

Artigo recebido em 05/06/2021 e aprovado em 27/06/2021.

Saúde mental e migração em Roraima - considerações sobre um fenômeno crescente

Resumo

O presente artigo objetiva compreender sobre as possíveis consequências à saúde mental enfrentadas pelos sujeitos em processo migratório. A partir da realização de uma revisão bibliográfica de pesquisas em relação à temática, é realizada uma análise sobre os principais impactos do processo migratório na saúde mental do sujeito migrante. Como referências bibliográficas centrais aparecem os trabalhos desenvolvidos por Joseba Achotegui, Lucienne Martin-Borges, e materiais publicados pela própria OMS sobre a temática. Com base nesses autores, realiza-se a discussão em relação às principais dificuldades enfrentadas, os processos de lutos vividos nesse trajeto e os principais sintomas desenvolvidos nesse contexto. Tomadas como centrais para a análise a ser realizada, são elencadas as principais características apontadas por Achotegui,

* Mestra em Sociedade e Fronteiras (PPGSOF/UFRR), Psicóloga (UECE), servidora da vara da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Estado de Roraima.

** Pós-doutor pelo NEPO/Unicamp. Doutor em Ciências Sociais (PUC/SP). Docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR), atuando no curso de Relações Internacionais e no Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras (PPGSOF).

naquilo que ele denomina de Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo ou apenas Síndrome de Ulisses. Tal síndrome é hoje reconhecida pelas organizações internacionais que tratam de questões migratórias, de forma que uma maior discussão acerca da temática se faz importante e necessária, tanto para ampliar os debates, de modo a apontar meios de lidar com as questões de saúde mental dessa população, bem como para evitar manejos clínicos de culpabilização e medicalização do sujeito, ampliando o debate de ações a serem consideradas no apoio às populações afetadas. Dessa forma, tais apontamentos são também utilizados como base para realizar a crítica à medicalização do sofrimento vivido por esses sujeitos, de forma que é frisada a importância de sua não patologização, sendo o sintoma considerado como reflexo das condições objetivas e sociais enfrentadas. Por fim são elencados os dados sobre as ações de incentivo e sobre a rede de apoio à saúde mental da população migrante no Brasil, e mais especificamente no estado de Roraima, que demanda especial atenção devido à intensificação na chegada de milhares de migrantes venezuelanos nos últimos anos, ingressando no país através da fronteira entre os dois países.

Palavras – chave: Migração internacional; Saúde Mental; Síndrome de Ulisses; Roraima.

Abstract:

This article discuss the possible consequences to mental health faced by subjects in the migration process. Based on a bibliographic review, an analysis is made of the main impacts of the migratory process on the mental health of the migrant

subject. As central bibliographical references appear the works developed by Joseba Achotegui, Lucienne Martin-Borges, and materials published by the WHO itself on the subject. Based on these authors and Organization, we discuss the main difficulties faced, the processes experienced during this journey, and the principal symptoms developed in this context. Taken as central to the analysis, the main characteristics pointed out by Achotegui are listed, in what he calls the Chronic and Multiple Stress Immigrant Syndrome or just Ulysses Syndrome. This syndrome is now recognized by international organizations that deal with migratory issues, so that a greater discussion about the theme is important and necessary, both to broaden the debates in order to point out ways of dealing with the mental health issues of this population, as well as to avoid clinical managements of guilt and medicalization of the subject, deepening the debate of actions to be considered in the support of affected populations. In this way, such notes are also used as a basis to criticize the medicalization of the suffering experienced by these subjects, so that the importance of its non-pathologization is emphasized, and the symptom is considered as a reflection of the objective and social conditions faced. Finally, data on the incentive actions and on the mental health support network of the migrant population in Brazil, and more specifically in the state of Roraima, which demands special attention due to the intensification in the arrival of thousands of Venezuelan migrants in recent years, entering the country through the border between the two countries.

Key-words: *International Migration; Mental Health; Ulysses Syndrome; Roraima*

1. Introdução

A mobilidade humana constitui um dos temas mais importantes nesse século XXI, a ponto de autores classificarem o período histórico que vivemos de “Era das Migrações” (CASTLES; MILLER, 2009) demandando reflexões de diferentes campos do conhecimento, naquilo que Sayad (1998) denominou de fato social completo, o que também inclui a necessidade de se abordar o tema a partir de reflexões sobre a saúde mental da população migrante.

