções durante o atendimento, elaborados depois da consulta: a contratransferência cultural.

00:24:13

Pesquisadora - É possível escutar essa criança como uma criança, para além da criança migrante, uma criança sujeito de seu próprio desejo?

00:35:03

Maria Cecília Pereira da Silva – Sempre o paciente é visto como um sujeito. Aqui como um sujeito em sua cultura. No atendimento da clínica transcultural há um espaço lúdico. Sempre observamos a relação entre a fala dos adultos e a brincadeira da criança. Geralmente há uma conexão. Um exemplo é o do atendimento de uma família africana: as crianças ficavam jogando futebol na sala. Havia um algo de mostrar as necessidades no jogo.

00:35:44

Pesquisadora - Nesse processo, a ideia é também fazer uma escuta a partir do lúdico?

00:35:47

Maria Cecília Pereira da Silva – Sim, enquanto os adultos vão falando há duas terapeutas que brincam com as crianças. Há uma caixa lúdica, brinquedos e materiais diversos como papel, fita crepe e durex colorido. Uma criança fez uma rede com durex e fita colorida. Foi muito lindo. Desta forma, as crianças vão se comunicando também. Nós vemos a criança como um todo: a criança é a migrante, é a filha, é o filho, é o oprimido. Tudo que está ali. Agora, quando ela faz algo, a gente dá voz. Damos voz e nomeamos. A criança sempre capta alguma coisa da dor.

00:36:59

Pesquisadora – A partir dessa abordagem, há uma criança imigrante e uma criança-sujeito, que é escutada para além das condições da migração?

00:37:18

Maria Cecília Pereira da Silva – A criança-sujeito é aquela que faz o sintoma. Ela traz a família. Ela se manifesta arrancando os cabelos, gritando ou fugindo de casa. Essa comunicação é a do sujeito. Eu existo e vocês: olhem pra mim.

00:37:41

Pesquisadora – Há algo que não está necessariamente relacionado à migração?

00:38:03

Maria Cecília Pereira da Silva – Não sei dizer porque eu atendo as crianças muito pequenas. Mas para mim é muito difícil ver uma menina que levou uma bomba no olho e a outra que levou uma bomba na perna e ficou com um buraco na perna, mancando. É muito difícil separá-las da guerra. Ser imigrante, não falar a língua e ainda chegar com essas marcas. Então é muito difícil separar.

00:42:14

Pesquisadora – Como é para você atender uma criança imigrante?

00:42:37

Maria Cecília Pereira da Silva – Você quer saber contra-transferencialmente?

00:42:41

Pesquisadora - O que você trouxe. Pode ser contratransferencialmente.

00:42:48

Maria Cecília Pereira da Silva – Em primeiro lugar, é fascinante porque me atrai conhecer o mundo mental das pessoas. Mas contratransferencialmente é muito pesado.

00:42:58

Pesquisadora - Pode falar sobre isso?

00:43:00

Maria Cecília Pereira da Silva – São história muito tristes e carregadas de situações traumáticas. Há muito conteúdo que necessita de processamento psíquico e nesse sentido pode ser muito pesado, não é possível para atender muitos casos no mesmo dia. É sofrido demais, são histórias terríveis. É preciso uma equipe para ajudar, trabalhar junto, processar, pensar. Não são histórias que esquecemos. São níveis de sofrimento psíquico muito intensos. São muitas vivências de desamparo, além do trauma real, não é trauma só psíquico. Há a história dessa mulher que atravessou a fronteira grávida de sete meses com uma mala, um sobrinho, e seu filho. Foram quilômetros e quilômetros, morrendo de medo das bombas, deixando o marido e o próprio pai. Gosto de trabalhar nessa clínica, mas é preciso ter outras pessoas junto conosco. Uma mente só não dá conta, essa é a sensação que eu tenho.

00:44:30

Pesquisadora – É preciso apoio entre as pessoas da equipe?

00:44:34

Maria Cecília Pereira da Silva – Quando terminamos um atendimento nós conversamos, trocamos impressões. Atendemos uns aos outros. Essa contratransferência cultural fará parte do nosso trabalho nas consultas seguintes.

00:44:53

Pesquisadora – Há alguma particularidade quando você fala dessas histórias que ficam na sua memória quando se trata de uma criança ou são as histórias da família como um todo?

00:45:07

Maria Cecília Pereira da Silva – Não, é toda a história. Há o caso de uma mãe que teve o bebê na maternidade e que o Conselho Tutelar tentou levar os filhos mais velhos para um abrigo. É algo terrível. Ela teve o parto em um prédio do hospital e o berçário ficava em outro edifício. Ela não falava a língua do país e não entendia o que estava acontecendo. Imagine o que foi para essa mãe estar sozinha em um lugar e ter seu bebê distante, em outro prédio. Nós nos identificamos com o desamparo do bebê, mas também com o sofrimento da mãe. É muita coisa, não dá para separar.

