



A Clínica intercultural como modalidade de atendimento psicológico especializado a imigrantes: um projeto de extensão universitário

Lucienne Martins Borges^{1,2*}, Vitoria Nathalia do Nascimento² e Mariá Boeira Lodetti¹

¹Université Laval, Québec, Canada. ²Universidade Federal de Santa Catarina, Caixa Postal 5064, 88035-972, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.*Autor para correspondência. E-mail: lucienne.martins-borges@tsc.ulaval.ca

RESUMO. Este artigo tem como objetivo apresentar e sistematizar a experiência da Clínica Intercultural (CI), um projeto de extensão do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, que se construiu como um dispositivo clínico adaptado e focado na escuta qualificada de imigrantes e refugiados em Florianópolis (SC). O artigo discute (1) os aspectos históricos e contextuais das atividades desenvolvidas pela CI, (2) os fundamentos teóricos e metodológicos que sustentam a prática clínica, (3) apresenta o dispositivo clínico e o funcionamento dos atendimentos psicológicos, assim como suas contribuições e repercuções. O modelo clínico adotado é baseado no dispositivo clínico da coterapia, inspirado no SAPSIR© (Canadá). Sua metodologia integra a proposta teórica e metodológica da Etnopsiquiatria, fundamentando-se na universalidade psíquica por meio da singularidade da cultura, o que atribui um papel central aos elementos culturais na expressão do sofrimento psíquico. Além dos atendimentos clínicos, o projeto também promoveu e integrou atividades de formação, sensibilização e participação social, voltadas para o acolhimento e a inclusão de imigrantes na sociedade brasileira. A experiência da CI é compartilhada com o intuito de destacar um dispositivo clínico que trabalha a alteridade e a identidade de imigrantes e refugiados, buscando auxiliá-los a reconstruir suas histórias e significados em um novo contexto, por meio de uma continuidade de si. Além disso, a CI se configura como um espaço de formação em psicologia clínica intercultural.

Palavras-chave: psicologia intercultural; etnopsiquiatria; psicoterapia; imigração; refugiados.

The intercultural clinic as a mode of specialized psychological care for immigrants: a university extension project

ABSTRACT. This article aims to present and systematize the experience of the Intercultural Clinic (CI), an extension project of the Psychology Department of the Federal University of Santa Catarina, which has developed as an adapted clinical device focused on the qualified listening of immigrants and refugees in Florianópolis (SC). The article discusses (1) the historical and contextual aspects of the activities developed by CI, (2) the theoretical and methodological foundations that support the clinical practice, and (3) presents the clinical device and the functioning of psychological care, along with its contributions and repercussions. The adopted clinical model is based on the co-therapy device, inspired by SAPSIR© (Canada). Its methodology integrates the theoretical and methodological approach of Ethnopsychiatry, grounded in psychic universality through the uniqueness of culture, which assigns a central role to cultural elements in the expression of psychic suffering. In addition to clinical care, the project also promoted and integrated activities for training, awareness-raising, and social participation, aimed at welcoming and integrating immigrants into Brazilian society. The experience of CI is shared with the aim of highlighting a clinical device that addresses alterity and the identity of immigrants and refugees, seeking to help them reconstruct their histories and meanings in a new context, through continuity of self. Furthermore, CI serves as a space for training in intercultural clinical psychology.

Keywords: intercultural psychology; ethnopsychiatry; psychotherapy; immigration; refugees.

Received on March 1, 2025.

Accepted on September 2, 2025.

Introdução

A imigração é um fenômeno social que se insere em um contexto histórico e político complexo. Ela envolve o movimento de pessoas de um local para outro, podendo ser temporário ou permanente, e é influenciada por

uma série de fatores e circunstâncias. Esse processo abrange a travessia de fronteiras – internacionais ou de um Estado-Nação –, gerando mudanças significativas para as pessoas imigrantes e para as comunidades que os acolhem (Organização Internacional das Migrações, 2019). Isto porque tais encontros interculturais colocam – não só o imigrante, mas também a sociedade de acolhimento – em contato com elementos que são diferentes daqueles que conheciam antes. Sendo assim, este encontro não se dá sem efeitos.

Nos últimos dez anos, o Brasil vem registrando um aumento contínuo nas migrações internacionais, acompanhado por um perfil cada vez mais diversificado de imigrantes, incluindo uma maior participação de mulheres, crianças e pessoas negras, especialmente provenientes do Sul Global (Cavalcanti et al., 2023). O Boletim das Migrações, divulgado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública (Junger da Silva et al., 2024), mostra que, entre 2010 e agosto de 2024, o Brasil registrou 1.700.686 migrantes, incluindo residentes permanentes, temporários e fronteiriços. Neste período, foram reconhecidas 146.109 pessoas como refugiadas e recebidas 450.752 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado. Esses números demonstram a relevância crescente das questões relacionadas à migração e refúgio no país e, consequentemente, ressalta a necessidade de abordagens específicas para atender às demandas de saúde dessa população.

Neste artigo, parte-se de uma reflexão sobre o papel da psicologia – e da escuta – no acolhimento e atendimento de imigrantes e refugiados. Isto é, o que nós, como sociedade de acolhimento e profissionais de saúde mental podemos oferecer no encontro com pessoas vindas de outras origens nacionais e culturas. Entende-se que a escuta psicológica desempenha um papel importante no apoio às pessoas imigrantes, especialmente na chegada e na integração ao país de acolhimento. Sendo assim, questionamentos como ‘quando uma pessoa refugiada necessita de atendimento psicológico especializado?’ e ‘como formar profissionais sensíveis às diferenças culturais e à escuta de pessoas em situação de migração e refúgio?’ foram essenciais para direcionar tais práticas. Entendemos que seja necessário refletir sobre metodologias de escuta adequadas, que reconheçam e respeitem as singularidades culturais e as vivências de violência e exílio frequentemente presentes nas histórias de pessoas acolhidas.

É nesse contexto que se constitui a Clínica Intercultural (CI), projeto de extensão do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que se estabeleceu como um dispositivo clínico adaptado e voltado para a escuta qualificada de imigrantes e refugiados de Florianópolis (SC). Desde sua criação, em 2012, o projeto foi amplamente divulgado em eventos científicos, conferências e palestras. No modelo clínico inicialmente proposto, as atividades dele aconteceram até maio de 2019. Este artigo busca sistematizar teórico-metodologicamente essa experiência, apresentando e documentando suas contribuições ao longo de seus anos de atuação, o que implica nas contribuições a projetos posteriores, ainda ativos. Compartilhar essa experiência representa não apenas uma oportunidade da transmissão de experiências, o que por si só é um conceito chave no trabalho acadêmico, mas de colocar em evidência um dispositivo de escuta clínica à imigrantes e refugiados que se baseia essencialmente na alteridade (Martins-Borges & Poacreau, 2009).

