

A “SÍNDROME DE ULISSES” E A MEDICALIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS

THE ULISSES' SYNDROM AND THE MEDICALIZATION OF MIGRATORY MOVEMENTS

*José Carlos Loureiro da Silva¹
Norma Sueli Padilha²
Marcelo Lamy³*

Resumo: As migrações deixam marcas indelévels naqueles que as empreendem sofrendo o imigrante vários lutos causados pela perda de valores de imenso significado para sua vida. Apesar de lei alguma jamais ter conseguido coibir movimentos migratórios, constata-se que países de destino tentam, cada vez mais, impedir a entrada de estrangeiros em seus territórios, exacerbando o sofrimento dessas pessoas. Atualmente foi detectada em imigrantes uma nova síndrome, pioneiramente descrita pelo psiquiatra Joseba Achoteguy, denominada Síndrome de Ulisses, alusão ao mítico herói grego da Guerra de Troia. Ocorre que a indústria farmacêutica, visando lucro, insiste em transformar essa síndrome em uma nova doença, buscando a criação de novos fármacos para seu tratamento. Isso é contestável, haja vista o risco dessa novel patologia mascarar o fato de sua etiologia ser somente reflexo de más políticas públicas e também o de se transformar problemas migratórios em elementos a serem farmacologicamente controlados. Neste sentido, objetiva esta pesquisa, por meio de revisão bibliográfica multidisciplinar, compreender este fenômeno, diferenciar síndrome de doença e analisar as tentativas de medicalização que se sobrepõem à solução do problema pela via de políticas públicas.

Palavras-chave: Migrações. Síndrome de Ulisses. Medicalização. Estresse Migratório.

Abstract. Migratory capacity is a human species identity sign, being connected to evolution laws. Migrations leave indelible marks in those who take part in it, making the immigrant suffer several losses of meaningful values for his life. Although migratory movements have never been prohibited by law, it is noticeable that receiving countries try to prevent foreigners to entry their territories, making their suffering worse. Nowadays has been detected in immigrants a new syndrom, that has been firstly described by psychiatrist Joseba Achoteguy as Ulisses' Syndrom, in comparison with Troy War greek hero. What happens is that pharmaceutical industry insists in transforming this syndrom into a new disease, developing new medications for its treatment. This is controversial, since this new pathology not only hides the fact that its etiology is the reflexion of bad public policies concerning the subject, but also turns migratory problems into elements that can be pharmacologically controlled. This paper aims to understand this phenomenom through multidisciplinary bibliographic review, to tell apart a syndrom from a disease and to analyse the medicalization attempts that currently prevail over the problem solution through public policies.

Key words. Migrations - Ulisses' Syndrom - Medicalization - Migratory Stress

¹ Doutor em Direito Internacional do Meio Ambiente pela Universidade Católica de Santos – UNISANTA.

² Pós-doutorado em Ética Ambiental pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2012). Doutorado em Direitos Difusos e Coletivos pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP (2004) e Mestrado em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP (2000); Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Coordenadora e Docente Permanente do Programa de Doutorado e Mestrado em Direito da UFSC.

³ Doutor em Direito Constitucional pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP: Professor Permanente e Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Direito da Saúde da UNISANTA.

1. INTRODUÇÃO

Migrar é um ato presente na história da humanidade desde os seus primórdios, o que é revelado por estudos arqueológicos, bem como por escritos religiosos ancestrais como a Bíblia, o Torá e o Alcorão. O deslocamento de um lugar para outro em busca de melhores condições de vida constitui uma característica humana presente desde suas primeiras manifestações sociais. Está bem estabelecido que a migração é um fenômeno natural ligado às leis da evolução, podendo-se mesmo afirmar que a capacidade de migrar é um sinal de identidade de nossa espécie (ACHOTEGUI, 2009, p. 13).

A História relata que imediatamente após os grandes Impérios conquistarem territórios localizados nos mais remotos pontos do planeta, seguia-se massivo fluxo de pessoas, já que a política de dominação, à época, incluía o povoamento dos territórios conquistados pela população do reino conquistador e, conseqüentemente, a imposição dos seus costumes e cultura aos autóctones (OLIVEIRA, 2010, p. 138-139). Com isso várias culturas foram difundidas e integradas, sendo difícil imaginar a atual civilização sem se considerar esses movimentos migratórios.

Somente em 1648, com o Pacto de Paz de Westphalia, o Estado foi reconhecido como poder supremo dentro de fronteiras estabelecidas (HERZ, 2018), criando os limites territoriais dos países tais como os conhecemos na contemporaneidade. Assim, cada Estado começou a regulamentar a movimentação de pessoas e objetos pelas suas fronteiras.

Essa modificação ocorrida no Direito Internacional em nada alterou os movimentos diaspóricos, sendo que políticas de diversos países utilizaram as migrações para povoar áreas remotas, visando proteger suas fronteiras, como mão de obra para certos setores pré-determinados (SEYFERTH, 2007, p. 15-44) e ainda como mitigação de pressões demográficas (DEZEM, 2005, p. 133).

Contudo, com os grandes êxodos ocorridos após as duas Guerras Mundiais e, mais recentemente, a partir de 1973, com a crise do petróleo, os fluxos migratórios começaram a ser encarados como um problema para os países receptores (OLIVEIRA, 2010, p. 149). Isso porque tal crise deu origem a um grande desajuste econômico mundial, o que fez intensificar as migrações dos indivíduos dos países mais pobres para os mais ricos, razão pela qual os imigrantes começaram a ser culpabilizados pelos mais diversos problemas dos Estados de acolhida, em especial os econômicos. Esse fato levou alguns governos a empreenderem rigorosa seleção no setor, só

permitindo a entrada dos estrangeiros que não fossem “prejudicar” de alguma forma os seus nacionais (ARAÚJO, 2015, p. 23-24).

E a situação se agravou após os ataques cometidos por árabes às Torres Gêmeas em 2001, nos Estados Unidos, que causaram forte comoção mundial. Para muitos norte-americanos tais ataques foram um verdadeiro divisor de águas, que expôs a vulnerabilidade do país. O mesmo aconteceu na Europa, com os atentados lá ocorridos, - na Espanha em 2004, na Inglaterra em 2005, na França em 2015 etc, - que fizeram coligar “na consciência coletiva das populações ‘vítimas’ de tais atentados uma co-relação entre estrangeiro e perigo (terrorismo), ou estrangeiro e ameaça”. Assim, a União Europeia, seguindo o exemplo dos EUA, começou a revisão rigorosa das suas políticas de segurança, contando com o apoio da sociedade civil (OLIVEIRA, 2010, p. 151-152), prejudicando sobremaneira os fluxos migratórios. Criado, portanto, o paradoxo: as nações mais desenvolvidas, apesar de pregarem o livre trânsito de mercadorias, restringem a livre circulação de pessoas.

Muito se fez a correlação entre doenças mentais e migrações pelo fato de se saber que os movimentos migratórios causam perdas de valores de grande importância naqueles que os empreendem. No presente artigo pretende-se aprofundar análise a respeito de uma nova síndrome que tem acometido os imigrantes contemporâneos face ao agravamento das políticas xenófobas dos países de destino, que os expõem a elevados níveis de estresse e ansiedade, denominada “Síndrome de Ulisses”. Neste contexto, a pesquisa pretende levantar a literatura que identifica esta nova síndrome, bem como denotar fundamentos para rebater as atuais tentativas de se iniciar um tendencioso processo de medicalização dos imigrantes que a apresentam, tudo na tentativa de se desconsiderar as verdadeiras causas do estresse provocado pela migração. A metodologia aplicada é a revisão bibliográfica e doutrinária multidisciplinar sobre o tema.

2. BARREIRAS MIGRATÓRIAS CONTEMPORÂNEAS

Pela análise das normas legais atinentes à temática migratória, constatamos que a aceitação do imigrante sofreu grande alteração com o transcorrer dos tempos. Durante o século XIX, por exemplo, as diferenças entre direitos dos nacionais e estrangeiros inexistiam em diversos países, tais como a Holanda, Chile, Itália e Argentina, cujas leis os equiparavam (MARINUCCI; MILESI, 2005). O forasteiro era considerado um igual.

Porém, após as duas guerras mundiais, começou a haver restrições legislativas cada vez maiores aos direitos dos imigrantes (MARINUCCI; MILESI, 2005). Nesse contexto, a importante

contribuição da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que inspirou a construção de documentos de cunho internacional, destinados a grupos específicos, como a Convenção de 1951 e o protocolo de 1967, por exemplo, que se destinou à mecanismos de proteção aos refugiados , bem como a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e dos membros de suas famílias, entre outros.

No âmbito regional, por sua vez, a DUDH inspirou a adoção da Convenção Americana de Direitos Humanos, conhecida como Pacto San José da Costa Rica, e a Declaração de Cartagena de 1984. No Brasil, sob a influência do Direito Internacional dos Direitos Humanos, a Constituição Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, garantiu ao migrante a igualdade de direitos com relação aos brasileiros.

Contudo, a partir do séc. XXI, em face aumento dos fluxos migratórios entre os países da América do Sul, evidenciou-se a necessidade de um sistema de proteção normativo específico sobre a questão migratória brasileira, com um viés humanitário. Nesse sentido, em meio ao intenso fluxo migratório de haitianos, a partir do ano de 2010, e de venezuelanos, a partir do ano de 2014, o Brasil sancionou a Lei 13.445, de 24 de maio de 2017, intitulada Lei de Migração, a qual dispõe sobre direitos e deveres dos migrantes e estabelece princípios e diretrizes a serem adotados, quando da elaboração de políticas públicas no território nacional.