Creio que não dá para separar a criança da família e da história que todos carregam. A clínica transcultural lida com o todo.

00:46:13

Pesquisadora - O que é para você uma criança ou refugiada ou migrante?

00:46:44

Maria Cecília Pereira da Silva – Uma criança que não tem todas as referências culturais, com o mínimo de suporte, ficará tão desamparada quanto a família. Por um lado, a criança tem mais recursos que os adultos porque ela aprende a nova língua facilmente, ela se adapta muito mais rápido que qualquer adulto. Uma criança se adapta com muita rapidez, ela aprende os códigos sociais muito rapidamente e sabe circular na escola, por exemplo. No entanto, a criança pode correr o risco de se tornar precoce, intelectual e emocionalmente. Porque ela está assustada, ela está em um mundo novo. Desta forma, a criança precisa ter muito suporte familiar.

### Quarta entrevista: Lisette Weissmann

Doutora em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); psicanalista e terapeuta de casais e famílias, membro do Projeto Ponte, atendimento psicanalítico a migrantes, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família (AIPCF) e da Associação Brasileira de Psicanálise de Casal e Família (ABPCF). É autora dos livros "Famílias monoparentais: um olhar da teoria das configurações vinculares" (Casa do Psicólogo, 2009) e "Atendimento psicanalítico de família" (Zagodoni, 2014). A entrevista foi realizada de forma remota por meio da plataforma Google Meet.

Pesquisadora – Gostaria de começar convidando você a falar sobre o seu trabalho com crianças imigrantes.

00:00:23

Lisette Weissmann - Na verdade, geralmente, a abordagem com esse tipo de crianças tem sido com as famílias. Eu trabalho na Psicanálise das Configurações Vinculares, que é uma linha que nasce na Argentina para pensar os vínculos. Eu acho que a migração tem que ser pensada do ponto de vista vincular. Porque, na verdade, se pensamos na criança, ela faz parte de um núcleo familiar, esse familiar também faz parte do contexto que perdem na migração. Então, eu acho que tem que olhar como um todo. Eu não consigo ver essa criança sem pensar nos vínculos.

00:02:02

Pesquisadora - Você poderia desenvolver esse ponto sobre não podemos tratar esse mesmo sujeito em condição de migração ou migrante como a pessoa que não está nessa condição?

00:02:16

Lisette Weissmann - Porque, na verdade, e falando especificamente da migração forçada que você está pesquisando, tem muitos momentos em que o sujeito não tem escolha. Porque, na verdade, a escolha é pela vida. Escolha por se salvar por uma perseguição religiosa, de raça, de gênero, e incluso dentro do mesmo país, às vezes por guerras civis e também por fome. São migrações forçadas que implicam uma certa violência. E a criança é atravessada por essa violência.

Nesse momento, eu acho que talvez, por causa da violência, da situação como um todo, a criança, de alguma forma, perde os pais como cuidadores dele, na medida em que esses pais tentam focar em salvar a vida. Então aquela coisa vai além, não é só um ponto de vida, não é só um pai que está como sustentando subjetivamente o filho. Na verdade, é um pai que tem que salvar o corpo, tem que se salvar a si próprio e a sua prole.

00:03:46

Pesquisadora – Você fala dessa violência e do que a criança sofre, do que atravessa essa criança, essa família. Quais as queixas que você recebeu em relação às crianças que atendeu?

00:04:19

Lisette Weissmann - Os pais são aqueles que põem em palavras essa queixa e as crianças aparecem através de outra forma de expressão, como você viu no meu livro, que são os desenhos. Eu vou pegando esses desenhos para poder tentar interpretar e entender o que está acontecendo com essas crianças. Muitas vezes os pais pedem para que eu, como psicóloga, de alguma forma, pesquise como essa criança está vivenciando a migração. Na verdade, às vezes, essa criança não tem voz, mas tem possibilidades, através de sintomas, através de desenhos, de cadeiras, de mostrar o que eles estão vivendo....

Porque o que aparece são fantasmas aterrorizadores. Em geral, são esses fantasmas que assolam e que não têm osso, porque não têm osso para perguntar nem para responder. Então, eu acho que o analista se coloca em um lugar intermediário para fazer essa ponte entre aquela pergunta nunca feita para acalmar os fantasmas e aquela resposta nunca dada, na medida em que não teve nem tempo, nem subjetividade para olhar para o filho, e era só pegar ele e levá-lo para o lugar.