O relato desta prática clínica evidencia o contato com histórias marcadas por rupturas, violências e exílio, que, por diversas contingências, permanecem, frequentemente, silenciadas. Ressalta-se que muitas das pessoas atendidas não tinham o projeto de imigrar antes de enfrentar situações de violência significativa em seus países de origem ou de deslocamento, e apresentam um sofrimento psicológico intenso decorrentes do processo migratório. Nesse sentido, o trabalho da CI buscava oferecer um espaço de escuta e acolhimento que contribua para reconstruir histórias e significados, isto é, para a possibilidade de se reinventar, de re-existir neste novo lugar, sem perder a continuidade de si.¹ A seguir serão apresentados os aspectos históricos e contextuais das atividades desenvolvidas pela CI, os fundamentos teóricos-metodológicos que sustentavam a prática clínica para então apresentar o dispositivo clínico e o funcionamento de tais atendimentos psicológicos.

A Clínica Intercultural: elementos históricos e contextuais

Mas, por que um serviço de escuta especializada para imigrantes? Essa é uma questão relevante em Florianópolis e para a universidade? Observa-se que os fluxos migratórios em Santa Catarina acompanham o aumento do cenário nacional, com destaque na integração laboral de imigrantes (Cavalcanti et al., 2023). Na última década, foi o quinto estado federativo que mais recebeu imigrantes, atrás apenas de São Paulo, Roraima, Rio de Janeiro e Paraná (Junger da Silva et al., 2024). Nesse contexto,

¹ A continuidade de si refere a um processo dinâmico e influenciado pela cultura, que possibilita uma pessoa a reconstruir sua identidade e a lidar com as experiências de vida de uma forma mais coerente e integrada. Tais elementos compõem as diferentes dimensões implicadas na identidade, que podem passar por um processo de fragmentação e ruptura ao longo do processo migratório (Martins-Borges & Poacreau, 2009; Boeira-Lodetti, 2023).

Florianópolis aparece como um dos principais destinos, além de cidades como Joinville, Blumenau e, mais recentemente, Chapecó. Embora seja um dos estados brasileiros que desde o século XIX mais recebe imigrantes, a origem nacional dos imigrantes, e por consequência os sentidos e contextos históricos dessas migrações, são bastante distintos. Se no século passado a imigração europeia – de portugueses, alemães e italianos – era significativa; hoje o estado vem recebendo sobretudo imigrantes de países da América Latina, como Venezuela, Haiti, Argentina e Paraguai, além de países africanos, como senegaleses, e do Oriente Médio, como sírios e afegãos (Oliveira, 2019).

A CI foi um projeto de extensão que visava oferecer atendimento psicológico especializado a imigrantes e refugiados da região de Florianópolis, considerando as especificidades culturais e os desafios decorrentes do processo migratório. O nome do projeto foi escolhido justamente para enfatizar a diferença, a alteridade e aquilo que é próprio de cada cultura, elementos centrais ao trabalho clínico. Tem como foco o atendimento a pessoas imigrantes que vivenciam situações extremas como guerras ou tortura, além de estados de estresse pós-traumático e dificuldades relacionadas à adaptação e à inclusão no Brasil. Além das atividades clínicas, também eram realizadas atividades de sensibilização e formação para fortalecer a integração de imigrantes e refugiados na sociedade de Florianópolis. As atividades do projeto iniciaram no ano de 2012, no Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI), clínica escola do curso de Psicologia da mesma universidade, e eram coordenadas pela professora Lucienne Martins Borges (Martins-Borges et al., 2015). Ressalta-se que foi precursora do próprio grupo de pesquisa do qual a CI era vinculada, o Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas (NEMPSiC)², criado em 2014.

O modelo clínico é baseado no *Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés* (SAPSIR[®]), fundado em 2000 no Departamento de Psicologia da Universidade Laval, no Quebec (Canadá). O dispositivo clínico do SAPSIR[®], baseado na coterapia, foi desenvolvido por Jean-Bernard Poocreau e Lucienne Martins Borges (2013). Sua metodologia faz parte da proposta teórica e metodológica da Etnopsiquiatria, como apresentada por Devereux (1973; 1985) e por Tobie Nathan (1994). Baseia-se na universalidade psíquica, dando relevância a elementos culturais na codificação e decodificação do sofrimento psíquico (Devereux, 1973; Martins-Borges et al., 2019).

Devido ao seu caráter de extensão universitária, as primeiras pessoas atendidas pelas atividades do projeto foram, principalmente, os estudantes imigrantes dos programas de graduação e pós-graduação da UFSC. Sendo assim, uma das suas primeiras atividades envolveu um mapeamento institucional que abrangeu o contato com diversas instâncias da universidade, como a Pró-reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), o Departamento de Administração Escolar (DAE) e a Secretaria de Relações Internacionais (SINTER), com o objetivo de levantar o número de estudantes internacionais ativos, além de identificar suas nacionalidades. Esse levantamento, realizado no primeiro semestre de 2012, revelou que a UFSC contava com 360 estudantes internacionais provenientes de 37 países, com destaque para Portugal, Haiti e Cabo Verde (Martins-Borges et al., 2015).

Simultaneamente ao mapeamento, foram realizados encontros preparatórios, leituras e grupo de estudos sobre temas interculturais e geopolítica, com o intuito de sensibilizar, informar e capacitar estudantes de graduação e pós-graduação da UFSC, além de profissionais da rede de assistência social. Em 2013, foram implementados programas de ‘Apadrinhamento’ e ‘Grupo de Acolhimento’ voltados aos estudantes internacionais do curso de Psicologia. O programa de apadrinhamento ofereceu apoio logístico aos alunos recém-chegados, como auxílio na busca por moradia e informações sobre a cidade e a universidade. Já o grupo de acolhimento, aberto a estudantes de diferentes cursos, promoveu encontros em forma de ateliê para compartilhar experiências e discussões sobre a adaptação e integração no Brasil.