Falar de saúde mental requer, necessariamente, considerar questões que vão para muito além dos dilemas e dificuldades individuais do sujeito. Requer que sejam consideradas as dimensões sociais e relacionais às quais este está submetido. A OMS (1946, p.1) define que saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Esta definição, apesar de sofrer muitas críticas pela impossibilidade de se atingir um completo estado de bem-estar, ampliou as bases de análise do estado de saúde, incluindo as esferas mental e social integradas aos aspectos físicos e orgânicos (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Se, em qualquer contexto, a saúde mental envolve necessariamente considerações sobre a inserção social do sujeito e as relações estabelecidas nessas realidades, ao tratar-se de pessoas em processos migratórios, essas considerações devem ser ainda mais amplas. Pensar a saúde mental da população migrante deve incluir, dentre muitos outros aspectos, os contextos sócio-políticos, as relações com a comunidade de acolhimento, as políticas públicas envolvidas neste acolhimento,

as diferenças culturais e linguísticas, a relação com o local de partida e os as perdas sofridas ao longo desse processo.

Uma das principais problemáticas impostas a esses sujeitos logo na chegada ao país de destino, ou mesmo nos locais de passagem temporária rumo ao destino pretendido, é a regularização de sua situação. A necessidade de busca administrativa por documentos que regularizem sua permanência no país impõe, por vezes, verdadeiras sagas a serem enfrentadas por essas pessoas. Martin-Borges (2013) se refere à lentidão administrativa e obstáculos impostos nesse processo como agravantes aos já muitos fatores de risco à saúde mental que se impõem no processo migratório.

2. Fatores estressores para migrantes e pessoas refugiadas no contexto brasileiro

No Brasil, o processo de busca pelo reconhecimento como refugiado foi acompanhado e relatado por Facundo (2014). Para além da lentidão administrativa, a autora ressalta em sua tese a desconfiança como parte intrínseca ao processo de regularização de refugiados reassentados e de solicitantes de refúgio. No caso dos reassentados, apesar da vantagem de já ter sua condição de refugiado reconhecida, estes têm de explicar os motivos da não integração no primeiro país de asilo. No caso dos solicitantes de refúgio, estes ainda têm que provar serem de fato refugiados, provar terem fugido de seu país devido a um fundado temor de perseguição.

A autora aponta que a busca de regularização da situação de refugiado no Brasil é marcada por um processo exaustivo em que esses sujeitos são obrigados a repetir várias

vezes a mesma história, apresentando motivos plausíveis que levaram à migração. Nessa repetição fica evidente a desconfiança sobre seus relatos, que são submetidos a verificação e comparação, em que qualquer diferença entre o relatado para as diferentes instituições pode ser motivo de suspeição e até de negação do reconhecimento de seu direito de permanecer no país (FACUNDO, 2014).

Essas pessoas além de submetidas a esse processo já tomado por suspeitas e desconfianças, se veem obrigadas também a fragmentar suas histórias, exaltando apenas as passagens que creem aumentar suas chances de reconhecimento de refúgio. O refugiado deve provar o fundado temor de perseguição, e ter este como único e principal motivo de descolamento. Esses deslocamentos não são, no entanto, tão simples e unicamente motivados. Questões de ordem pública se somam a questões econômicas, acontecimentos políticos se misturam com problemas de ordem familiar e doméstica (FACUNDO, 2014).

Com a intensificação da entrada de imigrantes venezuelanos por meio da fronteira terrestre em Roraima, o Brasil, por mais que tardiamente, estabeleceu mudanças nas políticas migratórias e/ou fronteiriças, que já vinha ocorrendo nos países da América do Sul (JAROCHINSKI SILVA; VELASQUEZ, 2021). A alta demanda na solicitação de documentação por parte dessas pessoas pressionou por mudanças na dinâmica de análise e concessão de documentação, de forma que entre os anos de 2019 e 2020 se iniciam as decisões em bloco nas avaliações das solicitações de refúgio de venezuelanos, o que gera um incremento no número de pessoas reconhecidas como refugiados (JAROCHINSKI SILVA; VELASQUEZ, 2021).