Mas o avanço do regramento normativo e das garantias legais aos migrantes não resolveram, por si só, as imensas vulnerabilidades de que são vítimas, pelas razões já apontadas. O que se nota é a presença de uma “bolha xenofóbica” (SALGADO, 2013, p. 284) gestada por um medo exagerado das migrações. E isto tem se revelado até mesmo nas denominações linguísticas inadequadas e metafóricas desse processo, como nas locuções “exames migratórios”, “manadas de imigrantes”, “tsunamis migratórios”, “invasão de migrantes” etc, expressões estas que auxiliam no induzimento dos nacionais a crerem: a) ser necessária a proteção contra o fenômeno migratório; b) que os imigrantes causam instabilidade econômica nos países que os recebem; c) que se faz necessário restringir a imigração por ser ela excessiva; d) na sensação de que o imigrante é pernicioso (LOPES, 2009, p. 51).

Constitui verdadeiro paradoxo contemporâneo o fato de, em plena era da globalização, quando se festeja a livre circulação de bens, capital e informações, se fecharem as fronteiras entre os Estados ao trânsito dos seres humanos (MARTINE, 2005). Que no século XXI, caracterizado pelos avanços tecnológicos, os países mais ricos tentem evitar estrangeiros lançando mão de uma técnica medieval: os muros. Estas barreiras fortificadas e monitoradas diuturnamente contam com câmeras de raios infravermelhos, sensores de sons e movimentos, forte iluminação, aviões

pilotados à distância, arames farpados e milhares de agentes de fronteiras (SOARES, 2014, p. 82). Tais muros estão em franca proliferação, existindo na fronteira entre Estados Unidos e México, no Marrocos e nos enclaves espanhóis de Melilla e Ceuta (BASTOS, 2010, *passim*).

Vários outros países também estão tornando mais difícil a vida dos imigrantes, a exemplo da Alemanha que, sob a alegação de combate às fraudes, limitou o acesso de estrangeiros a programas sociais e autorizações para residência, estabelecendo ainda que se o forasteiro, no prazo de 6 meses, não conseguir emprego, será expulso do país (BASTOS, 2010, *passim*). Até mesmo a Suíça, tradicionalmente generosa no acolhimento de imigrantes (CARBAJOSA, 2013), havendo abrigado, nos anos 1990, refugiados dos conflitos nos Balcãs (PIMENTEL, 2014), mudou a sua política no setor. Começaram a surgir acusações de que as populações de estrangeiros seriam responsáveis pelo aumento da criminalidade, de se aproveitarem da assistência social e abusar do direito de asilo político no país (MOMBELLI, 2011). Após um referendo realizado em 2014, os suíços introduziram cotas para imigrantes da União Europeia, apresentando como justificativa que a livre circulação de pessoas está reduzindo os salários e causando pressão em setores como saúde, habitação e educação (GONÇALVES, 2014).

Altamente significativo haver o Papa Francisco escolhido a ilha de Lampedusa, na Itália, em julho de 2013, como destino da primeira viagem apostólica do seu pontificado, pois o local é cenário de constantes naufrágios de barcos superlotados de migrantes que tentam chegar à Europa. O Sumo Pontífice, na ocasião, afirmou ter ido àquele lugar para “chorar os mortos que ninguém chora”, implorando por um despertar das consciências para combater “a globalização da indiferença” (PUBLICO, 2013).

3. MIGRAÇÕES: REPERCUSSÕES ORGÂNICAS

Resta evidente, portanto, que a história da humanidade se caracteriza por ininterruptos movimentos migratórios em todo o mundo, sendo o ato de migrar inerente ao seres humanos. E isto os impele a uma constante procura de melhores ou diferentes condições de vida em locais diversos daqueles dos quais são originários (INFOPEDIA, s/d). A existência de leis restritivas jamais conseguiu impedir esse movimento, servindo somente para aumentar o sofrimento dessas já fragilizadas pessoas.

É sabido que as imigrações, espontâneas ou provocadas, deixam marcas indeléveis naqueles que as empreendem. Abandonar o próprio país constitui uma longa e difícil viagem. O indivíduo, quando migra, sofre vários lutos causados por perdas de valores de enorme significado para a sua

vida: família, amigos, cultura de origem, a própria terra, posição social e segurança física (PUSSETI, 2010, p. 96). No processo migratório a vida renasce de uma forma diferente, desfazendo-se os antigos pontos de referência e levando tempo para que o estrangeiro consiga se apropriar dos novos. Até mesmo o próprio nome – primeiro “bilhete de identidade” na vida das pessoas e referencial dos mais importantes para a construção da personalidade (BASSETTO, 2015) - é alterado, mesmo que seja somente na sua sonoridade (LECHNER, 2007, p. 83-84), e cada um desses fatos se revela um potente estressor.

O vocábulo estresse provém do latim *stringere, tensar*, através do francês primitivo (ABUAGILAH, 2014, p. 8). Os ingleses no século XVII o utilizavam para se referirem à desgraça ou à adversidade, havendo os físicos do século XIX se apropriado do termo para designar o esforço resultante de um corpo submetido a uma pressão que tende a deformá-lo (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1999). Hans Selye foi quem introduziu o vocábulo na literatura médica com a finalidade de descrever uma resposta inespecífica do organismo a qualquer demanda que lhe seja feita. Selye chamou de *stress* a tensão do organismo que se vê obrigado a mobilizar suas energias, suas forças, com a finalidade de se defender de uma situação de perigo, de risco para a sua integridade biológica (GRUPO ALBOR-COHSEMEST, 2011, p. 9). E denomina-se estressor tudo aquilo que consegue romper o estado de equilíbrio das várias funções e composições químicas que ocorrem no corpo (LIPP, 1996, p. 20), constituindo qualquer estímulo com capacidade de causar na pessoa o surgimento de várias respostas orgânicas e/ou psicológicas, relacionadas com alterações fisiológicas de padrões anormais, cujo objetivo é a adaptação do indivíduo à situação causada por tal estímulo (LABORATÓRIO DE PSICOFISIOLOGIA, 1997).

Trabalho publicado por cientistas do Instituto de Pesquisa Rotman Baycrest em Ciências da Saúde de Toronto, Canadá, aponta que o estresse crônico causa degeneração estrutural e funcionamento deficiente de importantes áreas do cérebro, como o hipocampo e o córtex pré-frontal, o que pode levar ao desenvolvimento de distúrbios neuropsiquiátricos (MAH; SZABUNIEWICZ; FIOCCO, 2016). O estado de estresse, portanto, está relacionado com a resposta de adaptação. E se essas respostas adaptativas a tão relevantes perdas já são normalmente custosas, imagine-se quando são elas vividas em situações extremas, tais como a dos imigrantes em situação irregular.

Fácil concluir que as difíceis condições migratórias na atualidade constituem causas propícias ao aumento do número de imigrantes acometidos por psicopatologias. Desde que iniciam a empreender a sua jornada rumo ao país de destino esses indivíduos vivem constantes situações de tensão e mesmo de terror. Cite-se como exemplo o que acontece com os imigrantes que se

dirigem para a Espanha em pequenos barcos, na zona do estreito e nas Canárias. A Associação de Amigos e Parentes de Vítimas da Imigração Ilegal (AFVIC) afirma a ocorrência de 4000 mortes no Estreito de Gibraltar no período de 4 anos (GUILAYN, 2002). Por isso se afirma que esse Estreito se tornou uma grande “vala comum” (SANTIAGO, 2017).

Já os que conseguem entrar no país de destino, enquanto não regularizam sua situação, vivem diuturnamente sob situação de estresse. Muitas vezes são acometidos de atordoamento mental, o que pode ser originado pelo fato de terem que se esconder, fazerem-se invisíveis, a fim de evitar serem presos ou repatriados (PASQUA; MOLIN, 2009, p. 109). E se para sobreviver você tem que ser “ninguém”, necessitando permanentemente se fazer invisível, dificilmente poderá manter saúde mental perfeita (ABUAGILAH, 2014).

Os forasteiros em situação irregular moram em péssimas condições, se alimentam mal, vivem ameaçados, portando documentação falsa, sendo chantageados pelas máfias que, sabendo que lhes faltam documentos para regularizar a sua situação no país, os exploram constantemente. E esse medo crônico leva, a nível biológico, a uma atrofia do hipocampo, órgão relacionado à formação da memória (MANDAL, 2014). E já se constatou que lesões no mesmo estorva a construção de novas memórias “e a pessoa tem a sensação de viver num lugar estranho onde tudo o que experimenta simplesmente se desvanece” (PSIQWEB, s/d).

A capacidade de resistência humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado de adversidades (GROTBERG, 2005, p. 15), conseguindo adaptar-se de maneira saudável ao seu contexto se denomina resiliência (TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006). Apesar de o cientista inglês Thomas Yang já haver feito menção ao fato em 1807, os primeiros trabalhos acerca do tema surgiram na década de 1970, quando pesquisadores ingleses e americanos voltaram a atenção para pessoas que, apesar de terem sido expostas a situações traumáticas, permaneciam saudáveis. Estas pessoas foram intituladas de invulneráveis (ALMEIDA, 2016, p. 9). O conceito de invulnerabilidade, posteriormente, foi substituído por resiliência (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Esse termo teve origem no âmbito da Física e da Engenharia, segundo as quais um material é denominado resiliente quando a energia de deformação máxima que suporta armazenar não produz nele deformidades permanentes. Tal conceito possibilita se fazer uma analogia com o que acontece no campo psicológico: a relação tensão/pressão com deformação não-permanente do material corresponderia à situação que acontece entre uma condição de risco/estresse/experiências adversas com as respostas finais de adaptação do indivíduo (ANGST, 2009, p. 254). O denominado International Resilience Project assim define esse vocábulo: “A resiliência pode ser definida como

uma capacidade universal que possibilita à pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades” (GROTBERG, 1995, p. 7).