É importante ressaltar que a implicação social e política sempre foi parte integrante das atividades desenvolvidas no grupo, corroborando com a importância de um trabalho clínico-político que apoie a autonomia e a emancipação, engajando-se em atividades de mobilização social e colaboração interdisciplinar para transformar positivamente o contexto dos imigrantes (Duden et al., 2023). Ao longo do tempo, o projeto expandiu suas atividades, criando parcerias com organizações como a Pastoral do Migrante, o Grupo de Apoio aos Imigrantes e Refugiados em Florianópolis (GAIRF), e várias instituições locais, como a Cáritas, a Ação Social Arquidiocesana, o Centro Islâmico e a Associação de Haitianos de Florianópolis. Essas parcerias contribuíram para a criação de uma rede de apoio mais ampla, integrando as discussões sobre a saúde mental e contribuindo ao apoio integral às necessidades dos imigrantes e refugiados na região. O estabelecimento

² <https://nempsic.paginas.ufsc.br/>

dessa rede foi crucial para o desenvolvimento de políticas públicas, tais como a Lei 10.735/2020 da Câmara Municipal de Florianópolis, Santa Catarina, estabelece a política municipal para a população migrante; e a A Lei Estadual 18.018/2020 do Estado de Santa Catarina institui a Política Estadual para a População Migrante; bem como a criação do Centro de Referência de Atendimento ao Imigrante (CRAI), que operou entre 2018 e 2019 no município (Barros, 2022).

Além disso, a parceria com a Pastoral do Migrante permitiu igualmente a extensão das atividades da CI por meio da criação de um serviço de psicologia neste local que, em Florianópolis, historicamente assume as funções iniciais de acolhimento de pessoas imigrantes. A coordenação deste serviço de psicologia foi exercida por dois mestrandos em psicologia da UFSC. Este local se tornou campo de estágio de graduandos em psicologia, o que permitia uma presença constante da CI no local. Dentre as atividades exercidas pela CI na Pastoral do Migrante, destacam-se duas modalidades de intervenção. A primeira era um dispositivo de roda de conversa com os imigrantes que se encontravam na sala de espera para receber atendimentos relacionados a questões administrativas migratórias ou questões de trabalho (obtenção ou pedido de documentos legais, criação de um currículo, etc.). O objetivo destas rodas era de promover um espaço de partilha de experiências relacionadas aos desafios da migração e ao resgate de elementos culturais que atuam como potencializadores da identidade pela possibilidade de continuidade de si. A segunda refere-se aos acolhimentos individuais, realizados quando é identificada e sinalizada demanda de atenção psicológica. Esses dois tipos de intervenção (roda de conversa e atendimento individual), além de aliviarem uma tensão pontual, também possibilitaram a continuidade de um acompanhamento psicológico à longo prazo ao facilitar o encaminhamento para os espaços da CI, na Universidade (Jibrin et al., 2017).

A etnopsiquiatria: fundamentos teórico-metodológicos

Entendemos, a partir da psicanálise, que o ser humano se constitui na relação com o outro, representado pelos primeiros vínculos da história pessoal, e por meio dessas relações se estrutura psiquicamente. O desamparo se configura, assim, como uma condição antropológica do ser humano, que necessita desde o seu nascimento de alguém que lhe cuide e lhe insira na relação com outros seres humanos (Silveira & Barros, 2018). A cultura, nesse processo, é vista como uma realidade compartilhada e uma herança social que é transmitida ao sujeito desde seu nascimento. Enquanto um sistema dinâmico e mutável, é composta por símbolos e significados próprios de um grupo de pertença, cujos diferentes elementos relacionam-se entre si, de forma coerente, permitindo este bebê ‘humano’ tornar-se ‘ser’. Ela representa uma ponte entre o sujeito e o seu ambiente, estruturando o funcionamento psíquico do sujeito (Moro, 2015; Martins-Borges et al., 2019). Dessa forma, a cultura poderia ser vista como uma defesa contra o desamparo, e seus elementos culturais forneceriam uma maneira de lutar contra o sofrimento e a angústia, que são, nessa perspectiva, inerentes à condição humana (Betts, 2013).

Se partilhamos a ideia de que o sofrimento é inerente à condição humana, compreendemos também que sua expressão é, fundamentalmente, orientada pela cultura em que esta pessoa se constituiu. É a cultura que fornece os elementos que podem dar sentido aos sentimentos, emoções e angústia, tornando o real suportável e apresentando possíveis significações e soluções aos diversos eventos – esperados e inesperados – que surgem diante de cada pessoa ao longo de vida (Nathan, 1994; Martins-Borges & Poacreau, 2009). Portanto, a forma de adoecer, e por consequência, de sofrer, além de uma condição biológica e psicológica, é, sobretudo, uma construção simbólica, que encontra nos referenciais culturais uma forma de comunicação com o outro. Sendo assim, a nossa forma de sofrer e expressar também estão ligados ao contexto cultural e sócio-histórico de constituição.

Por sua vez, o processo migratório implica na experiência de passar a conviver com diferentes culturas e formas de compreender o mundo. Para aquele que migra, este processo pode ser enfrentado com dificuldade, uma vez que esses novos referenciais culturais, desconhecidos, podem levar o sujeito a uma perda de coerência psíquica (Martins-Borges, 2013). Além disso, as diferentes condições que fazem alguém deixar seu lugar de origem, sejam elas voluntárias ou involuntárias, adicionam mais elementos ao afastamento do seu seio cultural. No caso de migração involuntária, o conceito demarca o deslocamento de pessoas que foram forçadas a deixar seu lugar de origem, uma vez que a permanência implicava uma ameaça à vida. Portanto, são processos migratórios permeados pela ausência ou precariedade de um planejamento de partida e, consequentemente, de uma projeção possível ao lugar de chegada. Além disso, diferente de processos migratórios voluntários, soma-se a impossibilidade de retorno ao lugar de origem, pelos riscos eminentes que

lhe fizeram partir (Martins-Borges, 2013). Entretanto, cabe pontuar que a imigração em si não representa uma situação de vulnerabilidade, mas que seus impactos vão ser influenciados por múltiplos fatores relacionados ao processo migratório, especialmente os encontrados no lugar de chegada.

Somada a condição migratória, as barreiras comunicacionais, laborais e de moradia, o isolamento social, o desconhecimento sobre direitos e serviços existentes no país, a exposição a preconceitos, discriminação e violência, dificuldades no processo de aculturação, entre outras situações, tornam a população de imigrantes no país a uma condição de vulnerabilidade distinta da população local (Martins-Borges, 2013; Borges, 2022). Essa condição assinala desafios e caminhos para se garantir o acesso à saúde dessas populações, uma vez que se agravam pelo fato de que estes serviços não são culturalmente apropriados (Rachédi & Taíbi, 2019) e contribuem para uma patologização da diferença.