Apesar do aumento dos números o reconhecimento em bloco como pessoas refugiadas por parte das autoridades não significa que não se tenha mantido uma postura de desconfiança em relação a esse público, o viés securitário se manteve, como pôde ser visto no decreto regulamentador da lei de migração, no qual estão enquadrados a maioria dos venezuelanos, pois o decreto, de fato, contradiz a própria legislação (JAROCHINSKI SILVA; VELASQUEZ, 2021).

3. A Dádiva-Refúgio

Modesto (2021), em trabalho realizado sobre a dimensão emocional do trânsito migratório, aponta a forma como a sociedade de acolhida desses sujeitos impõe sobre eles determinadas expectativas de comportamento e posicionamento frente às dificuldades enfrentadas. É esperado desses sujeitos uma postura de resignação e naturalização das dificuldades enfrentadas. Postura essa similar à ideia desenvolvida por Hamid (2012) como “Dádiva-Refúgio”, em que há a expectativa de que essas pessoas aceitem tudo que lhes for oferecido, com humildade e gratidão. São pessoas que têm que enfrentar privações e dificuldades, muitas vezes a rejeição social e estigmatização, e ainda assim serem resignadas e passivas à essas condições, agradecidas à essa sociedade que, apesar de tudo, os “acolheu”.

Modesto (2021) aponta que nesse processo existem determinados sentimentos que são proibidos aos sujeitos em deslocamento, a raiva por exemplo, é um sentimento proibido ao sujeito que deve sempre se mostrar resignado e passivo. Revoltar-se com as condições impostas parece absurdo às sociedades que oferecem a “Dádiva-Refúgio”, que por já tê-los

acolhido, espera nada menos que agradecimento e aceitação, não importando quais as condições desse acolhimento.

No caso dos venezuelanos que se dirigem ao Brasil, o contato feito com a Operação Acolhida, principalmente no seguimento de documentação e abrigamento, reforça a lógica de que há um comportamento esperado, de gratidão ao país receptor, mesmo que essa dinâmica seja estabelecida em processos que, muitas vezes, não vislumbram a totalidade do sujeito migrante e de suas angústias.

4. Saúde Mental e Cultura no contexto de mobilidade humana

Martin-Borges, em artigo que trabalha a migração como fator de risco à saúde mental, faz referência à forte relação entre cultura e saúde mental. A cultura é compreendida como “lugar de construção da linguagem simbólica do sujeito – o que inclui também a língua – e como parte integrante de seu desenvolvimento psíquico” (MARTIN-BORGES, 2013, p. 153). Estar imerso e sentir-se pertencente à uma determinada comunidade cultural permite ao sujeito pensar e atuar sobre aquela sociedade sem medo da inadequação, já que o mundo interno (subjetivo) e o mundo externo (cultural e social) falam a mesma língua. Encontrar-se em uma cultura na qual o sujeito não compreende a dinâmica de funcionamento, com a qual não se identifica nem encontra espaço para si ou para expressar a si, pode afetar fortemente sua saúde mental, podendo gerar até mesmo problemas identitários, com “a perda da coesão e da continuidade de si” (MARTIN-BORGES, p. 159). Esse é um aspecto importante a ser analisado dentro da resposta proposta à

chegada de venezuelanos no Brasil, pois as estruturas são determinadas por aparatos de Segurança, Polícia Federal e Forças Armadas, além da presença de Organizações Internacionais. Essas instituições organizam a dinâmica de vida desses sujeitos, de modo que acabam influenciando também em seu comportamento, além de ditar onde e quando esses grupos podem expressar a sua cultura e demais manifestações. Mesmo que não necessariamente de forma intencional, essa gestão na recepção pode gerar impactos em questões identitárias e de saúde mental do sujeito.

Nesse contexto, em que o sujeito se vê imerso em uma cultura estranha à sua, por mais que em algumas situações a sua nacionalidade seja a maioria em um determinado espaço, ele precisa demonstrar resignação, sujeição às condições que lhe são impostas, em que precisa suprimir sentimentos de revolta e insatisfação, além de precisar sujeitar-se a um processo administrativo lento, repetitivo e de permanente desconfiança sobre sua palavra, de controle, em que como indivíduo em trânsito migratório precisa organizar-se para lidar com suas muitas perdas.