Eu lembro uma mãe que migra também para o Brasil por falta de trabalho. Os desenhos do adolescente eram de uma desestruturação interna tão grande. Falavam de ter perdido tudo o que eles conheciam no contexto. A perda do contexto familiar também é muito importante. Porque aqueles que sustentam a família, e esse olhar, talvez, além da psicanálise europeia...

Não é que o psiquismo somente se forma atrelado aos pais. É um psiquismo que vai se conformando, sim, dentro da família, mas dentro de uma família que também faz parte de um outro contexto, que é o contexto do social, da família ampliada, que também são pontes e figuras identificatórias.

00:07:55

Pesquisadora - A criança traz o terror, esse especular no desenho. Quais eram as queixas, os sintomas trazidos pela família? O mutismo, por exemplo?

00:08:05

Lisette Weissmann – O mutismo. Olha, temos visto no trabalho no Ponte muito mutismo, mas muitas professoras... Temos trabalhado também com professoras que, por sua vez, atendem migrantes. Entrava como em um catálogo. Então, essa criança não fala.

Vinham as hipóteses de autismo e ficava isso com esse diagnóstico, o que impedia a criança de evoluir. Temos também muitas professoras aqui que falavam para os pais de imigrantes: “não falem mais com ele na língua materna, comecem a falar em português para ele poder ir se adaptando ao Brasil”. Na verdade, essa é uma grande falha porque perder a língua materna, a língua que liga, de alguma forma, esses pais com esses filhos, essa forma de se sentir em casa, ainda não estando em casa. O que resta daquelas figuras? Porque eu acho que essa é outra parte da dor de perder isso.

Há o caso de uma mãe africana que cuidava de uma filha que veio aqui para o Brasil. A filha, para fazer amigos, vai vendo como as crianças da escola vestem e pede para a mãe comprar uns shorts. Essa mãe era muçulmana. Então, quando a filha pede um shorts, ela fica espantada. Ela diz não, o jeito correto de vestir é como nós não vestimos nada. Mas essa filha quase adolescente precisava se identificar de alguma forma com esses jovens para poder fazer parte da turma. Para a mãe era impossível

quebrar com aqueles padrões da religião dela, do país dela. E aí se dá um grande conflito. Entre o que fazer.

00:10:18

Pesquisadora - E o que fazer?

00:10:22

Lisette Weissmann - Bom, nesse caso a mãe ficou espantada e falou que não. Eu acho que aí tem toda uma questão também dos filhos irem tentando aproximar os pais para a cultura do país de recepção do migrante. E eu acho que aí eles sempre falam, não? Não tem adolescente se não tem pai de adolescente, e não tem pai de adolescente se não tem um adolescente. Então, esse adolescente tem que puxar para frente para mostrar-se como sujeito de desejo em uma outra posição.

00:11:13

Pesquisadora – O que gera esses sintomas? O mutismo, enfim, outros sintomas com os quais você se deparou?

00:11:44

Lisette Weissmann - Acho que tem a ver com o que também nós chamamos de transmissão transgeracional. A Ana Rosa Trachtenberg é uma das autoras também de um dos artigos do último livro, e ela trabalha muito frente ao Holocausto Judeu, o que aconteceu nessas famílias e o que não se podia falar. Eu acho que o que gera toda essa sintomatologia tem a ver com uma dificuldade muito grande de simbolizar o vivido. Quando se trata de salvar a pele, é só pular para achar um formato para isso. Acho que isso é importante. Isso me faz lembrar da Pirâmide de Maslow, das minhas primeiras aulas de graduação. Se você não tem coberta a base que tem a ver com a sobrevivência, o outro vai se adicionando como tal. Então esses pais não têm disponibilidade psíquica para lidar com o que está acontecendo, levar os filhos para esse lugar e, além de mais, ir simbolizando. Às vezes é preciso de um tempo, é preciso das perguntas dos filhos.

Quando essa migração forçada foi muito traumática, pode ter sido permeada por mortes, por abandono do lugar de origem, pela perda da base de sustentação para saber como se entende tudo isso. É algo difícil de passar para a próxima geração. É o que a Ana Rosa Trachtenberg foi estudando, que é a transmissão, que deveria ser intergeracional e que vira transgeracional. Transgeracional no sentido de armar uma cripta. Tudo aquilo passa de uma geração a outra como um diamante bruto que não pode ser trabalhado nem simbolizado. Até o que ela diz é que muitas vezes fica alojado no psiquismo da criança, com algum formato de sintoma do qual não pode ser conversado. É um segredo mesmo porque nunca teve simbolização. Então aí aparece a impossibilidade de simbolizar, também fundamentado num trauma em uma impossibilidade de elaborar o que aconteceu.

00:14:46

Pesquisadora – Essa sua experiência com crianças também com o Ponte?