Tendo em vista as funções protetivas desempenhadas pela cultura no funcionamento psíquico, o distanciamento do sujeito de seus referenciais culturais pode causar uma ruptura dessa contenção protetiva. A Etnopsiquiatria se apresenta como uma disciplina que sustenta a especificidade do olhar sobre o sofrimento psíquico presente naquele que migra, ao utilizar como fundamento o reconhecimento da alteridade (Martins-Borges et al., 2019). Partindo da ‘universalidade psíquica que se dá na singularidade da cultura’, a Etnopsiquiatria parte da cultura como dimensão norteadora para compreensão da constituição do sujeito e, desta forma, do seu sofrimento psíquico (Laplantine, 1998; Martins-Borges et al., 2019). Tem como seu fundador teórico Georges Devereux (1973; 1985) e modelos clínicos adaptados para atendimento de imigrantes e refugiados, desenvolvidos por autores como Tobie Nathan (1994), Marie Rose Moro (2004), Jean-Bernard Poocreau e Lucienne Martins-Borges (2009; 2013).

Considerado por ele próprio um ‘psicanalista impecavelmente clássico’, Devereux passou a interessar-se pela psicanálise apenas após a Segunda Guerra Mundial (Wonsoski & Domingues, 2021). Psicanalista e etnólogo, sua bagagem contribuiu para iniciar uma prática transcultural na psicanálise, debruçando-se nas relações entre psiquismo e cultura (Laplantine, 1998; Martins-Borges et al., 2019). Entre semelhanças e divergências a Freud, discutidas por Wonsoski e Domingues (2021), Devereux comprehende o inconsciente do ponto de vista clássico da psicanálise freudiana, composto por forças pulsionais e materiais; e insere contribuições à teoria psicanalítica ao postular que o reprimido é também composto por um inconsciente étnico/cultural. Assim, destaca que o que será reprimido e a intensidade da repressão também são determinados pelas diferenças culturais.

A Etnopsiquiatria, fundada por Devereux nos anos 1970, é uma disciplina pluridisciplinar que se esforça para compreender a dimensão cultural das ‘perturbações mentais’ e as culturas nas quais se inscrevem. Partindo de psicanálise e da antropologia, a ‘complementaridade’ é, portanto, um conceito chave da teoria. Isto porque, segundo seu fundador, é necessária uma dupla análise – porém não simultânea – do fenômeno humano para sua compreensão (Devereux, 1985; Laplantine, 1998). É importante ressaltar que o nome ‘etnopsiquiatria’, escolhido Devereux, foi emprestado de Louis Mars. O médico haitiano pretendia, ao propor essa nomenclatura, dar o mesmo valor ao conhecimento sem tradição acadêmica ou registros escritos que ao conhecimento cientificamente reconhecido. Mesmo que o nome, em princípio, remeta a um imaginário médico e patológico do campo da psiquiatria, a abordagem representa uma reação à padronização e às classificações da psiquiatria, ao mesmo tempo em que reconhece e valoriza os saberes culturais não ocidentais (Boeira-Lodetti, 2023).

Assim como discute Jean Jacques (2018), psicólogo haitiano, o reconhecimento e compreensão do sofrimento como localizado na construção histórica e cultural de um povo, dos eventos traumáticos que passaram, da sua constituição étnica e racial e de suas diversas construções de saberes é indispensável no cuidado em saúde mental. Dessa forma, esta disciplina não se limita na busca de um quadro diagnóstico, mas na ‘escuta do sintoma’ como possibilidade de acesso ao sofrimento, à sua etiologia e as possibilidades de tratamento. Portanto, o ‘descentramento’ é posicionamento ético da escuta e fundamental nesta teoria, isto é, a busca compreender o universo simbólico cultural do paciente a partir dele próprio (Martins-Borges et al., 2019). É a partir de uma postura subjetiva de descentramento e desconstrução de certezas que é possível escutar uma pessoa em seu lugar de pertencimento (Boeira-Lodetti, 2023).

No desenvolvimento de modelos clínicos baseados na Etnopsiquiatria, Nathan (1994) usa o termo ‘grupo terapêutico’ para descrever um grupo formado por até quinze psicoterapeutas responsáveis pelo atendimento de pessoas que ‘vieram de outros lugares’, tais como imigrantes e refugiados. Liderado e dirigido por um terapeuta principal, essa modalidade de atendimento clínico intercultural assume o grupo enquanto um lugar

privilegiado no desenvolvimento do processo terapêutico (Poocreau & Martins-Borges, 2013). A intervenção clínica é realizada em grupo, composto por terapeutas e, quando necessário, um mediador linguístico e cultural, dentro de um modelo clínico que foca na dimensão cultural do sofrimento e sua expressão sintomática, sem deixar de lado a análise do funcionamento psicológico, conforme proposto pela Etnopsiquiatria.

Esse modelo de intervenção oferece uma oportunidade de estabelecer vários vínculos entre os profissionais, o paciente e o mediador cultural. Tal modelo baseia-se na dinâmica da ‘coerência’, isto é, a intervenção psicoterapêutica visa restaurar a capacidade da pessoa de tornar coerente o que se tornou caótico ou fragmentado pelo processo migratório (Nathan, 1994; Moro, 2004; Poocreau & Martins-Borges, 2013). Cabe aqui sinalizar alguns parâmetros bem definidos desta prática: a intervenção realizada em grupo de terapeutas; a importância da língua materna do paciente e a possibilidade de mudar de um idioma para o outro; e a necessidade de partir das representações culturais dos pacientes (Moro, 2004). Assim, a CI, orientada pelas abordagens interculturais e a complementaridade proposta pela Etnopsiquiatria, demarca a complexidade desta intervenção e seu compromisso ético e político no cuidado e integração de pessoas imigrantes e refugiadas na nossa região.

A coterapia na Clínica Intercultural: dispositivo clínico de escuta

Neste tópico, descreve-se o dispositivo clínico da coterapia, o funcionamento dos atendimentos psicológicos da CI, bem como contribuições do projeto. Para iniciar, é preciso contextualizar que certos questionamentos fizeram parte da construção da CI. O primeiro deles faz referência ao dispositivo clínico grupal da coterapia. Algumas perguntas como ‘Por que um grupo?’, ‘O paciente não vai se sentir constrangido com tantos terapeutas?’, ‘Estes co-terapeutas ficam só observando?’, bem ancoradas com uma lógica ocidental, traduziam um receio e uma desconfiança do contato com a diferença. Sabe-se que a formação em psicologia no Brasil privilegia os modelos clínicos bi-pessoais, o que se traduz no imaginário do psicólogo no Brasil: o do psicólogo clínico, num consultório privado e de sessões individuais, geralmente destinadas às elites econômicas (Schneider, 2011). Diferentemente do modelo hegemônico, esta experiência se dá e se faz na alteridade. Ao longo do projeto, contou-se a contribuição de 41 co-terapeutas – entre eles, docentes, estudantes de graduação, mestrado e doutorado e psicólogos colaboradores –, que em atendimentos, supervisões, grupos de estudos e participação social, sempre apostaram na potência do grupo, do trabalho coletivo e do encontro com a diferença, tais princípios ancorado pela Etnopsiquiatria.