Um dos motivos para que cada indivíduo lide de formas diferentes com problemas semelhantes está relacionado com o conceito de resiliência, que se caracteriza pela capacidade de um determinado sujeito ou grupo passar por uma situação adversa, conseguir superá-la e ainda sair dela fortalecido (ANGST, 2009, p. 253). Na Pré-Conferência Latino-Americana sobre Crianças de Risco, realizada em Recife, em julho de 1993, Urie Broffebrenner fez menção à resiliência referindo-se aos sobreviventes de campos de concentração nazistas que tiveram capacidade de reconstruir as suas vidas, diversamente de outros que haviam passado por idêntico sofrimento, mas que não conseguiam ultrapassar o trauma. Pesquisando os descendentes dos mais resilientes chegou-se à constatação que essa qualidade passava para as gerações seguintes, qualidade esta que Broffebrenner associou à esperança de um futuro melhor que tais pessoas tinham quando passavam por situações adversas (MORAES; RABINOVICH, p. 20, 1996). E a família é apontada como um dos fatores mais importantes para que o indivíduo supere os seus traumas (REGALLA; GUILHERME; SERRA-PINHEIRO, 2007). Ou seja, o suporte familiar está associado à maior resiliência daqueles que foram submetidos a inúmeros estressores.

Acontece que, de um modo geral, a situação extrema na qual vive o imigrante irregular favorece a existência de muitas verdades omitidas nas relações familiares. Ele esconde dos seus parentes a difícil situação pela qual está passando a fim de evitar-lhes sofrimento. E a sua família também omite os problemas que surgem no país de origem a fim de não preocupá-lo (PASQUA; MOLIN, 2009). Portanto, esse importante fator no enfrentamento das situações estressantes encontra-se prejudicado no processo migratório.

Com a reiteração de todas essas causas de estresse a capacidade adaptativa do organismo do imigrante é forçada além de suas possibilidades de autorregulação e o resultado é que o sistema nervoso se desorganiza gradativamente e não mais consegue se recompor.

4. MIGRAÇÕES E DOENÇAS MENTAIS

A correlação entre a condição de imigrante e doença mental não constitui fato novo. Sobre os escravos africanos que chegavam ao Brasil foi descrita uma melancolia e depressão profunda, que os acometia logo após o desembarque, seguidas de parada da comunicação e também da alimentação. De um modo geral, os que entravam nesse estado de profunda nostalgia acabavam morrendo (MARSDEN, 2009). Denominada *banzo* – do quimbundo *mbanza* que significa aldeia;

a saudade da aldeia e, por extensão, da terra natal (ODA, 2008) –, tinha como etiologia o ressentimento ante os injustos castigos sofridos, bem como a perda das referências emocionais e culturais. No Haiti, a extrema brutalidade que caracterizava o regime escravagista levava os escravos a concluir que a morte constituiria, além de uma libertação, também um retorno à África, de modo que o suicídio se tornou algo habitual e a indiferença pela vida era tamanha que havia escravos que acabavam se matando não por razões pessoais, mas tão somente para contrariar os seus senhores (JAMES, 2001, p. 31).

A “melancolia negra” chamou a atenção dos estudiosos do século XIX pelas violentas formas de sua manifestação: mães que assassinavam os próprios filhos logo após o parto, abortos, suicídios etc. Ressalte-se que, à época, vigia no campo médico um princípio que defendia serem os negros insensíveis às doenças mentais, o que foi refutado pelo médico francês radicado no Brasil, Joseph Sigaud, com fundamento nas pesquisas sobre o banzo empreendidas por Luis Antonio de Oliveira Mendes, de 1793. Este havia descrito a doença como aquelas “mortes lentas, espécies de consumpções produzidas pela inanição e devidas a uma causa moral”, como a saudade da terra natal ou o rancor devido aos injustificados maltratos sofridos, o que levou Sigaud a defender que, com relação às doenças mentais, inexistiam diferenças entre raças e que aqueles que defendiam que índios e negros não eram suscetíveis à loucura, “na verdade queriam separar essas duas raças das inevitáveis condições de humanidade” (ODA, 2008). Essa nostalgia dos negros africanos foi narrada até mesmo na obra do poeta parnasiano Raimundo Correia, o qual, após descrever as “mortais visões” da África que acometiam os escravos, conclui assim o soneto da sua autoria intitulado Banzo (CORREIA, s/d):

[...]
Vai co'a sombra crescendo o vulto enorme
Do baobá... E cresce n'alma o vulto
De uma tristeza, imensa, imensamente...

O banzo era tratado de diferentes formas: com ameaças, promessas de bem-estar futuro, através da música, método este empregado pelos jesuítas para tentar afastar as “ideias funestas” dos negros acometidos por esse mal (SIGAUD, 2009, p. 124-127). Porém, nenhum desses tratamentos surtia resultado.

Contemporaneamente alguns psiquiatras têm observado que os imigrantes que chegaram aos países de destino a partir de 2002 são mais susceptíveis de serem acometidos por distúrbios mentais do que aqueles que migraram nos anos 80 e 90. E até mesmo uma nova síndrome já foi

diagnosticada nesses migrantes contemporâneos. As difíceis condições de trabalho, as novas leis que dificultam o reagrupamento familiar, os impedimentos impostos aos forasteiros não legalizados e as ameaças de prisão e deportação são algumas das causas apontadas como geradoras de tais problemas.

4.1. A Síndrome de Ulisses

Esse aspecto negativo da migração é o que se tem chamado de “luto migratório”. E o psiquiatra catalão Joseba Achotegui (médico psiquiatra, professor titular da Universidade de Barcelona, diretor do SAPPPIR - Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) defende que este tipo de luto possui algumas particularidades, denominando-o Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo ou Síndrome de Ulisses.

Esta última denominação constitui uma alusão ao mítico Ulisses, herói grego da guerra de Tróia, personagem central da obra de Homero, a Odisseia. Teria ele vivido enormes dificuldades em terras estrangeiras, passado por grandes perigos, perdido todos os seus navios em naufrágios, tendo chegado a descer ao inferno para saber do seu destino. E passou solitário por esses imensos dissabores, já que todos os seus companheiros de viagem morreram, com a agravante de que se encontrava longe da sua família e dos seus conterrâneos (SOUZA, s/d). No Canto V de Odisseia, Homero descreve o sofrimento de Ulisses (PEREIRA, 2009, p. 81):

Não se lhe enxugavam os olhos de lágrimas.
Consumia a doce vida a suspirar pelo regresso

...

passava os dias sentado nas falésias da margem,
sacudido pelo pranto, pelos suspiros e dores,
olhando o pélagos estéril, e deixando cair as lágrimas.

A síndrome surge no imigrante que vai tentar uma vida melhor em outros países, mas que acaba ficando só, longe dos seus familiares, dos seus amigos, vivendo numa cultura estranha, desenraizado de si mesmo e se deparando com uma realidade que lhe é hostil, bem diversa daquela que imaginou antes de deixar a sua terra natal (MENDES JÚNIOR, 2007).

Boekestijn denominou dilema do migrante (BOEKESTIJN, 1988, p. 83) essa tensão existente entre a adaptação sócio-cultural e a preservação da própria identidade (MOTA; FRANCO; MOTTA, 1999) que acontece na chegada ao país de acolhimento. Neste o forasteiro irá se confrontar com um ambiente distinto, com um idioma diferente, valores dessemelhantes,

enfim, sofrerá o que se denomina choque cultural. Tal conjuntura tem o condão de gerar no imigrante problemas de ordem física, psíquica e social, que a ausência de um apoio social adequado poderá levar ao denominado *stress* de aculturação. Este é consequência do contato do estrangeiro com duas diferentes culturas, a da sua terra natal e a do local onde ele se encontra, e as diferenças com as quais ele se depara podem se constituir em fator estressor (MÜHLEN; DEWES; LEITE, 2010/2, p. 59).

Ainda mesmo quando, logo na chegada ao país de acolhimento, o imigrante procura se inserir como concidadão igual aos autóctones, as desigualdades das quais é naturalmente portador acabam por se transformar em elementos de exclusão. A desigualdade, neste contexto, se refere às características coletivas, pessoais, culturais, sociais, próprias do país de origem do imigrante e reveladoras de alguma forma de alteridade que muitas vezes é encarada como fator de discriminação (LUSSI, 2015, p. 136).

Logo no período inicial do deslocamento podem surgir no migrante angústias de tipo persecutória, depressiva e confusional, com grande variabilidade de duração, evolução e intensidade, já que “O sentido de desaparecimento do *self* pode ter drásticas consequências à saúde mental” (GRIMBERG; GRIMBERG, 1984, p. 107). Compara-se à desintegração da própria identidade “o sentido de expulsão e o sentimento de perda do ideal de pátria” presentes nas migrações, os quais se constituem em agentes causadores de sofrimento mental (COJOCARU, 2003, p. 17).