00:14:55

Lisette Weissmann - Faço parte do Ponte desde o início, vamos fazer 15 anos agora. Mas esse é o meu trabalho voluntário, a parte disso eu fiz pesquisa e continuo fazendo pesquisa sobre a temática e minha outra linha de trabalho são casais e famílias.

00:15:15

Pesquisadora – No Ponte, como que essas crianças chegam até vocês? É por divulgação ou são os equipamentos que referenciam essas crianças?

00:15:38

Lisette Weissmann - Sim, tem equipamentos que pedem apoio. Por exemplo, não sei se você conhece o projeto Bitita<sup>6</sup>. Mas aí eles fizeram como uma escola voluntária também de ensino de português para os migrantes, e ao mesmo tempo, durante o dia, essa escola funciona como uma escola do Estado, no qual o diretor fez o que ele considerou uma escola intercultural, na medida que tinha muitos migrantes fazendo parte da escola, e até os cartazes estão em várias línguas. Na biblioteca tem livros em várias línguas, para não perder as raízes também com a terra materna e a língua materna.

00:16:26

Pesquisadora - Então escolas, CAPs também?

00:16:33

Lisette Weissmann - Sim. No Ponte não estamos atendendo crianças porque saímos dos Sedes, que pediam que fizéssemos apenas atendimentos presenciais. Depois da pandemia, o Ponte se expandiu muito, e através do online, estamos atendendo brasileiros no mundo inteiro. Não temos um lugar físico onde trabalhar. É muito difícil trabalhar com crianças online. Temos optado, e eu acho que é uma boa coisa, por trabalhar com os pais das crianças, na medida em que apostamos nisso, oferecendo aos pais esse apoio e fazendo parte do processo migratório e na simbolização disso, intersubjetivamente.

00:17:45

Pesquisadora – A abordagem é a da Psicanálise...

00:18:01

Lisette Weissmann - A linha é a Psicanálise, a minha linha especial é a Psicanálise das Configurações Vinculares, mas também o Ponte se utiliza e eu também utilizo a linha de Kaes como alguma referência francesa para poder pensar grupos e também pensar que a migração não pode ser pensada isolada.

00:18:24

Pesquisadora - Você pode desenvolver isso, sobre não poder pensar a imigração isoladamente. O que significa isso?

00:18:33

Lisette Weissmann – Na verdade, a família como um todo perde o contexto. Janine Puget, uma das idealizadoras da Teoria das Configurações Vinculares, dizia que era importantíssimo até para a constituição psíquica poder conhecer do ambiente e do contexto social aquilo que sinalize algum tipo de equipamento que permita ao migrante se situar em algum lugar. Então ela sempre falava: o que vai acontecer se alguma vez eu vou para um país no qual eu não sei onde comprar o jornal? Como vou fazer? Na

---

<sup>6</sup> EMEF Infante Dom Henrique, conhecida como "Espaço de Bitita" no bairro do Canindé, e São Paulo, acolhe imigrantes que querem aprender português, oferecendo um ambiente de inclusão social e profissional.

verdade, eles trabalham um tipo de pensamento que é um espaço mental com três espaços psíquicos. Uma forma de pensar o psiquismo do ser humano, que tem a ver com um espaço intrasubjetivo, com um espaço intersubjetivo e um espaço transubjetivo.

A Psicanálise, nunca teve muito tempo de pensar em outros espaços novos que eles estão introduzindo. Mas, então, nós estamos pensando a força que tem esse espaço transubjetivo. Até que ponto a cultura também constitui o psiquismo. A forma de hablar...falar, a prosódia.

Você acaba de ver, eu quase falei em espanhol. Eu acho que um ato falho, mas que tem a ver com isso. E está sempre como referência. Thamy Ayouch, que também tem escrito bastante sobre o tema, fala de que a língua materna, quando eu estou utilizando uma outra língua, como agora que estou falando com você em português, a língua materna fica por baixo, sempre em sofrimento. Na medida em que não consegue se expressar. Então tem uma luta dentro de cada um desse sujeito.

00:21:33

Pesquisadora - Como é falar com essa criança ou com essa família? A questão da tradução... É necessário se falar na língua materna para que o vínculo seja estabelecido?

00:22:17

Lisette Weissmann - Eu publiquei um artigo que eu nomeei como fazer análise de língua estrangeira com o sinal de pergunta. Porque o que eu fui vendo com os pacientes é que, muitas vezes, temos uma excessiva simbolização através da língua, que é a língua dos adultos, que é a forma de pensar de Freud. Mas há autores que estão começando a trabalhar em que língua atender os pacientes. Muitas vezes o que temos visto é que para aqueles sujeitos, em situações traumáticas, a nova língua do país que acolhe aparece como um veículo mais longe do superego materno, que habilita esse sujeito a falar coisas que, talvez, ele não se autorizaria a falar se estivesse do lado mais próximo da língua materna e do superego materno. Então aí aparece essa língua do novo país como um intermediário do superego materno, que o habilita a dizer outras coisas que talvez não poderia falar na língua materna

00:23:49

Pesquisadora – Mas, ao falar do superego, também não traríamos a figura paterna, da Lei?