Os atendimentos psicológicos eram realizados, na modalidade presencial, no espaço físico da clínica-escola do curso de Psicologia da UFSC, o SAPSI. Para os atendimentos da CI, eram priorizadas salas amplas em que fosse possível colocar as cadeiras dispostas em formato de círculo, conforme o dispositivo clínico da coterapia. Este dispositivo se constitui com um grupo de terapeutas e ocorria em psicoterapias individuais, com atendimentos de, em média, 50 minutos de duração. O dispositivo, proposto pelos fundadores do SAPSIR[®] (Figura 1), é inspirado nos modelos propostos por Tobie Nathan (1994) e Marie Rose Moro (2004). Sendo assim, além do paciente, conta-se com um terapeuta principal, que filtra as intervenções dos co-terapeutas; um acompanhante, profissional que fará o encaminhamento do paciente, participando, geralmente, da primeira sessão; e um mediador intercultural/intérprete, que permitirá a tradução da língua e dos elementos culturais (Poocreau & Martins-Borges, 2013).

Apesar de baseado noutros modelos clínicos, propõe-se a descrever especificamente na CI, como tais atendimentos eram realizados e as especificidades do contexto e na formação de psicólogos no Brasil. Isso porque, quando se aborda os modelos que foram base para sua criação, como o SAPSIR[®] (Poocreau & Martins-Borges, 2013), no Canadá, e os grupos terapêuticos de Moro e Nathan, na França, não se traduz de fato o que temos no Brasil que atravessaram a escuta, o que implica questões de financiamento e adaptações do *setting* clínico, bem como as condições de vida do público atendido no Brasil. Por exemplo, diferente da realidade da cidade de Quebec, no Canadá, que conta com um banco de intérpretes da rede de saúde pública à disposição para a mediação dos atendimentos, a CI contou com a presença de mediadores/intérpretes interculturais pouquíssimas vezes. Quando necessário, era um papel que assumiam extensionistas que faziam parte da equipe. Ainda, contando com os conhecimentos linguísticos dos próprios co-terapeutas, os atendimentos eram conduzidos na língua materna do paciente – sobretudo em espanhol, francês e inglês –, bem como transitaram entre o idioma do paciente e o português. Em outros momentos, os coterapeutas assumiram a função de intérpretes, pois dominavam a língua do paciente.

Dispositivo clínico

(Martins Borges e Poccardi, 2009).

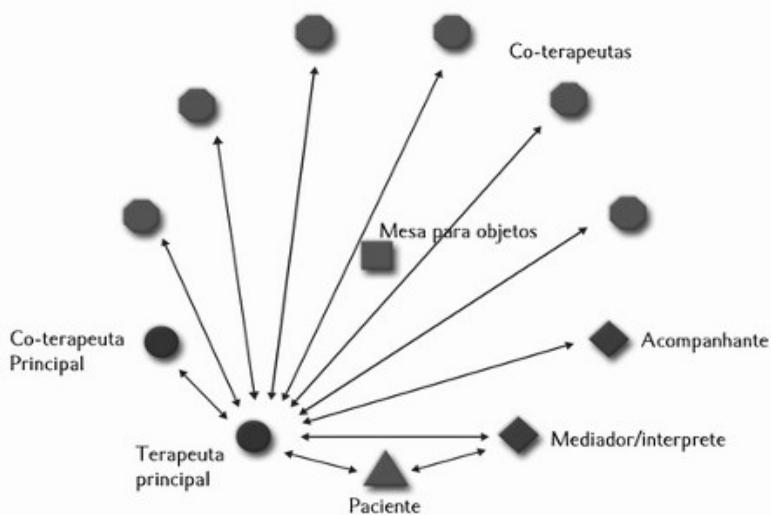


Figura 1. Dispositivo Clínico da Coterapia do SAPSIR®.

Fonte: Jibrin et al. (2017, p. 297).

De acordo com Moro (2004), a escuta em contextos interculturais, dada sua complexidade e riqueza, exige que a língua materna do paciente esteja sempre presente na consulta, caso ele assim deseje. É fundamental que o paciente tenha a possibilidade de se expressar em sua(s) língua(s) materna(s), na presença de co-terapeutas que dominem o idioma ou de um intérprete que o traduz. Nesse contexto, a tradução não é apenas um intermediário, mas participaativamente do processo da psicoterapia em uma situação intercultural. Essa consideração implica integrar o mediador ao dispositivo terapêutico de maneira efetiva, além de treiná-lo para lidar com as especificidades da situação clínica (Moro, 2004). Por sua vez, a possibilidade de transição entre os idiomas – a língua materna do paciente e a do país de acolhimento – carrega a dualidade de entender que o inconsciente é acessado principalmente por meio da língua materna – e afetiva –, ao mesmo tempo em que se considera a ampliação que a aquisição de uma língua estrangeira pode trazer aos conteúdos inconscientes (Camargo & Augusto, 2023), o que se organiza de forma muito singular na vivência de cada sujeito.

Retomando o papel do grupo no processo psicoterapêutico com imigrantes e refugiados, são elencadas algumas funções: o grupo atua como um suporte psicológico e de restauração da identidade; busca reduzir o face a face, que, em muitas culturas e grupos, pode ser ameaçador; e apostar num modelo coletivo e comunitário de resoluções de problemas e conflitos, o que é coerente com lógicas culturais de sociedades não ocidentais. A intervenção articula-se em três aspectos fundamentais: a elaboração das relações ou vínculos; os aspectos da identidade, que se relacionam com a alteridade; e o trabalho sobre a coerência e o sentido das vivências ou projeções (Martins-Borges & Poacreau, 2009). Nesse sentido, por meio de intervenções ou instrumentos, como mapas do lugar de origem do paciente, do seu genograma familiar, suas fotos e objetos significativos, que as intervenções eram realizadas, buscando referenciais dos elementos culturais e de origem dos imigrantes. Entende-se que trabalhar com elementos identitários por meio desses mediadores permite uma continuidade de si. Percebe-se uma tendência das intervenções profissionais a fazer referência à vida da pessoa como se ela estivesse começando a partir da chegada ao Brasil. Esses mediadores permitem trazer elementos culturais formativos de quem a pessoa é, que têm um potencial de trazer segurança, em meio às diversas rupturas e desamparo que um processo migratório pode desencadear. É o que se define como um trabalho de reparação narcísica (Martins-Borges, 2018).