E mais: esses relevantes estressores migratórios, que vão além do estresse aculturativo, são agravados por vários fatores como a multiplicidade dos mesmos - e é sabido que, quanto mais estressores houver, maior o risco à saúde do imigrante e também que os estressores se potencializam entre si; a cronicidade, pois essas situações limite podem ficar afetando o estrangeiro por meses e até anos; o sentimento de que o sujeito, faça o que fizer, não consegue melhorar a sua situação – situação denominada por Martin Seligman de “desamparo aprendido” (SELIGMAN; ROSELLINI; KOZAK, 1975, pp. 542-547); além de redes de apoio fortemente deficitárias (ACHOTEGUI, 2010, p. 131).

E na atual conjuntura, de expressa perseguição ao imigrante, este muitas vezes se vê obrigado a ocultar a sua identidade para não ser preso ou expulso do país para o qual imigrou, como já mencionado. No épico Odisséia, o herói grego Ulisses, aprisionado em terras estranhas, manifesta, de forma magistral, o enorme desamparo que está vivendo quando o seu perseguidor Polifeno lhe pergunta o nome. Visando se proteger, Ulisses lhe responde: “Ciclope, perguntas meu nome famoso; a ti eu direi, e, tu, dá-me um regalo, como prometeste. Ninguém é meu nome;

Ninguém denominam-me a mãe, o pai e todos os outros companheiros” (HOMERO). Chegando uma pessoa ao ponto de não possuir nem mesmo nome, não terá ela identidade, nem autoestima, nem integração social, razões mais que suficientes para que ela não também não tenha saúde mental (ACHOTEGUI, s/d, p. 81-82).

4.2. Sintomatologia da Síndrome de Ulisses

A sintomatologia da Síndrome de Ulisses é muito variada, correspondendo a inúmeros sintomas psicopatológicos. Joseba Achotegui dividiu-a em cinco grupos: (a) sintomas depressivos; (b) sintomas ansiosos; (c) de somatização; (d) da função cognitiva; (e) interpretação cultural da sintomatologia.

Constatou-se a existência de forte relação entre os sintomas da área depressiva e a situação familiar do imigrante, apresentando sintomas de depressão mais exuberante os imigrantes que vivem sós em comparação com aqueles que vivem com seus pares ou com seus pares e filhos (ABUAGILAH, 2014, p. 70). A tristeza que aqui aparece é intensa, resultante de uma dor extrema, diversa da tristeza no sentido clínico. Achotegui, baseado nos estudos de Ekman, afirma que a expressão facial das emoções básicas é universal, sendo a tristeza notada com facilidade na anamnese de pessoas das culturas mais diversas, em especial nos portadores da Síndrome de Ulisses. Mesmo nos japoneses, que consideram o não sorrir uma descortesia social e por esta razão dissimulam a expressão facial da melancolia, essa “tristeza do imigrante” é perceptível (ACHOTEGUI, 2014, p. 69).

O choro também se faz presente na Síndrome de Ulisses e nesta condição tanto choram mulheres como homens, apesar destes terem sido culturalmente educados para não chorar. O imigrante islâmico expressa a sua dor não em forma de choro, mas de gemidos, já que o ato de chorar não é bem visto pelos islamitas (ACHOTEGUI, 2014, p. 69-70).

O sentimento de culpa também se encontra presente no estresse do imigrante. Verifica-se que ele aparece com maior exuberância nas culturas ocidentais, chegando-se a constatar que aparece duas vezes mais em pacientes depressivos ocidentais que nos pacientes de outras culturas. Nas suas pesquisas Achotegui constatou que os paquistaneses olham assustados, às vezes até sorriem, quando se lhes pergunta se eles têm sentimento de culpa. Entretanto é comum encontrar migrante latinoamericano se sentindo muito culpado pelo sofrimento que está passando (ACHOTEGUI, 2014, p. 70).

Em que pese a intensidade dos fatores estressantes, as ideias de morte não aparecem com frequência nesse imigrante. Ao contrário, ele possui uma grande vontade de lutar, mesmo em contextos que não lhes são favoráveis. Talvez pela sua maior impulsividade a ideia de morte e de auto-lesão surge mais nos imigrantes adolescentes, em certos momentos desesperadores pelos quais passam. E constatou-se que um importante fator de proteção contra ideias suicidas nesses casos são os sentimentos religiosos, sendo tal verificável tanto nos imigrantes cristãos quanto nos muçulmanos (ACHOTEGUI, 2014, p. 70-71).

Quanto aos sintomas da área da ansiedade, destacam-se o nervosismo e a tensão, decorrentes do enorme esforço que o estrangeiro tem que fazer para enfrentar todos os estressores que envolvem a migração. O imigrante se encontra repleto de sentimentos contraditórios com os quais é muito difícil lidar. Às vezes se vê obrigado a tomar muitas e importantes decisões em pouco tempo, contando com escassos meios de análise, o que resulta em agravamento do seu quadro tensional. Os sintomas deste grupo são devidos ao estresse da luta, indicativos de que o imigrante “ainda confia que vale a pena estar ativo para resolver os problemas que tem pela frente”(ACHOTEGUI, 2009, p. 68).

A irritabilidade também se encontra presente, porém em menor frequência que os sintomas anteriores, sendo mais encontrada nos adolescentes. Os orientais, por considerarem que o fato de exprimir uma emoção seja uma forma de coagir outras pessoas, são mais difíceis de expressarem esse sentimento (ACHOTEGUI, 2009, p. 69).

Com referência à somatização, os sintomas mais frequentes são a cefaléia, a insônia, a fadiga, queixas osteomusculares e, com menor incidência, desconforto abdominal e torácico. A cefaléia é um dos sintomas mais característicos da Síndrome de Ulisses, surgindo em proporção muito superior a dos nativos. Estudos de 2005 mostraram que 76,7% dos pacientes com essa Síndrome se queixavam de cefaléia, enquanto nos jovens autóctones tal porcentagem era inferior a 10% (ACHOTEGUI, 2009, p. 71). Está ela associada às intensas preocupações recorrentes do imigrante, com as dores frequentemente se concentrando nas têmporas e na região frontal da cabeça (ACHOTEGUI, 2009, p. 71).

E essas preocupações propiciam o aparecimento de insônia, pois é fundamental um estado de relaxamento para se poder conciliar o sono. Acrescente-se o fato de o forasteiro viver em locais úmidos, barulhentos, quentes ou frios demais, sem ventilação, e se constatará que nem as condições externas, nem as internas, estão a colaborar para ele possa desfrutar, ao menos, de um bom sono. Isso quando ele não se encontra morando na rua, exposto às intempéries, às agressões, aos

xenófobos etc, o que lhe obriga a passar a noite em constante estado de vigília (ACHOTEGUI, 2009, p. 71-72).

A fadiga surge, neste contexto, pelo fato de a energia se encontrar ligada à motivação. E quando o indivíduo não vislumbra saída para a sua difícil situação, existe uma tendência a diminuir as suas forças, já que não existe motivo para continuar lutando. Válido ressaltar que, apesar de a fadiga se fazer presente na Síndrome de Ulisses, o imigrante consegue seguir adiante (ACHOTEGUI, 2009, p. 72).

As doenças osteomusculares são decorrentes dos espasmos musculares que surgem como resposta às situações de estresse. Nestas, o indivíduo se prepara para a ação em forma de luta ou fuga, ativando, assim, o sistema muscular. E se tal ativação se torna uma constante, acaba originando dores e até lesões (ACHOTEGUI, 2009, p. 69).

No tocante à função cognitiva, os sintomas mais expressivos são a dificuldade de concentração, problemas de memória, desorientação temporal e espacial, momentos de despersonalização. Alguns se queixam que se sentem como se estivessem bêbados ou drogados (ACHOTEGUI, 2009, p. 74).

A sensação de atordoamento ou de confusão mental também é fomentada pelas tentativas que o imigrante faz para não se lembrar da terra natal devido ao sofrimento que se origina dessas recordações. Situação análoga à relatada na Odisséia pertinente aos companheiros de Ulisses que, ao se alimentarem de flor de lótus tinham alucinações, passavam a viver uma realidade fantasiosa, perdiam a noção do tempo e da realidade (AZEN, 2012), e assim se esqueciam das suas preocupações, bem como dos seus entes queridos (ACHOTEGUI, 2009, p. 74).

Com referência à interpretação cultural da sintomatologia da Síndrome de Ulisses deve-se levar em conta a cultura própria do imigrante quanto ao quadro que padecem. Assim, muitos deles entendem que o sofrimento pelo qual estão passando se deve a “olho gordo” e também a bruxarias que estão fazendo para prejudicá-lo. Muitos imigrantes afirmam que os seus sintomas são castigo pelo fato de haverem deixado de cumprir normas sociais dos seus grupos de pertencimento, por haver se recusado a casar-se com uma prima que já lhe havia sido prometida, por não haver ajudado parentes em dificuldades. Nessas culturas o fato de uma pessoa haver ofendido outra ou descumprido norma do seu grupo pode torná-la vítima de bruxarias daqueles que se sentiram ofendidos (ACHOTEGUI, 2009, p. 76).

Assim, constata-se que frequentemente o imigrante interpreta os sintomas relacionados aos extremos sofrimentos que lhe acometem na migração pela cultura tradicional do seu país de origem. E tal interpretação, através da perspectiva da magia e da feitiçaria, implica que a abordagem

psicológica deve levar em consideração a cosmovisão do paciente, o que obriga o terapeuta a “descentrar-se” culturalmente quando fizer a intervenção terapêutica. Achotegui recomenda (ACHOTEGUI, 2009, p. 76-77):

É muito importante abordar estas vivências do paciente com respeito e empatia. [...] Considero uma boa forma de aproximação perguntar-lhes se acreditam que têm tido má sorte, já que esta abordagem é mais neutra, mais universal. A partir deste ponto é possível continuar o diálogo e aprofundar o tema.