00:23:54

Lisette Weissmann - Sim, na verdade é uma linha, só por pensar, que falamos da língua materna. E aí tem toda uma questão, claro, que tem a ver com o gênero, mas também é a língua madre da terra. E eu sempre lembro uma paciente, que era avó, e ela falava, eu nunca poderia morar em um país no qual eu não conseguiria alinhar meus filhos em minha língua materna. Então, tem também toda uma questão que tem a ver com a parte simbólica da língua, mas também tem a ver com os sons.

00:24:32

Pesquisadora - Com o que?

00:24:34

Lisette Weissmann - Com os sons da língua, a forma que a língua se apresenta, que vai além do símbolo da palavra em si. Tem autores até que falam que dá para, ainda

que seja em uma língua inteira, poder tentar se expressar igual, ainda que a outra pessoa não entenda a língua do ponto de vista do símbolo e, sim, a língua do ponto de vista da prosódia e da forma em que vai sendo colocada.

00:25:07

Pesquisadora – Caso o analista não consiga falar a língua, o que fazer? Buscar um tradutor?

00:25:36

Lisette Weissmann - Trazer um tradutor é uma faca de dois gumes. Porque muitas vezes os tradutores fazem as próprias interpretações, e aí tem toda uma questão que tem a ver. A tradução é um lugar de infidelidade. Na medida que o tradutor está por meio e vai fazendo uma interpretação, que muitas vezes foge do que o autor queria falar. Então é arriscado, do meu ponto de vista.

00:26:10

Mas o que se faz, então?

00:26:14

Lisette Weissmann - Boa pergunta. Talvez dar um tempo e poder escutar até tentar trabalhar com essa criança na língua materna dele ou dela. A criança, ao ir para a escola, ao frequentar todo o país que acolhe o migrante, é aquela que aprende a língua mais e antes que os pais. Muitas vezes essa criança aparece sendo aquela guia de ajuda no país de migração. É aquela que entende, que consegue falar pelo telefone. **Às vezes, essa criança vira um tradutor.** O que é um risco também. Mas também dá para ver uma certa plasticidade e ter essa plasticidade, essa flexibilidade, é muito importante para toda a migração. Porque era um momento de abandono, e tem que elaborar e passar pelo luto da língua materna, do contexto do país, dos países e dos formatos, da cozinha também do país, a forma de cozinhar, os sabores. Tudo isso que Piera Aulagnier tanto descrevia como umas sensações proprioceptivas, anteriores à simbolização e à palavra. É uma francesa e ela fala de inscrições anteriores à palavra dentro do psiquismo, mais baseadas nos sentidos e que ela chama que são como na linha das escrituras rupestres. É como anterior à palavra temos o desenho, como uma forma de se comunicar. O que trazem também os migrantes, eu lembro uns migrantes da Colômbia, que todo o discurso deles era atrás de batatas, eles tinham que achar batatas que eram do jeito da cultura deles para fazer as famosas arepas. Então, era seguir atrás de um registro que vai além da palavra, que está ligado às sensações, ao gosto, a outro tipo de registro anterior, uma procura.

00:29:04

Pesquisadora - Você trouxe essa questão da plasticidade da criança, da criança ser um guia da família e acabar sendo um tradutor e isso acabar sendo um risco. Qual é o risco para a criança e para a família desse papel? Que ela assuma a função de tradutor?

00:29:26

Lisette Weissmann – A criança pode acabar pulando várias etapas. Ao invés de ter pais como cuidadores dela, assume um lugar de defensora da família. A criança nesse caso tem que se colocar em um lugar pseudo-adulto para poder superar essa

situação. E aí vem aquela pergunta: o que acontece com a etapa da criança? O que acontece com o brincar? Tem que existir um tempo para essa etapa.

00:30:05

Pesquisadora - Qual é a contribuição da Psicanálise no campo da migração e cuidado com crianças?

00:30:24

Lisette Weissmann - Bom, creio que é parte disso que estamos falando, não? Pensar como será a constituição psíquica tanto dos pais quanto dos filhos. E como isso também depende de situações em que os sujeitos possam fazer a perda do país de origem um elemento a mais para poder tramitar intrapsicamente, intersubjetivamente e também transubjetivamente. Na medida que não se pode aprender uma nova língua, na medida que internamente o sujeito não se habilita a perder a língua materna como aquela única forma de expressão.