A composição do *setting* também apresenta algumas particularidades. Oscilando entre dois a cinco co-terapeutas, grande parte dos atendimentos foram realizados em duplas de co-terapeutas. Todos vinculados à CI estavam em algum grau de formação em psicologia. Tais composições permitiram que estudantes de psicologia iniciando na prática clínica atendessem conjuntamente com psicólogos já formados (docentes e estudantes pós-graduandos) e, consequentemente, com experiência clínica. Como citado anteriormente, ao menos 41 psicoterapeutas (formados e/ou em formação) integraram os atendimentos da CI enquanto co-terapeuta, sendo de várias regiões do Brasil e de cinco nacionalidades distintas.

O contato dos imigrantes com a CI se dava de duas formas distintas: por busca espontânea ou por referência de profissionais da própria universidade e/ou de serviços públicos e da sociedade civil. No caso dos atendimentos de busca espontânea, antes do primeiro encontro realizava-se um contato telefônico com a pessoa que buscava atendimento. Nesta ligação, buscava-se elucidar as motivações para a busca do atendimento, explicava-se brevemente o funcionamento do dispositivo e, por fim, agendavam-se um acolhimento inicial. Com relação aos encaminhamentos, tais informações eram discutidas com o profissional que já havia um vínculo estabelecido com o imigrante para que mediasse o agendamento e que o acompanhasse no primeiro atendimento (Figura 2).

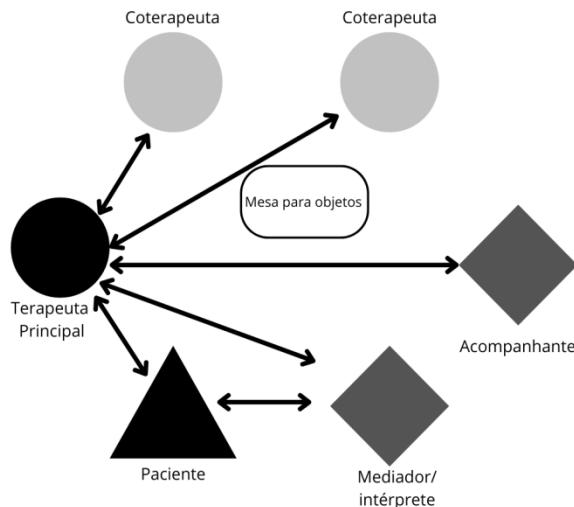


Figura 2. Disposição do primeiro encontro na Clínica Intercultural.

Fonte: as autoras.

O primeiro encontro sempre contava com a participação da coordenadora do projeto, cuja função era apresentar o dispositivo, os co-terapeutas e, juntamente com o paciente e seu acompanhante, avaliar se a CI seria o serviço mais adequado. Esse momento também representava uma oportunidade de transmissão aos estudantes e co-terapeutas do dispositivo desenvolvido pelo SAPSIR[®] (Pocreau & Martins-Borges, 2013) e adaptado ao Brasil. No Canadá, o dispositivo contava com profissionais de disciplinas diversas (serviço social, enfermagem, entre outras). No Brasil, por fazer parte de uma clínica-escola de psicologia, os co-terapeutas eram todos da psicologia. O atendimento era iniciado por uma apresentação dos co-terapeutas. É importante destacar que, durante a apresentação destes, eram mencionados seu nome, a cidade e o país de origem, sua vinculação institucional (psicóloga, docente ou estudante), bem como quanto tempo estavam na CI. Em seguida, solicitava-se que o paciente se apresentasse brevemente e que o acompanhante/profissional explicasse por que havia considerado a CI como um espaço para o cuidado deste usuário.

Após a avaliação, realizada geralmente no primeiro atendimento, três destinos eram possíveis à demanda realizada: 1) a continuidade no grande grupo, com a docente responsável da CI como terapeuta principal; 2) a continuidade, mas com um pequeno grupo (Figura 3); e 3) a sugestão de que o atendimento fosse realizado pelo profissional que encaminhou (geralmente um assistente social) pela impossibilidade de deslocamento do paciente até a universidade ou pela falta de indicação terapêutica. O que levava a essa escolha era a complexidade da demanda. A presença do acompanhante no primeiro atendimento baseia-se na construção de um vínculo de confiança, que se entende como essencial em intervenções com imigrantes que passaram por perdas, rupturas e situações de violência (Martins-Borges, 2013). O objetivo desta transição de vínculo é criar um ambiente seguro, onde a pessoa receba apoio para se expressar e auxílio para traduzir suas necessidades; além de um suporte para chegar à própria clínica-escola, considerando que localizar-se no espaço universitário não é uma tarefa simples.

Contudo, a sensibilização de que os profissionais estivessem presentes durante o primeiro atendimento representou um desafio para a CI. Desabituados com um encaminhamento personalizado, muitos destes profissionais não se apresentavam ao primeiro encontro. Observou-se que esta ausência trazia impactos negativos na adesão dos pacientes à psicoterapia. Isto porque, esses rituais de preparação para o primeiro atendimento não são escolhas meramente burocráticas. Por detrás, eles são tentativas de reconstruir “em

torno” do paciente, o que requer tempo, cuidado e confiança (Martins-Borges, 2018). Ainda, a partir do segundo atendimento, a presença do profissional não era mais solicitada (Figura 3), mas mantinha-se um canal de contato de referência, com o consentimento do paciente, caso fosse necessário. Os atendimentos de demanda espontânea já iniciavam conforme a Figura 3, podendo variar o número de co-terapeutas. Neste caso, eram recorrentes as indicações de antigos pacientes da clínica aos amigos e colegas, o que igualmente permitia a construção de um espaço afetivamente seguro de cuidado e de confiança.

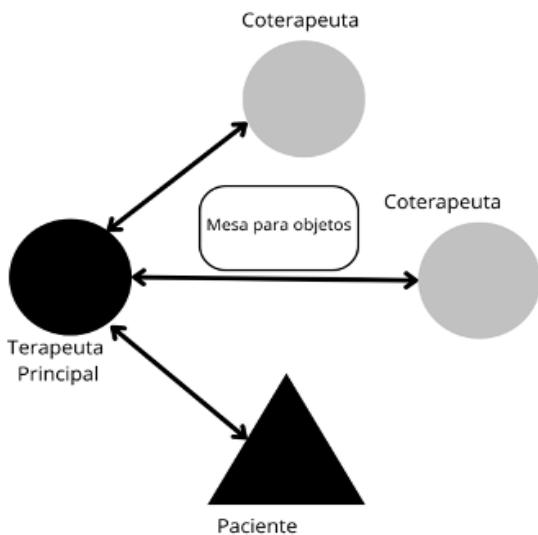


Figura 3. Disposição mais frequente ao longo dos processos psicoterapêuticos na Clínica Intercultural.