5. Os Lutos dos Migrantes

De acordo com Achotegui (2006), os sujeitos migrantes devem, ainda, manejar sete tipos de luto: 1. da família e entes queridos 2. da língua 3. da cultura 4. da terra 5. do status social 6. do contato com o grupo de pertencimento 7. Dos riscos para a integridade física. Importante apontar que se entende por luto o processo de reorganização da personalidade que ocorre quando se perde algo importante e significativo para o sujeito. É evidente que cada sujeito sofre com diferentes intensidades cada um desses lutos, a depender da situação em que saíram de seus

locais de origem, bem como das condições em que se encontram no local de acolhida. No entanto são muitos os fatores de perdas e mudanças a serem processados.

A adaptação às novas condições sociais e culturais, bem como o processamento dos lutos impostos nesse processo pode ser difícil para o sujeito. Achotegui (2006) refere haver três elaborações possíveis ao luto migratório: 1. O luto simples, no qual o sujeito, em boas condições, consegue elaborar a dor vivida. 2. O luto complicado, em que há sérias dificuldades para a elaboração da experiência migratória. 3 O luto extremo, em que o sujeito não consegue elaborar as perdas, e as condições vividas superam sua capacidade de adaptação. É nos casos de luto extremo em que o autor aponta o desenvolvimento do que chama de Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo ou apenas Síndrome de Ulisses (ACHOTEGUI, 2006).

Joseba Achotegui (2004, 2006) foi quem, pela primeira vez, apontou o que poderia ser uma síndrome desenvolvida por imigrantes frente às dificuldades de adaptação surgidas nesse processo. O autor afirma, a partir de experiências em clínica com migrantes, a relação direta entre o grau de estresse vivido por imigrantes e a aparição de sintomas psicopatológicos. O estresse é entendido nesse contexto, como um desequilíbrio entre as demandas ambientais e as capacidades de resposta do sujeito. As perdas sofridas, os sentimentos de solidão e nostalgia pela separação de familiares e entes queridos, o possível sentimento de fracasso que surge quando o sujeito não consegue cumprir com o projeto migratório planejado, a luta por sobrevivência constante na busca por alimentos e moradia, bem como o medo constante (medo de ficar sem teto, de não ter o que comer, de estar irregular, medo por sua integridade física, de ser expulso de um abrigo – no caso das ações desenvolvidas em Roraima – ou mesmo de não conseguir meios para sair dele,

entre outras questões que podem surgir dentro desses novos padrões estatais e internacionais realizado com migrantes e pessoas refugiadas) são apontados pelo autor como os principais fatores estressores para esses sujeitos.

O agravamento desses estressores se dão por suas possíveis características de (1) Multiplicidade: pois na maioria dos casos os imigrantes enfrentam vários desses estressores ao mesmo tempo; (2) Cronicidade: pois parte desses estressores não se resolvem, sendo enfrentados por meses ou anos; (3) Intensidade e Relevância dos estressores, que podem ter vários níveis.

6. Síndrome de Ulisses

A Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo se caracteriza por sintomatologias da área depressiva (tristeza, choro, culpa), da área da ansiedade (tensão, nervosismo, preocupação excessiva e recorrente, irritabilidade, insônia), somatização (principalmente cefaleia e fadiga) sintomas confusionais ou paranoides. Muitas vezes esses sintomas seriam erroneamente diagnosticados como transtornos depressivos, psicóticos ou ansiosos, levando a tratamentos inadequados. Achotegui (2006) enfatiza as diferenças dentre os sintomas depressivos expressos na síndrome para aqueles dos transtornos depressivos, em que há diferenciação no tipo de tristeza, sendo a tristeza da síndrome diferente da tristeza de um quadro depressivo clássico, ela estaria mais próxima à tristeza sentida num processo de luto. Faltam também sintomas clássicos desses transtornos, como a apatia e pensamentos de morte. Essas pessoas querem fazer algo para mudar sua situação, estão dispostos a lutar, e seus pensamentos não são de morte, mas de

vida, pensam em tentar solucionar seus problemas, os de sua família, seus filhos.