Aparece essa dificuldade dos migrantes de poder passar para a nova língua. Passar por cima dessa perda que o habilite a estar aberto para isso. Vemos, até na rua 25 de março, aqueles que vieram e que só se comunicam entre eles, comem a comida deles, e só sabem se comunicar com o brasileiro através da compra, sabendo com usar a calculadora. Temos também casos em que há muita resistência em aceitar a migração. Às vezes porque implica em migrações forçadas e, mais ainda, o esforço por aceitar. Aí vem à minha cabeça um ditado de Eduardo Galeano. Eduardo Galeano é um escritor uruguaio, poeta, que falava, a terra que não dá de comer, não dá de amar.

00:32:31

Pesquisadora - Não dá de amar...

00:32:34

Lisette Weissmann - A terra não dá de comer, não dá de amar. Ou seja, é muito difícil amar uma terra na qual os sujeitos foram de alguma forma expulsos. Como reconstruir isso? E vemos muitas vezes, Ana Rosa [Trachtenberg] estuda isso no livro dela, sobreviventes do Holocausto, que nunca mais conseguiram falar disso. Eles se negam a falar disso. Tem aqueles que voltaram, quando conseguiram, para a terra materna, para reconstruir alguma coisa da história na cabeça deles. Tem gerações posteriores que fizeram isso, netos ou bisnetos. Há outros que ficaram tão resistentes que nunca mais quiseram falar nem a língua materna, nem aprender a se expressar.

00:33:29

Pesquisadora - E para a criança também vale a mesma lógica?

00:33:34

Lisette Weissmann - Sim, totalmente. Tem o caso que eu apresento no livro dessa pessoa que é um menino de oito anos que falava “eu só falo português, eu já esqueci do espanhol”. E que tinha a ver com o medo que ele tinha de ser descoberto. Apontar aquela situação traumática, em que na Venezuela passaram de ser alguém muito aceito, não social, para ser aqueles que estavam proibidos, negados, apagados.

00:34:11

Pesquisadora - Então, a psicanálise traz esse aspecto intrapsíquico também, mas no seu caso, configurações vinculares, também a questão do transubjetivo, dessas outras camadas.

00:34:34

Lisette Weissmann - O Isidoro Berenstein trazia um caso que ele atendeu em Israel, de uns migrantes, e que eram três gerações, e que a terceira geração havia um filho psicótico. Ele atende essa família e na metade do percurso o pai faz uma denúncia, de alguma forma, dessa mãe, e ela diz que todos os dias ela falava com a mãe no telefone. E a conversa era uma conversa encriptada, que ninguém entendia, e que sempre era a mãe perguntando, estão todos bem? E a mãe dela, a avó dessa criança psicótica, respondia sim. E ela desligava o telefone. Nunca ficou entendido o que a família, o que isso significava. Até que foram perguntar, e a avó, tinha escapado do nazismo, ficado nos bosques, escondida. E então, eles nos bosques, durante o dia, subiam as árvores. E durante a noite, desciam as árvores para ir buscar comida. E tinham um código. Era esse, perguntar, estão todos bem? Se estão todos bem e respondiam que estão, significava que os nazis não tinham levado nenhum membro dessa família e continuavam com a vida. Então, aparece como uma pergunta e uma resposta que é atravessada ao longo do tempo. E que fica com isso que eu falava para você, com uma cripta, não se fala disso, não se sabe o conteúdo, mas tem conteúdo de outras gerações que passam por não poder ser tramitadas pela força do trauma.

00:36:25

Pesquisadora – Vou fazer uma pergunta sobre a relação do Ponte com os demais equipamentos. Como é realizado esse trabalho com vocês?

00:37:02

Lisette Weissmann - Sim, eu acho que temos que construir uma rede. Não existe alguém sem estar inserido, sem ter uma rede. A rede com aquele equipamento que ajuda na construção do psiquismo individual, na reconstrução dos vínculos familiares, mas também na forma de se inserir na cultura. Às vezes o psicanalista sai do lugar típico psicanalítico. Nós achamos que esse é um lugar também psicanalítico, que implica uma leitura. Sair daquele lugar em que só se interpreta para poder indicar: “olha, tem aquele equipamento que ajuda com a parte jurídica”. Porque com a migração forçada há aqueles sem documentos. Então, há toda a parte jurídica, toda a parte da informação sobre direito à saúde, que muitos deles não conhecem.

00:38:10

Pesquisadora – Informações e cuidado de questões básicas....

00:38:15

Lisette Weissmann - Mas são essas informações básicas que fazem com que o sujeito não perca o chão em relação ao contexto. Não sabem o que podem pedir porque não sabem o que esse social tem para oferecer. E muitas vezes se baseiam em referências anteriores, em outras necessidades, outras formas de dar lugar ao sujeito que pertencem a outras culturas.