Fonte: as autoras.

Outro ponto a ser destacado, refere-se à construção das intervenções por parte dos co-terapeutas. Se o trabalho se faz a partir de uma dinâmica de coerência, é importante que os co-terapeutas estejam alinhados e não assumam no atendimento uma postura de observadores (em silêncio) e nem bombardeiem o paciente com questões. Neste sentido, é o terapeuta principal que tem a função de filtrar as intervenções e estabelecer um fio condutor do raciocínio clínico. Ou ainda, introduzir o co-terapeuta, quando este permanece em silêncio. Isto significa que os co-terapeutas aprendem a colocar suas perguntas, apontamentos e reflexões em direção ao terapeuta principal (tal como propõem as setas das Figuras 1, 2 e 3). Na prática, são intervenções tais como: ‘[terapeuta principal], eu percebo que [...], eu fico me perguntando se [...], gostaria de entender melhor como era no país [...].’ O terapeuta principal, neste caso, poderá consentir a intervenção realizada, reformulá-la ou até ‘guardá-la’ para outro momento mais pertinente, conforme sua leitura clínica. Em outros momentos, o terapeuta principal pode convocar intencionalmente os co-terapeutas. Nesses casos, ele pode, por exemplo, pedir para cada co-terapeuta compartilhar o que pensa sobre uma situação específica ou sobre as suas representações culturais referentes a uma situação (Poocreau & Martins-Borges, 2013).

O trabalho em coterapia desempenha um papel fundamental na análise e manejo da contratransferência, especialmente em contextos culturais diversos, como nos atendimentos a imigrantes. Além dos mecanismos de análise da transferência e da contratransferência afetiva, institui-se uma modalidade específica de análise da contratransferência vinculada à dimensão cultural (Moro, 2004; Poocreau & Martins-Borges, 2013). Isso implica que, ao trabalhar em coterapia, é crucial que os profissionais considerem e discutam as percepções culturais que emergem durante o processo terapêutico, tanto antes quanto depois dos atendimentos, além de espaços de supervisão clínica.

As supervisões clínicas na CI eram realizadas semanalmente, em formato grupal, com a participação dos co-terapeutas de todos os atendimentos em andamento. Nesse contexto, a supervisão clínica funcionava como um espaço de reflexão sobre elementos clínicos, onde os co-terapeutas discutiam em grupo os sentimentos, as teorias e as inferências que influenciavam suas intervenções. Essa troca entre os profissionais possibilitava uma análise mais aprofundada da contratransferência cultural, ajudando a identificar possíveis influências culturais nas intervenções e garantindo que a terapia fosse sensível às especificidades culturais dos pacientes. Neste espaço de transmissão e formação, ao longo dos anos, certos co-terapeutas (sobretudo estudantes de doutorado) passaram também a assumir o lugar de supervisor clínico, o que se relaciona com as contribuições da CI não apenas na formação de psicólogos clínicos interculturais, mas também de supervisores.

Entre outubro de 2012 a maio de 2019, foram atendidas 74 pessoas imigrantes e refugiadas pela CI. Esse número contribui para o total de 1.457 atendimentos psicológicos oferecidos a pessoas oriundos de 27 nacionalidades diferentes: Alemanha, Angola, Argentina, Benin, Cabo Verde, Chile, Colômbia, Costa do Marfim, Egito, Equador, Espanha, Estados Unidos, Guatemala, Guiné-Bissau, Haiti, Honduras, Inglaterra, Itália, Moçambique, Namíbia, Paraguai, Peru, Portugal, República Dominicana, Síria, Togo e Uruguai. Ressalta-se como as nacionalidades mais expressivas nesse período: angolanos, argentinos, benineses, caboverdianos, colombianos, haitianos e guineenses.

Composto majoritariamente de adultos, as principais demandas que motivaram a busca por psicoterapia remetem a perdas, separações e o luto relacionados ao processo migratório; a preocupação com as crianças e familiares que ficaram no país de origem; desempenho escolar e acadêmico insatisfatório, sobretudo no início e final da graduação; efeitos da discriminação, racismo e xenofobia sofridos no Brasil; e dificuldade de se integrar no Brasil e na Universidade. Como sintomas de sofrimento, quadros depressivos, ansiosos e estresse pós-traumático eram citados, associados ao isolamento social, angústia, irritabilidade e conflitos familiares e culturais. Apenas duas crianças foram atendidas ao longo das atividades do projeto, sendo elas nascidas no Brasil e filhas de imigrantes. Nestes casos, a busca do atendimento realizou-se por meio dos pais, em recomendação das escolas, que identificaram dificuldades de comunicação e de socialização nos seus filhos.

A CI representou, assim, um espaço de acompanhamento psicológico para imigrantes e refugiados, mas igualmente um espaço de transmissão que possibilitou a formação clínica e acadêmica de diversos estudantes, a capacitação de recursos humanos pela presença dos profissionais nos primeiros atendimentos e durante supervisões clínicas, enfim, pelo conjunto de ações de sensibilização realizadas na comunidade universitária e fora dela.

Considerações finais

A CI foi uma adaptação de um modelo canadense que, apesar de seus 25 anos de existência, continua a lutar pela sua legitimidade. São modelos ‘imigrantes’, ‘estrangeiros’ que, desde o nome da disciplina na qual se baseia (a Etnopsiquiatria), de uma certa forma, buscam incessantemente pelo direito ao reconhecimento no espaço acadêmico e científico. Algumas dificuldades específicas ao modelo brasileiro devem ser apontadas: a falta da presença de profissionais de outras disciplinas, o que limita as possibilidades terapêuticas; a dificuldade de deslocamento dos pacientes até a universidade, pela falta de recursos financeiros; a ausência de mediadores culturais; a precariedade estrutural – residência, trabalho, educação – dos pacientes e a insuficiente, por vezes inexistente, capacitação dos profissionais da rede de saúde e de assistência social no que concerne às abordagens interculturais e a experiência migratória propriamente dita.

A CI se destacou como um ambiente de escuta qualificada para imigrantes e refugiados na região de Florianópolis, mas também um espaço de formação acadêmica e capacitação profissional. Suas atividades e parcerias contribuíram para a sensibilização em relação às questões das migrações contemporâneas no Brasil. Entende-se que este espaço contribuiu para a formação de inúmeros psicólogos sensíveis à alteridade, muitos dos quais, independentemente de sua atuação atual, continuam a incorporar os fundamentos da Etnopsiquiatria em suas práticas profissionais. No entanto, o projeto, no formato aqui apresentado, foi suspenso em maio de 2019. Não por falta de demandas e de pertinência, mas por uma mudança estrutural de sua coordenação. Apesar de seus anos de funcionamento, a CI ainda se encontrava em suas etapas iniciais de estruturação. Por se tratar de um modelo inovador, que, assim como nos relatos do que muitos dos pacientes viviam no encontro com a sociedade brasileira, tendia a gerar reações pela sua diferença, a CI, no modelo da Etnopsiquiatria, não contava – ainda – com uma equipe sólida que garantisse sua continuidade.