O mestre catalão considera os problemas migratórios relacionados à magia muito relevantes, mas ressalta que, no contexto do imigrante do século XXI, os problemas sociais extremos que sofre o estrangeiro influenciam muito mais na elaboração do luto migratório do que os problemas do tipo cultural. E que os novos imigrantes já têm consciência disso, relatando que ao perguntar para um africano se se achava vítima de “olho gordo”, obteve como resposta: “Para mim o olho gordo não vem do feiticeiro não, em mim o olho gordo foi lançado pelas leis que têm vocês neste país” (ACHOTEGUI, 2009, p. 76-77).

Válido acrescentar que Achotegui fez o diagnóstico diferencial da Síndrome de Ulisses com outras entidades nosológicas que lhes são símiles, como a Depressão *standard*, o Transtorno por Estresse Pós-Traumático, os Transtornos Adaptativos, que apresentam alguns sintomas e sinais presentes na Síndrome de Ulisses, mas que com esta não se confundem (ACHOTEGUI, 2014, p. 77).

5. O PROCESSO DA MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE

Há muito tempo a preocupação da Medicina era restrita à investigação das causas das doenças e tratamento destas. Mas essa ciência expandiu os seus domínios, vindo a cuidar também de questões espirituais, legais e morais, e alguns fenômenos sociais, como a drogadição, homossexualidade e alcoolismo passaram a ser traduzidos em conceitos médicos (AGUIAR, 2004, p. 133).

Esse fenômeno é denominado medicalização, termo utilizado pela primeira vez em língua inglesa em 1970, em uma carta publicada no *New England Journal of Medicine*, que se referia a adolescentes sexualmente ativas. Mencionava as restrições que lhes eram impostas com relação ao uso de anticoncepcionais, descrevendo os exames médicos e testes aos quais eram elas submetidas

como uma “medicalização do sexo, provavelmente do tipo capaz de malograr os próprios esforços”, afirmando ser essa medicalização indesejável (BUSFIELD, 2010, p. 119).

O termo foi detalhadamente analisado, pela primeira, vez em 1972, no artigo de Irving Zola intitulado *Medicine as an Institution of Social Control* (Medicina como uma Instituição de Controle Social), e apresentado no Congresso de Sociologia Médica da Associação Britânica de Sociologia (BUSFIELD, 2010, p. 119). Nele o autor defende que a Medicina tem adquirido a função de reguladora da sociedade, antes encargo da lei e da religião, representando um novo repositório da verdade e colocando-se na condição de avaliadora moral, partindo da suposta posição de neutralidade e objetividade da ciência (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014). O vocábulo foi muito utilizado na década de 1970 e traduzia uma crítica severa ao aumento da intervenção repressora da Medicina, que assumia o papel de regulador social (BASTOS, 2013, pp. 32-33).

A medicalização é assim definida por Madel Therezinha Luz (LUZ, 1988):

processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos - sexuais, alimentares, de habitação - e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à idéia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social (s/p).

A medicalização está, pois, relacionada à possibilidade de fazer as pessoas sentirem que os seus problemas não são aqueles próprios da vida humana, mas, sim, que se resumem a problemas de saúde (AMARANTE, 2007, p. 95). E essa tendência tem-se ampliado de tal modo que, conforme Joel Birman, pode-se dizer que está ocorrendo uma generalizada “medicalização do social” (BIRMAN, 1999, p. 125). É a Medicina se transformando em fator de controle da sociedade (DECOTELLI; BOHRE; BICALHO, 2013).

E não foi diferente no ramo da Psiquiatria. Esta, durante muito tempo, foi considerada “a irmã pobre” da Medicina. E isso se deve ao fato de que desde os seus primórdios, com Philippe Pinel, esteve ela sempre pautada em critérios que fugiam ao tradicional método clínico, portanto considerados como não científicos (NOGUEIRA, 2011). Porém, o enorme aumento de atendimentos psiquiátricos após a II Grande Guerra somado à descoberta dos psicofármacos na década de 50, deram “à psiquiatria a perspectiva de construir uma suposta legitimidade médica e científica” (BIRMAN, 2007, p. 241).

A partir desse ponto alguns Psiquiatras começaram a ministrar psicofármacos a qualquer mal-estar do cotidiano, entre os quais a tristeza, a insegurança e “até mesmo a ausência de felicidade” (FERRAZZA; LUZIO; ROCHA; SANCHES, 2010, p. 381-382), prescrevendo remédios para pessoas com saúde mental perfeita. A medicalização, portanto, se fez presente também nesta especialidade médica. Válido trazer à baila o preconizado por Foucault com relação ao diagnóstico psiquiátrico: que não se trata este de algo neutro, objetivo, mas se encontra vinculado ao que ele denominou biopolítica, que seria o objetivo do poder de controlar a saúde, a higiene, a alimentação, a sexualidade, a natalidade, já que estes constituem temas políticos (ACHOTEGUI, 2014).

E, nesse contexto, não podemos olvidar a atuação da poderosa indústria farmacêutica. Apesar de soar estranha a afirmação de que ela está sempre em busca da criação de novas doenças, o certo é que tal estratégia se trata de moeda corrente para esse setor, e que se traduz em bilhões de dólares anuais. Relatório do Business Insight menciona esse modo de atuação, consistente em modificar a forma como os indivíduos lidam com os seus problemas do dia a dia, encarados até então como simples indisposições, persuadindo-os de que são merecedores de interferência médica (MOYSÉS; COLLARES, 2013). A investigação de dois jornalistas acerca do *marketing* da indústria farmacêutica, criando e vendendo doenças com o intuito de incrementar os seus lucros, auxiliam o entendimento desse estratagema e o conseqüente aumento desenfreado da medicalização com o intuito de lucro (MOYNIHAN; CASSELS, 2007, p. 151):

As estratégias de marketing das maiores empresas farmacêuticas almejam agora, e de maneira agressiva, as pessoas saudáveis. Os altos e baixos da vida diária tornaram-se problemas mentais. Queixas totalmente comuns são transformadas em síndromes de pânico. Pessoas normais são, cada vez mais, pessoas transformadas em doentes.

5.1. A “Doença” dos Imigrantes e as conseqüências de sua Medicalização

Corroborando o retro afirmado por Foucault, constata-se estar havendo interesse em transformar a Síndrome de Ulisses em uma nova doença. O Parlamento Europeu, por exemplo, apoia uma investigação sobre a mesma, com a possibilidade dela vir a ser incluída como novel entidade nosológica no próximo DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (PUSSETTI, 2010, p. 99).

Com a transformação dessa síndrome em uma nova enfermidade, desviar-se-ia a atenção do amplo contexto nos quais se situam esses problemas para centrar-se “no indivíduo como corpo despolitizado e naturalizado” (PUSSETTI, 2017). São as leis xenófobas, as péssimas condições de

moradia, a exploração pelas máfias, a falta de documentação, de trabalho, de adaptação cultural etc, anteriormente mencionadas, as verdadeiras causas dessa síndrome.

O Alto Comissariado para Migração e o Diálogo Intercultural (ACIDI – Portugal) em artigo intitulado “Imigrantes são grupo de risco na saúde”, já fazem referência à Síndrome de Ulisses como “uma doença psicológica” provocada pelo sentimento de fracasso, medo e pela solidão (ACIDI, 2003). (grifamos)

Fundamental que se esclareça haver diferença entre síndrome e doença. O vocábulo síndrome é derivado do grego *syndromé*, que significa reunião, concurso, traduzindo-se, na Medicina, por um estado mórbido que se caracteriza por um aglomerado de sinais clínicos e sintomas que podem ser resultantes de mais de uma causa. A síndrome não é uma doença, mas uma condição médica (MELDAU, s/d). Já o vocábulo doença, que provém do latim *dolentia* e que significa padecimento, indica a alteração das funções de um órgão determinado, da psique ou do organismo como um todo, possuindo causas e sintomas típicos. Diferencia-se da síndrome porque, diferentemente desta, a doença possui: a). causa conhecida; b). fisiopatologia peculiar; c). um conjunto específico de sinais e sintomas; d). alterações funcionais e ou anatômicas consistentes; e). tratamento específico (FISIOTERAPIA.COM, 2017).

Constata-se que nem mesmo Achotegui, o descobridor da Síndrome de Ulisses, a considera uma nova doença. Na verdade ele a qualifica como uma resposta do imigrante diante de uma situação de estresse tão gigantesco que supera a sua capacidade de adaptação. E, didaticamente, exemplifica:

Seria como se a temperatura subisse para os 100°C num ambiente. Sentiríamos enjoo e câimbras. Estaríamos doentes por apresentar esses sintomas? Não. Esses sintomas são uma tentativa temporária do corpo de se adaptar fisiologicamente a essa elevada temperatura frente à fracassada capacidade de termo-regulação que dá lugar a uma série de sintomas, cujo objetivo é tentar compensar os efeitos fisiológicos da brusca mudança de temperatura. De qualquer forma, no momento em que a temperatura abaixasse, tais sintomas desapareceriam. No entanto, se o quadro persistir, o risco de adoecer aumenta. O mesmo acontece com a Síndrome de Ulisses.