00:38:44

Pesquisadora - Ou seja, você falou do chão, dessa ideia de ter um chão mesmo, para caminhar. Essa coisa do tema da sobrevivência, do cotidiano, dessa condição difícil do migrante, da criança imigrante, e de fazer, de analisar, da escuta.

00:39:36

Lisette Weissmann - Eu acho que, para mim, a psicanálise é uma forma de pensar, não é somente um método. Eu acho que se queremos nos adaptar a um método do século XIX, não estamos pensando que estamos no século XXI. Acho que, sim, é importante ser analista e sair do seu consultório, do seu formato tradicional de trabalho, para poder escutar o sujeito de outro lugar. Esse sujeito precisa de sustentação de saúde, precisa saber onde trabalhar, ter a própria comida.

00:40:34

Pesquisadora - Como é que você avalia hoje, o que você vê na ideia do trabalho em rede com as famílias e crianças migrantes hoje?

00:40:45

Lisette Weissmann – Há um equipamento que foi se formando ao longo do tempo, que se reúne, se reúne na casa do migrante, a reunião online, em que se convida a todos os equipamentos do Estado, que trabalham com migrantes, e se reúnem uma vez cada mês e meio, para ir trabalhando diferentes coisas, mas também para atender os pedidos desses migrantes. E poder muitas vezes auxiliar, tipo, poder encaminhar de um equipamento a outro, de acordo às necessidades que esses migrantes trazem.

00:41:23

Pesquisadora – Você falou do atendimento às famílias. Como então ouvir o que essa criança tem para dizer por ela mesma? Algo do que não passa pela família, que não sejam enunciados vêm da família, que seja só da criança.

00:42:29

Lisette Weissmann – Eu acho que a ideia é conseguirmos que esses pais tenham olhos para ver essa criança e não amalgamar essa criança ao que eles imaginam. Ou seja, que esses pais tenham um vínculo com essa criança e aprendam a ler aqueles sinais que a criança está apresentando, que mostram que ela é diferente dos pais. Dar um espaço para o estrangeiro é fundamental em todos esses vínculos. Estrangeiro no sentido intrapsíquico, e que esses pais se apliquem a se perguntar coisas sobre o filho, tentando que ele também esteja tocado por toda a situação que está vivendo. Nos vínculos em geral, podemos aceitar que nunca vamos conhecer 100% o outro e que precisamos deixar o espaço aberto para a mudança do outro, para o não entendimento, mas um espaço aberto, que não seja um formato fechado de poder pensar tanto a teoria clínica quanto o sujeito por si. Esse eu acho que é o lugar mais positivo ou mais criativo do lugar do estrangeiro.

00:43:46

Pesquisadora - Quando você fala o lugar criativo, o que seria? Seria esse espaço onde ele tem espaço para ser estrangeiro, é isso?

00:43:58

Lisette Weissmann - Estrangeiro no sentido intrapsíquico, e que esses pais se apliquem a se perguntar coisas sobre o filho, tentando que ele também esteja tocado

por toda a situação que está vivendo. Não é somente os pais. É poder aceitar que o outro muda também, e que desconhecemos o outro. É uma fantasia que, porque conhecemos o outro faz tanto tempo, conhecemos esse outro 100%. Tem que dar um espaço para a dúvida, abrir essa brecha.

00:44:35

Pesquisadora – Você acredita que há um desafio para o analista escutar a criança imigrante para além de sua condição de migração. Da criança como sujeito de desejo?

00:45:59

Lisette Weissmann - Eu acho que tem uma posição de analista, pai, todo sujeito, nós mesmos, de poder reconhecer a parte estrangeira do outro. O outro é um outro. Sempre que vamos nos aproximar de um outro, podemos nos aproximar com um sinal de pergunta. Não achando que, por nossos preconceitos, por nossos conhecimentos anteriores, já sabemos quem é o outro. Todo outro é estrangeiro para si próprio e para os outros do jeito que fazem parte. Então poder ter essa cabeça aberta eu acho que faz toda a diferença.

00:46:40

Pesquisadora - E é possível? Você consegue isso, Lisette? Mesmo estando imersa nesse campo, porque você, além disso, você é pesquisadora nessa área...

00:46:50

Lisette Weissmann - Sim.

00:46:51

Pesquisadora - Então, para você como é que é esse atendimento à criança imigrante? Como é que te atravessa isso, como analista? Se você acredita em contratransferência, como é isso contratransferencialmente?