O pesquisador Achotegui (2006), ainda aponta diferenças consideráveis também com os transtornos adaptativos, que segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), são transtornos que se caracterizam por uma dificuldade de adaptação maior à esperada para a gravidade do estressor em questão. No caso do migrante, os estressores são de uma gravidade e intensidade tão grandes, que o sujeito os toma de acordo com o tamanho que de fato têm, lidando com ele na forma como consegue. Diagnosticar tal sintomatologia como transtorno adaptativo seria atestar que a falha seria do sujeito, em adaptar-se, quando, na verdade, a soma dos estressores enfrentados são inumanos, e muito maiores do que qualquer pessoa teria a capacidade de adaptar-se facilmente. Também pode ocorrer o erro de diagnosticar a Síndrome de Ulisses como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), no entanto o DSM postula o TEPT como os sintomas que surgem após a exposição a um acontecimento estressante e extremamente traumático, de forma que todo o restante dos estressores vividos, muitas vezes de forma múltipla e crônica ficariam de fora, como o sentimento de solidão e a luta diária por sobrevivência.

Importa, neste momento, frisar que a Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo pertence mais à área da saúde mental do que da psicopatologia em si (ACHOTEGUI, 2006). Desta forma, os migrantes não sofrem, necessariamente de uma doença mental, mas sim de uma série de sintomas gerados pelo enfrentamento de estressores extremos. Dizer que estes sintomas são de âmbito da saúde mental é dizer que eles são de um âmbito muito mais amplo que o abarcado pela psicopatologia, são sintomas de âmbito social e político.

Esses sintomas dizem muito mais sobre as condições a que o sujeito está imerso, do que sobre a capacidade individual de enfrentá-las. No entanto, existe sim a possibilidade de o sujeito acometido pela Síndrome de Ulisses vir a desenvolver algum tipo de transtorno mental, isso ocorreria caso este não consiga uma resolução ou ao menos melhoria de suas condições de vida. Achotegui (2006) apresenta essa possibilidade com um exemplo bastante didático:

Es como si en una habitación se subiera la temperatura hasta los 100 grados. Tendríamos mareos, calambres... ¿Estaríamos enfermos por tener estos síntomas? No. Estos síntomas se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica temporal a esa elevada temperatura ante la que fracasa la capacidad de termorregulación, lo cual da lugar a una serie de síntomas para intentar compensar, disminuir los efectos fisiológicos de la elevación de la temperatura. De todos modos cuando la temperatura descendiera los síntomas desaparecerían. Pero si la situación persistiera indefinidamente el riesgo de enfermar se iría incrementando. Lo mismo ocurre con los síntomas en el Síndrome de Ulises. (ACHOTEGUI, 2006. p. 59)¹

Por isso, o paralelo com o que se passa na Síndrome de Ulisses, pois são pessoas que estão enfrentando uma situação

¹ É como se a temperatura numa sala subisse até 100 graus. Teríamos tonturas, câimbras... Estaríamos doentes por termos estes sintomas? Não. Estes sintomas corresponderiam a uma tentativa de adaptação fisiológica temporária a esta temperatura elevada, em face da qual a capacidade de termorregulação falha, o que dá origem a uma série de sintomas para tentar compensar, para diminuir os efeitos fisiológicos do aumento da temperatura. Em qualquer caso, quando a temperatura cai, os sintomas desaparecem. Mas se a situação persistir indefinidamente, o risco de ficar doente aumentará. O mesmo é válido para os sintomas da síndrome de Ulisses (tradução livre dos autores).

extrema, na qual a adaptação possível naquele momento acaba gerando sintomas aos quais devemos ter atenção, acolher e buscar sua superação, sem, no entanto, patologizar o sujeito.

O Alto Comissariado para Migração e o Diálogo Intercultural de Portugal (ACIDI), em artigo intitulado “Imigrantes são grupo de risco na saúde”, se refere à Síndrome de Ulisses como uma “doença psicológica” provocada pelo sentimento de fracasso, medo e solidão (ACIDI *apud* Silva, Padilha e Lamy, 2020). Esse tipo de afirmação é perigosa, pois patologiza os migrantes que de modo geral desenvolvem sintomas como respostas frente às situações extremas a que se encontram. Como já explanado anteriormente, constata-se que nem mesmo Achotegui (2006), ao relatar a Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo, a considera como uma nova doença.