Quando ocorre a medicalização de um problema coletivo, todas as instâncias responsáveis pelo mesmo se isentam de responsabilidades, aí inclusas as instituições, autoridades e até mesmo as próprias famílias, já que o problema se torna única e exclusivamente do indivíduo. Este é doente, tem que se tratar e nada mais há que ser feito. A medicalização, portanto, “acalma os conflitos”, sendo este um dos motivos pelos quais ela se prolifera tanto (QUEIROGA, 2011).

Válido observar o que ocorre atualmente com certos distúrbios psiquiátricos, como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), caracterizado pela extrema falta de concentração, incapacidade de ficar parado, atitudes muito impulsivas e dificuldades no aprendizado dos seus portadores (10 EM TUDO, s/d). Descrito pela primeira vez em 1902 pelo médico inglês George Frederick Still como “um defeito no controle da moral” (CALIMAN, 2010), foi incluído como nova moléstia psiquiátrica em 1980, no DSM-III da Associação Americana de Psiquiatria (VALISE, s/d), tendo a sigla F.90 na Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (CORNACHINI, s/d).

Marilyn Wedge relata que, nos EUA, 9% das crianças em idade escolar foram diagnosticadas com essa doença e são tratadas com medicamentos. Já na França esse percentual é inferior a 0,5%. De modo que saber se o TDAH trata-se de um transtorno biológico-neurológico depende se você mora na França ou nos Estados Unidos. Neste país os psiquiatras pediátricos classificam o TDAH como “distúrbio biológico, com causas biológicas”, cujo tratamento são remédios estimulantes psíquicos (como a Ritalina e o Adderall). Já na França os médicos dão importância ao problema subjacente causador desse sofrimento infantil: o contexto social da criança, não o cérebro desta. E o tratamento baseia-se no aconselhamento familiar e psicoterapia. Como o DSM não leva em consideração as causas subjacentes da doença, os médicos norte-americanos diagnosticam como portadoras de TDAH um número muito mais elevado de crianças sintomáticas, incentivando o tratamento das mesmas com produtos farmacêuticos. Já os Psiquiatras franceses não usam o DSM, havendo a Federação Francesa de Psiquiatria desenvolvido um outro sistema de classificação, como forma de resistência ao DSM-3. Esta alternativa é a CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de L’Enfant et de L’Adolescent, ou Classificação Francesa de Transtornos Mentais em Crianças e Adolescentes), cujo foco é identificar e tratar as causas psicossociais subjacentes aos sintomas apresentados pelas crianças, e não “encontrar os melhores *bandaids* farmacológicos para mascarar os sintomas” (WEDGE, 2015).

Diagnosticado o TDAH na criança em idade escolar, os professores, a escola e o governo querem se eximir da responsabilidade pelo seu aprendizado, pelo seu comportamento e pelas falhas do sistema educacional. E esse processo causa sofrimento à pessoa diagnosticada como hiperativa e também à sua família, que passam a ser os únicos culpados por problemas que são de ordem estrutural e coletiva, desobrigando aqueles atores que, na realidade, são os responsáveis por essas questões sociais (CHAGAS, 2013). A pediatra e professora Maria Aparecida Moysés assegura que esse fenômeno da “psiquiatrização” dos problemas educacionais traduz, na verdade, a incapacidade da escola e da família em lidar com as novas maneiras através das quais crianças e jovens se

relacionam com o mundo. “Sem falar nos interesses comerciais que estão por trás”, alerta a pediatra (RIBEIRO, 2011).

E mais: quando os gestores do DSM concordam em dar nome a um novo grupo de sintomas, além de criarem uma nova doença, abrem espaço para que a indústria farmacêutica inicie uma corrida para criar novas medicações (NAMU, 2013). E como alertam Moynihan e Cassels (2007):

Em meio a campanhas de promoção, a indústria farmacêutica, que movimenta cerca de 500 bilhões de dólares por ano, explora os nossos mais profundos medos da morte, da decadência física e da doença - mudando assim literalmente o que significa ser humano. Recompensados com toda razão quando salvam vidas humanas e reduzem os sofrimentos, os gigantes farmacêuticos não se contentam mais em vender para aqueles que precisam. Pela pura e simples razão que, como bem sabe Wall Street, dá muito lucro dizer às pessoas saudáveis que estão doentes.

Os laboratórios farmacêuticos dependem, pois, da existência de doenças para incrementar sua produção, de modo que, para eles, uma novel enfermidade é sempre muito bem-vinda. E sendo essa indústria uma das mais poderosas do mundo (LIMA, s/d), o Parlamento Europeu conta com um forte aliado na transformação da Síndrome de Ulisses em nova enfermidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa pretendeu demonstrar que está havendo interesse em transformar a Síndrome de Ulisses em uma nova doença. Entretanto tal síndrome se trata de uma condição que se qualifica como uma resposta do imigrante diante de uma situação de estresse tão gigantesco que supera a sua capacidade de adaptação. Não se trata, portanto, de uma doença.

É preocupante esse interesse na medicalização do fenômeno ora analisado, pois uma leitura medicalizante dos sinais e sintomas apresentados pelos imigrantes revela a possibilidade de se transformar os reais problemas diaspóricos em elementos passíveis de serem farmacologicamente controlados. A etiologia da síndrome de Ulisses tem suas raízes em problemas políticos, econômicos e sociais, não solucionáveis através de terapias e medicamentos. O mencionado interesse serve, na realidade, para tornar evidente a má vontade das autoridades governamentais em solucionar os verdadeiros problemas migratórios. É mais confortável atribuir ao próprio imigrante as causas do seu mal estar do que buscar soluções para os motivos desse desconforto.

O estudo revelou a cobiça da indústria farmacêutica na medicalização das diásporas, já que a transformação da Síndrome de Ulisses em uma nova doença levará à criação de novos medicamentos para o seu tratamento e ao conseqüente aumento dos lucros dos laboratórios

médicos. Só que, passado o efeito do fármaco, os sintomas voltarão, pois seria como tratar a dor de um paciente que está com um espinho espetado no pé ministrando-lhe analgésicos, mas se recusando a extrair o espinho, a verdadeira causa daquela dor. É válido não olvidar que o Parlamento Europeu está aderindo à tese defendida pela indústria de medicamentos, existindo até a possibilidade da mencionada síndrome vir a constar como uma nova doença já no próximo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, o que evidencia o vulto que já tomou essa preocupante questão.

Ademais, o risco de se transformar a Síndrome de Ulisses em uma doença é que, sendo ela classificada como uma enfermidade mental, há que ser tratada pela Psiquiatria. Entretanto, os profissionais desta especialidade médica não possuem *expertise* que abarque as possíveis soluções de problemas migratórios, de modo que certamente as políticas xenófobas, enquanto causa do fenômeno, permanecerão imutáveis, posto não serem objeto da Medicina. E acredita-se que as verdadeiras causas do problema se agravarão, já que os órgãos responsáveis pela modificação das mesmas deixarão de se sentir responsáveis pela questão, que estará travestida em problema puramente psiquiátrico. Porém, a Síndrome de Ulisses continuará sendo consequência das políticas migratórias cruéis e estas não desaparecem com intervenções médicas, terapias e fármacos. Ademais, a ausência de resultados no tratamento medicamentoso da Síndrome de Ulisses será um fator a mais a contribuir com o xenofobismo, já que o imigrante será acusado de estar causando dispêndios no setor da saúde.

Está, portanto, preparado o campo para que milhares de imigrantes sejam submetidos a tratamentos psiquiátricos totalmente desnecessários, com novas drogas repletas de efeitos colaterais. E com a certeza de a etiologia dessa “nova doença” permanecer inalterada ou até mesmo se agravar.

REFERÊNCIAS

- ABUAGILAH, Mozdalifa Elkheir. *Síndrome de Ulises, aculturación y personalidad en una población de inmigrantes árabes*. Tesis doctoral. Directores: Dra Maria Jayme e Dr. Joseba Achotegui. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2014.
- ACHOTEGUI, Joseba. “Como evaluar el estrés y el duelo migratório”. *Figueras: El mundo de la mente*, 2 ed., 2010.
- ACHOTEGUI, Joseba. *El síndrome de Ulises. Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Emigrar em el siglo XXI*. Figueras: El mundo de la mente, 2009.
- ACHOTEGUI, Joseba. “Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”. *Migraciones*. Publicación del Instituto Universitario de

Estudios sobre Migraciones, [S.l.], n. 19, p. 59-85, nov. 2014. Disponível em: <<http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/3083/2847>>. Acesso em: 22.03.2018.

ACHOTEGUI, Joseba. La biopolítica, 30 años después. Vigencia de Michel Foucault. Site: <https://www.publico.es/>: Publicado em 16 febrero, 2014. Disponível em: <<http://blogs.publico.es/joseba-achotegui/2014/02/16/la-biopolitica-30-anos-despues-vigencia-de-michael-foucault/>> Acesso em: 28.03.2018.

ACIDI – Portugal. Imigrantes são grupo de risco na saúde. Diários de Notícias. 01.12.2003. Disponível em: <<https://www.publico.pt/2003/12/01/portugal/noticia/destaques-do-diario-de-noticias-de-hoje-1177383>> Acesso em: 28.03.2018.