É verdade que o modelo original proposto, não estava solidificado o suficiente. As mudanças na equipe e a pandemia demandaram adaptações. Durante a pandemia, os atendimentos passaram a ser realizados de forma remota, com o objetivo de dar continuidade aos processos psicoterapêuticos em andamento e evitar que os pacientes ficassem desassistidos. Sabe-se que os imigrantes foram uma das populações mais impactadas negativamente pela pandemia, que aprofundou as desigualdades estruturais e sociais preexistentes, relacionadas ao status migratório, acesso a serviços de saúde, barreiras linguísticas, pobreza, condições de moradia e emprego (Martins-Borges et al., 2023). No entanto, essa foi uma adaptação circunstancial. Assim que a universidade retomou as atividades presenciais, os atendimentos voltaram a ser realizados presencialmente. Como a Etnopsiquiatria – como disciplina teórica e clínica – não havia conquistado espaço o suficiente para garantir sua perenidade, o modelo da CI não pode ser continuado. Mas ele pode inspirar outras propostas tão inovadoras como

a CI. Sabe-se que o trabalho clínico de escuta à imigrantes e refugiados na UFSC continuou, agora sob novos formatos e coordenação. Atualmente, o projeto desenvolvido pelo NEMPsiC é denominado *Ateliê das Migrações* e é coordenado pela professora Marcela de Andrade Gomes.

Referências

- Barros, A. F. O. (2022). *Da alteridade à condição precária: CRAI-SC e a construção de políticas públicas para imigração na região de Florianópolis* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Betts, J. (2013). Diferença cultural, sofrimentos da identidade e a clínica psicanalítica hoje. *SIG Revista de Psicanálise*, 2(1), 85-97.
- Boeira-Lodetti, M. (2023). *Les expériences d'intégration des réfugiés syriens à Québec* [Thèse de Doctorat, Université Laval].
- Borges, C. C. (2022). Pensando sobre o acolhimento de imigrantes refugiados: desculturação, estigma e solidariedade. *Psicologia em Estudo*, 27, e50272. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v27i0.50272>
- Camargo, F. F. V., & Augusto, M. C. (2023). Influências da língua materna e da língua estrangeira nas manifestações inconscientes. *Momentum*, 2(21), 79-96. <https://doi.org/10.60035/1678-0795.momentum-v2n21-469>
- Cavalcanti, L., Oliveira, T., & Silva, S. L. (2023). *Relatório anual OBMigra 2023 - OBMigra 10 anos: pesquisa, dados e contribuições para políticas*. OBMigra.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatria general*. Barral Editores.
- Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.
- Duden, G. S., de Souza Lopes, J., do Nascimento, V. N., & Borges, L. M. (2023). Atendimento psicológico com refugiados no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 28(1), 128-140. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20230012>
- Jean Jaques, R. (2018). Quelques éléments pour une etnopsychiatrie haïtienne. In R. Jean Jacques & Y. Lecomte (Eds.), *Etnopsychiatrie en Haïti* (pp. 15-42). Grosame.
- Jibrin, M., Boeira-Lodetti, M., & Martins-Borges, L. (2017). Intervenções interculturais em saúde mental. Psicoterapia com imigrantes e refugiados. In C. Lussi (Org.), *Migrações internacionais. abordagens de direitos humanos* (pp. 289-304). Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios.
- Junger da Silva, G., Cavalcanti, L., Lemos Silva, S., & de Oliveira, A. T. R. (2024). *Observatório das Migrações Internacionais*. OBMigra.
- Laplantine, F. (1998). *Aprender etnopsiquiatria*. Brasiliense.
- Martins-Borges, L. (2013). Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *REMHU-Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 151-162.
- Martins-Borges, L. (2018). Guerra, tortura e refúgio: que sofrimento reparar. In *Clínicas do Testemunho RS e SC. Por que uma clínica do testemunho* (pp. 283-294). Instituto APPOA.
- Martins-Borges, L., Boeira-Lodetti, M., Hamel-Genest, V., Fortin, M.-E., Robert, G., Arsenault, S. & Langlois, L. (2023). L'adaptation des services à la Clinique santé ses réfugiés de Québec : une réponse aux impacts de la pandémie de COVID-19 chez les personnes réfugiées. *Refuge*, 39(1), 1-15. <https://doi.org/10.25071/1920-7336.41040>
- Martins-Borges, L., Boeira-Lodetti, M., Jibrin, M., & Poacreau, J. B. (2019). Inflexões epistemológicas: a Etnopsiquiatria. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(spec.), 249-255. https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29001
- Martins-Borges, L., Jibrin, M., & Barros, A. F. O. (2015). Clínica intercultural: a escuta da diferença. *Contextos Clínicos*, 8(2), 186-192. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.07>
- Martins-Borges, L.; & Poacreau, J. B. (2009). Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*, 15(1), 232-245.
- Moro, M. R. (2004). ¿ Por qué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa. *Psicopatología y Salud Mental*, 4, 69-80.
- Moro, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, 26(2), 186-192. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140017>
- Nathan, T. (1994). *L'Influence qui guérit*. Odile Jacob.

- Oliveira, P. R. M. (2019). Migrações internacionais para Santa Catarina nos séculos XIX e XXI: um estudo comparativo. *Revista de História Regional*, 24(2), 282-302. <https://doi.org/10.5212/Rev.Hist.Reg.v.24i2.0003>
- Organização Internacional das Migrações. (2019). *Uma introdução às migrações internacionais no Brasil contemporâneo*. DPU.
- Pocreau, J-B, & Martins-Borges, L. (2013). La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 227-242. <https://doi.org/10.7202/1019194ar>
- Rachédi, L., & Taïbi, B. (2019). *L'intervention interculturelle*. Chenelière Éducation.
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a psicologia clínica*. Editora da UFSC.
- Silveira, M. D., & Barros, A. F. O. (2018). A escuta do traumático: sobre reconstruções impossíveis na solidão. In Clínicas do testemunho RS e SC, *Porque uma clínica do testemunho?* (pp. 167-178). Instituto APPOA.
- Wonsoski, W., & Domingues, E. (2021). Georges Devereux: um psicanalista freudiano? *Revista Subjetividade*, 21(2), e10957. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i2.e10957>