00:47:04

Lisette Weissmann - Ah, sim. Eu trabalho com a transferência e contratransferência, E tem uma questão importante, que os autores nos foram criando alguns termos da psicanálise, porque falavam que aqueles termos da psicanálise individual não davam conta. Porque quando a gente trabalha com vínculos, nós fazemos parte da cena. Nós, analistas, aceitamos também a cena. Então é importante aceitar que também nós estamos atravessados por esses preconceitos e a possibilidade de abrir a escuta. Não sabemos o que essa criança migrante vai trazer. Só por ser migrante não diz 100% tudo sobre ela. Por isso aí, no início, a psicanálise das configurações vinculares nasce muito perto de Lacan e a teoria lacaniana, como estruturalista, e depois vai se afastando na medida que vão pensando o sujeito como uma estrutura aberta ao social, às mudanças, e a possibilidade de ir pensando que todos nós estamos sempre nos reciclando. Toda criança é estrangeira, igual que todo sujeito é estrangeiro para nós, ainda aquele que está mais próximo, que conhecemos faz tantos anos. Poder escutar, ter uma escuta ao diferente. É um grande desafio, e mais nesse mundo contemporâneo que o igual é o mais aceito e tem que pertencer sendo igual para fazer parte.

00:49:08

Pesquisadora - E você considera que é preciso ser estrangeiro para conseguir ter essa escuta aberta para a imigração?

00:49:18

Lisette Weissmann - Ajuda. Eu lembro quando, na minha primeira pesquisa sobre famílias monoparentais, meu co-orientador, junto com o Renato Mezzan, e ele falava para mim: você tem uma vantagem, você é duplamente estrangeira porque não faz parte dessa população. Você é estrangeira do ponto de vista também do país do qual você veio. Então, isso tem que operar como uma possibilidade de se abrir para ver alguma coisa nova ao invés de se fechar e buscar aquilo. Que todo pesquisador, eu acho, que tem que se desafiar a si próprio, a quebrar com aquela pergunta inicial. Não é uma fantasia de resposta inicial que todo pesquisador tem para se aventurar dentro da pesquisa e poder nadar em um mar de incógnitas, mas se perguntar se não tem outro desfecho diferente do que ele imaginava quando começava a pesquisa.

00:50:37

Pesquisadora – O que é a criança migrante ou refugiada? Como você descreveria?

00:50:50

Lisette Weissmann - Primeiro tem que diferenciar refugiado de migrante porque tem dois tipos de imigração. Mas é uma criança que foi deslocada da cultura materna. A criança, na medida que é bem mais plástica e flexível que os adultos, às vezes consegue isso de melhor forma. E tem crianças também, na migração não forçada, que pedem para voltar para o país de origem e morar com avós, tios, quem fosse, porque não toleram a situação. Ou seja, tem todas as cores, digamos, dentro da paleta, de poder pensar da resistência a possibilidade de ir seguindo na cultura do país de acolhida.

00:52:06

Pesquisadora - Obrigada! Eu acho que era isso. E eu queria, a última pergunta é um pouco na linha da contratransferência. No teu atendimento, como te toca trabalhar com a criança imigrante ou não? É diferente trabalhar uma criança não-migrante? Como é pra você essa relação com essa criança?

00:52:31

Lisette Weissmann - Vou te responder com um caso clínico. Quando eu atendia no hospital, em famílias monoparentais atendi uma avó com duas netas. E as netas eram negras. A avó cuidava elas muito bem. Tinha como um penteado, com dois rabinhos. Senti como uma necessidade de tocar esses cabelos. Eu achava que era tão suave e bonitinho. E eu acho que aí saí do lugar desse analista para me aproximar de alguma coisa que me aproximava a ele. Foi muito bonitinho nesse sentido. Eu acho que da mesma forma que atendemos a criança imigrante, atender a criança individual, com um sinal de pergunta. Também poder estar atento a alguma linha que nos leve a ver se tem uma situação traumática vivida ou não. E como cada criança, igual que cada sujeito, elaborou esse processo. É uma descoberta para o paciente migrante e também para nós, como analistas. É nos deixar surpreender, o que é considero uma qualidade super importante que, às vezes perdemos. No dia em perdemos, damos por dado tudo o que sabemos, é o dia que acabou nossa clínica. Não tem como trabalhar se não há perguntas na cabeça.

00:01:07

Lisette Weissmann - Nós temos um curso no Sedes [Instituto Sedes Sapientiae] que chamamos Clínica com Migrantes. Na verdade, nesse curso que vamos pensando, é como que a preocupação psicanalítica tem que vir de uma outra ótica quando a gente está trabalhando com migrantes ou refugiados. Não podemos fazer uma passagem de um sujeito que não tem migrado, que não tem passado por situações de violência de um refugiado, que não tem outra opção mais que fugir, de um sujeito que tem outro tipo de vida e que constitui também outra subjetividade que habilita esse sujeito de desejo.