AGUIAR, A A. *A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ALMEIDA, Anabela Soares de. *Impacto da resiliência na saúde mental dos bombeiros*. Dissertação de Mestrado: Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, 2016, 27 f. Disponível em: <<http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/681/1/Anabela%20Soares%20de%20Almeida%20-%20tese%20.pdf>> Acesso em: 11.03.2018.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANGST, Rosana. “Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura”. *Revista Psicologia Argumento*, 2009 jul./set., 27(58), 253-260. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/viewFile/20225/19509>> Acesso em: 11.03.2018.

ARAÚJO, Adriano Alves de Aquino. *Reve de Brezíl: a inserção de um grupo de imigrantes baítianos em Santo André, São Paulo – Brasil*. Dissertação de Mestrado. 172 f. Universidade Federal do ABC: 2015.

AZEN, Marcus. “A Flor de Lotus na Odisseia de Homero - Quando as fábulas Aprisionam”. In: Blog Era da Incerteza, 12.11.2012. Disponível em: <<http://eradaincerteza.blogspot.com.br/2012/11/a-flor-de-lotus-na-odisseia-de-homero.html>> Acesso em: 26.03.2018.

BASSETTO, Livia Maria Turra. *O funcionamento de nomes próprios no processo de referenciação*. Tese de doutorado. 202 f. São José do Rio Preto: Universidade Estadual Paulista, 2015, passim. Disponível em: <<http://200.145.6.238/bitstream/handle/11449/127693/000846302.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 17.03.2018.

BASTOS, Cristiana. *Para uma antropologia da fronteira: muros, redes e passagens em Ceuta e Melilla*. Dissertação de mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa. 2010, passim.

BASTOS, Helivalda Pedroza. *Saúde e educação: reflexões sobre o processo de medicalização*. Tese de doutorado. 208 f. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.

BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BOEKESTIJN, Cees.” Intercultural migration and the development of personal identity: The dilemma between identity maintenance and cultural adaptation”. *International Journal of Intercultural Relations*, Volume 12, Issue 2, 1988, Pages 83-105. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0147176788900429>> Acesso em: 15.03.2018.

BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLI-NASCIMENTO, Ingrid Faria. “A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens”. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 21, n. 49, Ribeirão Preto, mai./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000200014&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 11.03.2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. *Tráfico de pessoas : uma abordagem para os direitos humanos / Secretaria Nacional de Justiça, Departamento de Justiça , Classificação, Títulos e Qualificação ; organização de Fernanda Alves dos Anjos ... [et al.]*. – 1.ed. Brasília : Ministério da Justiça, 2013.

BUSFIELD, Joan. “Medicalização”. In SCOTT, John. *Sociologia: conceitos-chave*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

CALIMAN, Luciana Vieira. “Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH”. *Psicologia: Ciência e Profissão*. V. 30, n.1, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005> Acesso em: 29.01.2018.

CARBAJOSA, Ana. “A Suíça fecha-se”. *El País (Madrid)*, 10 de junho de 2013. Disponível em: <<http://www.voxeurop.eu/pt/content/article/3865981-suica-fecha-se>> Acesso em: 07.08.2014.

CHAGAS, Beatriz da Silva. “Discursos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto educacional: Da cerebralização à crítica ao ensino escolar”. *Comunicação Oral: I Simpósio internacional de estudos sobre a deficiência*. SP: Diversitas/USP, 2013. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/20842886-Palavras-chave-tdah-educacao-escolar-diferenca-dificuldades-de-aprendizagem.html>> Acesso em: 1º.09.2014.

COJOCARU, L.M.L. “Migrações forçadas: o exílio político no Brasil”, in JACQUES, W.C.A (et. al.). *Histórias e memórias de psicologia: trabalhos premiados no concurso comemorativo dos 40 anos de regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: CRP – 7ª Região, 2003, p. 17.

CORNACHINI, Viviane. “Tudo sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”. s/d. *Site TDAH.net*. Disponível em: <<http://www.tdah.net.br/cid10.html>> Acesso em: 29.03.2018

CORREIA, Raimundo. “Banzo”. *Jornal de Poesia*, s/d. Disponível em: <<http://www.jornaldepoesia.jor.br/raimun07.html>> Acesso em: 19.03.2018.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. “A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política”. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000200014&script=sci_arttext> Acesso em: 19.03.2018.

DEZEM, Rogério. *Matizes do “Amarelo”: a gênese dos discursos sobre os orientais no Brasil (1878-1908)*. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2005.

FERRAZZA, Danielle de Andrade; LUZIO, Cristina Amélia; ROCHA, Luiz Carlos da; SANCHES, Raphael Rodrigues. “A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental”. *Paidéia*, set-dez. 2010, v. 20, N. 47, 381-390 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>> Acesso em 28.03.2018.

FISIOTERAPIA.COM. “Diferenças entre síndrome e doença”. *Fisioterapia.com* . Disponível em: <<http://fisioterapia.com/diferencas-entre-sindrome-e-doenca/>> Acesso em: 28.03.2018.

- GONÇALVES, Anderson. “Medidas restritivas avançam e Europa se fecha para imigrantes”. *Gazeta do Povo*. 05 de abril de 2014. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/mundo/conteudo.phtml?id=1459943&tit=Medidas-restritivas-avancam-e-Europa-se-fecha-para-imigrantes>> Acesso em: 18.02.2018.
- GRIMBERG, León; GRIMBERG, Rebeca. *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza Editorial, 1984. Trad. dos autores.
- GROTBERG, Edith Henderson. (2005). “Introdução: novas tendências em resiliência”. In: A. Melillo; E. N. S Ojeda e col. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. (V. Campos, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- GROTBERG, Edith. “A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit”. (Early Childhood Development: Practice and Reflections, Number 8). *Netherlands: Bernard van Leer Foundation*, 1995. Disponível em: <<https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>> Acesso em: 11.03.2018.
- Grupo ALBOR – COHSEMEST. “Escala Magallanes de Estrés”. *Manual de Referencia*. Actualización 2011. Trad. dos autores.
- GUILAYN, Priscila. “Sonho espanhol, pesadelo para 4 mil pessoas”. *O Globo*, 02.09.2002. Disponível em: <https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/niem_rj/conversations/topics/334> Acesso em: 07.03.2018.
- HERZ, Mônica. “Teoria das Relações Internacionais no Pós-Guerra Fria”. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 1997 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25.03.2018.
- HOMERO. *Odisséia, Canto IX, 360*. Disponível em: <<http://sanderlei.com.br/PDF/Homero/Homero-Odisseia.pdf>> Acesso em: 24.03.2018.
- INFOPEDIA. “Impacto da migração no tecido social”. *Artigos de apoio Infopédia [em linha]*. Porto: Porto Editora, 2003-2018. Disponível em: <[http://www.infopedia.pt/\\$impacto-da-migracao-no-tecido-social;jsessionid=DrKp054wllkipWsCkKdu9RQ__](http://www.infopedia.pt/$impacto-da-migracao-no-tecido-social;jsessionid=DrKp054wllkipWsCkKdu9RQ__)> Acesso em: 27.02.2018.
- JAMES, Cyril Lionel Robert. “Los jacobinos negros”. *Toussaint L’Ouverture y la Revolución de Haití*. Madrid: Turner Publicaciones, S.L. 2001.
- JEAMMET, P. H.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. M. *Psicologia médica*. 2 ed. Barcelona: Masson, 1999.
- LABORATÓRIO DE PSICOFISIOLOGIA. “O conceito de estresse”. *Revista de Psicofisiologia*, 1(1), 1997. Disponível em: <http://labs.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_estresse/cap2_conceito.htm> Acesso em: 08.03.2018.
- LECHNER, Elsa. “Imigração e saúde mental”. *Revista do Observatório da Imigração*, n. 1, setembro de 2007, Sonia Dias (org.), p. 79-101. Disponível em: <http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/migracoes1_completo.pdf> Acesso em: 08.03.2018.
- LIMA, Ilson. “Genéricos em xeque”. In: *Vox Objetiva*. Disponível em: <<http://www.voxobjetiva.com.br/noticia/524/genericos-em-xeque>> Acesso em: 29.03.2018.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (org). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de riscos*. Campinas-SP: Papirus, 1996.

LOIZATE, Joseba Achotegui. “Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”. *Revista Migraciones. Publicação do Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, [S.l.], n. 19, p. 59-85, nov. 2014. ISSN 2341-0833. Disponível em: <<http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/3083/2847>>. Acesso em: 19.03.2018.

LOPES, Cristiane Maria Sbalqueiro. *Direito de Imigração: O Estatuto do Estrangeiro em uma perspectiva de direitos humanos*. Porto Alegre: Nubia Fabris, 2009, p. 51.

LUSSI, Carmem. “Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio”. *Revista Psicologia USP*, 2015, v. 26, n. 2, 136-144. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00136.pdf>> Acesso em: 14.03.2018.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MAH, Linda; SZABUNIEWICZ, Claudia; FIOCCO, Alexandra J. Can anxiety damage the brain? *Current Opinion in Psychiatry*. 29(1):56-63, January 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26651008>> Acesso em: 07.03.2018.

MANDAL, Ananya. Funções do Hipocampo. *News Medical Life Sciences*, 14.01.2014. Disponível em: <[http://www.news-medical.net/health/Hippocampus-Functions-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Hippocampus-Functions-(Portuguese).aspx)> Acesso em: 08.03.2018.

MARINUCCI, Roberto; MILESI, Rosita. Instituto Migrações e Direitos Humanos. Migrações Internacionais Contemporâneas. 14.06.2005. Disponível em: <<http://www.migrante.org.br/index.php/refugiados-as2/143-migracoes-internacionais-contemporaneas>> Acesso em: 27.02.2018.

MARSDEN, Vanessa, Banzo Negro. “Psiquiatria e Toxicodependência”. *Post: 6 December 2009*. Disponível em: <<http://psiquiatriaetoxicodendencia.blogspot.com.br/2009/12/banzo-negro.html>> Acesso em: 06.03.2018.

MARTINE, George. “A globalização inacabada, migrações internacionais e pobreza no século 21”. *São Paulo em Perspectiva*, v.19, n.3, São Paulo, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392005000300001> Acesso em: 06.03.2018.

MELDAU, Débora Carvalho. “Diferença entre doença e síndrome”. *InfoEscola*, s/d. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/medicina/diferenca-entre-doenca-e-sindrome/>> Acesso em: 28.03.2018.

MENDES JÚNIOR. “A síndrome de Ulisses: a decomposição de um sonho”. In: *Literatura e Cultura – mendes Junior*, 01 outubro de 2007 Disponível em: <<http://literaturaecultura-mendesjunior.blogspot.com/2007/10/sndrome-de-ulisses-decomposio-de-um.html>> Acesso em: 13.03.2018.

MOMBELLI, Armando. “Partido faz campanha contra livre circulação de pessoas”. 13 de agosto de 2011. *SWI - swissinfo.ch*. Disponível em: <<http://www.swissinfo.ch/por/partido-faz-campanha-contra-livre-circula%C3%A7%C3%A3o-de-pessoas/30873980>> Acesso em: 14.02.2018.

MORAES, Maria Cecília Leite de; RABINOVICH, Elaine Pedreira. *Resiliência, uma discussão introdutória*. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo. 6(1/2), 1996.

MOTA, Eduardo Luiz Andrade; FRANCO, Anamélia Lins e Silva; MOTTA, Mirella Cardoso. “Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança”. *Revista Psicologia*:

Reflexão e Crítica, v. 12, n. 1. Porto Alegre, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000100008> Acesso em: 14.03.2018.

MOYNIHAN, Ray; CASSELS, Alain. “Vendedores de doença: estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros”. In: Pelizzoli, M.L., *Bioética como novo paradigma: por um novo modelo bioético e biotecnológico*. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 151-156.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. “Controle e medicalização da infância”. *DESidades*, v. 1, Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=desidades+qualis&oq=Desidades&aqs=chrome.1.69i57j0l5.5034j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>> Acesso em: 28.03.2018.

MÜHLEN, Bruna Krimberg von; DEWES, Diego; LEITE, José Carlos de Carvalho. “Stress e processo de adaptação em pessoas que mudam de país: uma revisão de literatura”. *Ciência em Movimento*, Ano XII, Nº 24, 2010/2, p. 59-68. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/CMBS/article/download/61/36>> Acesso em: 14.03.2018.

NAMU Portal. *Como se define o que é doença mental*. Publicado em 21/08/2013. Disponível em: <<http://namu.com.br/materias/como-se-define-o-que-e-doenca-mental>> Acesso em: 29.03.2018.

NOGUEIRA, Eduardo Bernardes. “A medicalização da vida e o engodo da felicidade”. *Anais do I Congresso Internacional de Saúde Mental*. Irati: Unicentro, 2011. Disponível em: <<http://www.berggasse19.psc.br/site/wp-content/uploads/2012/07/Medicaliza%C3%A7%C3%A3o-da-Vida-e-o-engodo-da-Felicidade.pdf>> Acesso em: 19.03.2018.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. “Da enfermidade chamada banzo: excertos de Sigaud e de von Martius (1844)”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.11, n.4 suppl.0. São Paulo, dez. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000500004>> Acesso em: 01.03.2018. CORREIA, Raimundo. Banzo. *Jornal de Poesia*. Disponível em: <<http://www.jornaldepoesia.jor.br/raimun07.html>> Acesso em: 19.03.2018.

OLIVEIRA, Adriana Capuano de. “As migrações internacionais e as políticas dos estados: uma questão de segurança (desde quando?)”. In: POSSAS, L. M. V.; SALA, J. B. *Novos Atores e relações internacionais*. Marília: Oficina Universitária, 2010, p. 137-152.

PASQUA, Leonardo Della; MOLIN; Fábio Dal. “Algumas considerações sobre as consequências sociais e psicológicas do processo migratório”. *REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Ano XVII, Número 32, 2009, p. 101-116. Disponível em: <<http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/viewFile/147/139>> Acesso em: 07.03.2018.

PEREIRA, Maria Helena da Rocha. *Hélade*. Lisboa: Editora Guimarães, 2009.

PIMENTEL, Tiago. “Os suíços querem os imigrantes fora do país mas aceitam-nos na selecção de futebol”. 12 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://www.publico.pt/desporto/noticia/os-suicos-querem-os-imigrantes-fora-do-pais-mas-aceitam-nos-na-selecao-de-futebol-1623499#/0>> Acesso em: 17.03.2018.

PSIQWEB. “Hipocampo”. In: *Psiquweb.med*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimp.aspx?area=ES/VerDicionario&idZDicionario=602>> Acesso em: 15.03.2018.

PUBLICO. “Papa Francisco foi a Lampedusa “chorar os mortos que ninguém chora” “. In: *Público*, 8 de julho de 2013 Disponível em: <<http://www.publico.pt/mundo/noticia/papa-francisco-escolhe-lampedusa-para-primeira-viagem-do-seu-pontificado-1599582#/0>> Acesso em: 18.02.2018.

PUSSETI, Chiara. “O silêncio dos inocentes”. Os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo”. *Revista Interface*, v. 21, n. 61. Botucatu, Apr./June 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200263&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 28.03.2018.

PUSSETI, Chiara. “Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal”. *Saúde e sociedade*, v. 19 n. 1, São Paulo, jan./mar. 2010 Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29631>> Acesso em: 14.03.2018.

QUEIROGA, Bianca; GIRODO, Carla; ZORZI, Jaime. “Um outro ponto de vista sobre medicalização da educação”. In: *Portal Aprendiz*, 18/11/2011. Disponível em: <<http://portal.aprendiz.uol.com.br/arquivo/2011/11/18/um-outro-ponto-de-vista-sobre-medicalizacao-da-educacao/>> Acesso em: 28.03.2018.

REGALLA, Maria Angélica; GUILHERME, Priscilla Rodrigues; SERRA-PINHEIRO, Maria Antônia. “Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, suppl.1, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 17.02.2018.

RIBEIRO, Raiana. *Estudantes ou pacientes? Educação Integral – Escola*. Publicado em 10.10.2011. Disponível em: <<http://portal.aprendiz.uol.com.br/arquivo/2011/10/10/alunos-ou-pacientes/>> Acesso em: 29.03.2018.

SALGADO, Daniel de Resende. “Tráfico internacional de seres humanos, prostituição e vulnerabilidade: análise conceitual e empírica”. In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Tráfico de pessoas: uma abordagem para os direitos humanos*. ANJOS, Fernanda Alves dos (org.). 1ª ed., 2013. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos/cartilha_traficodepessoas_uma_abordagem_direitos_humanos.pdf> Acesso em: 06.03.2018.

SANTIAGO, Daniela. “Gostava de saber de ti...”. *RTP Notícias*, 25.07.2017. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/opiniao/daniela-santiago/gostava-de-saber-de-ti_1016861> Acesso em: 10.03.2018.

SELIGMAN, Martin Elías Peter; ROSELLINI, Robert A.; KOZAK, Michael J. Learned “Helplessness in the rat: time course, immunization, and reversibility”. *Journal of comparative and physiological psychology*, 88, f. 542-547, 1975.

SEYFERTH, G. “Os estudos da imigração no Brasil: notas sobre uma produção multidisciplinar”. In: POVOA NETO, H.; ZANINI, M. C.; SANTOS, M. *Mundos em movimento*. Santa Maria: Editora UFSM, 2007.

SIGAUD, Joseph François Xavier. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatísticas médicas deste Império*. Trad. de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 124-127.

SOARES, Cláudio. Novos rumos. *Revista Atualidades*, p. 70-89, editora Abril, ed. 20, 2º sem. 2014.

SOUZA, Cláudia. “Odiseu”. In: *Infoescola*, s/d. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/mitologia-grega/odiseu/>> Acesso em: 12.03.2018

TABOADA, Nina G.; LEGAL, Eduar J.; MACHADO, Nivaldo. “Resiliência: em busca de um conceito”. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 16, n. 3, São Paulo, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012> Acesso em: 31.03.2018.

VALISE, Leila. “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): o processo de encaminhamento e psicodiagnóstico”. In: *Artigos.etc.br*. Disponível em: <<http://www.artigos.etc.br/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah-o-processo-de-encaminhamento-e-psicodiagnostico.html>> Acesso em: 29.03.2018.

WEDGE, Marilyn. “Por que as crianças francesas não têm Déficit de Atenção?”. In: *GELEDÉS*. 01.06.2015. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/por-que-as-criancas-francesas-nao-tem-deficit-de-atencao/>> Acesso em: 29.03.2018

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. “Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, nº 6. Rio de Janeiro, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601859&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 16.03.2018.

10 EM TUDO. *TDAH – Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade*. Disponível em: <<https://www.10emtudo.com.br/artigo/tdah/>> Acesso em: 29.03.2018

Recebido em: 28/02/2019
Aprovado em: 21/09/2020

Editor:
Dr. Leonardo da Rocha de Souza

Editores executivos:
Dr. Alejandro Knaesel Arrabal
Amazile Titoni de Hollanda Vieira
Layra Linda Rego Pena