Faz-se relevante neste momento, demarcar a 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 esta, 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 (Silva, Padilha e Lamy, 2020. p. 18).

A etiologia da síndrome de Ulisses tem origem em problemas políticos, econômicos e sociais, não sendo passíveis de resolução por meio apenas de terapias e medicamentos. Na contramão de perspectivas não medicalizantes, o parlamento europeu manifestou interesse e apoio na investigação sobre a síndrome a fim de realizar a inclusão da mesma na próxima edição do DSM. Desta forma os sintomas desenvolvidos por migrantes que se veem em situações precárias de vida, estão passíveis a serem transformados em doenças mentais (Silva, Padilha e Lamy, 2020).

Assim, a resposta estatal e dos organismos internacionais às demandas de saúde mental dos migrantes é da exigência de adaptação independente das condições, sendo aquele que não consegue se adaptar passível de ser classificado como uma pessoa doente, de forma que recai exclusivamente sobre ela a responsabilidade pela não capacidade de adaptação. A patologização dos sujeitos acometidos pela Síndrome de Ulisses, e a medicalização dos sintomas por eles desenvolvidos, isenta de responsabilidade as instituições e autoridades. Transforma questões de ordem estrutural e coletiva, em problemas de ordem unicamente individual e pessoal (Silva, Padilha e Lamy, 2020).

Por esse motivo, defende-se aqui que a não patologização desse sujeito é importante para compreender a situação a que está submetida a população migrante. Trazer luz a esse aspecto é importante para a vida de pessoas que estão vivenciando um momento de grandes mudanças, e forte necessidade de adaptação, além de possibilitar melhor cuidado e acolhimento por parte das organizações que realizam esse trabalho.

Uma das principais referências em trabalhos desenvolvidos na área de assistência à saúde mental com migrantes e refugiados surgiu a partir da experiência em clínica

realizada no Quebec, Canadá, sendo relatada por Lucienne Martin-Borges. A autora refere como além das questões culturais, as dificuldades enfrentadas pelos migrantes perpassam as barreiras com a língua, obstáculos à recolocação profissional, às mudanças nas relações sociais e familiares, inclusive com a inversão de papéis sociais (quando, por vezes os pais passam da função de protetores a dependentes dos filhos, inclusive do ponto de vista linguístico na sociedade de destino), às relações desenvolvidas nos sistemas de educação, saúde e justiça, sendo todos esses fatores identificados como possíveis intensificadores do sofrimento psíquico. Nesse contexto a autora afirma focar o trabalho clínico em três dimensões:

[...] As que se referem às perdas e separações: trabalho sobre os *vínculos de origem, vínculos de afiliação e vínculos atuais*;

As que se referem à identidade: trabalho sobre as *dimensões da identidade* relacionada com a *alteridade*;

As que se referem à projeção de si mesmo, no tempo e no espaço: trabalho sobre a *coerência* e o *sentido* das experiências passadas e atuais (MARTIN-BORGES, 2013. p. 158)

Um dos focos de trabalho de Martin-Borges, e que emerge como importante demanda de atenção do tocante à saúde mental de refugiados e imigrantes é a questão identitária. Como bem apontado por Woodward (2000), a identidade é uma construção tanto simbólica quanto social, a identidade é, portanto, relacional. As afirmações feitas por Woodward permitem refletir sobre as possíveis crises geradas ao longo de um processo migratório.

A identidade não é algo fixo, cristalizado, que carregamos junto a nós onde estivermos, ela é processual, e se constrói a partir dos significados gerados nas interações sociais

estabelecidas. “É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos” (Woodward, 2000, p. 9). As diversas mudanças e dificuldades enfrentadas pelos migrantes e refugiados ao longo desse processo de deslocamento e de adaptação em um novo lugar, imersos em uma nova cultura, torna-se um meio propício para o desenvolvimento de crises. Afinal, como bem colocado por Rutheford em 1990 (apud WOODWORTH, 2000. p. 10), “a identidade marca o encontro do nosso passado com as relações sociais, culturais e econômicas nas quais vivemos agora”.

Martin-Borges fala, ainda, sobre a recorrência das queixas somáticas na clínica com imigrantes e refugiados, apontando que “o corpo, pela ausência da língua e da linguagem (modos de comunicação), assume o lugar da comunicação com o mundo externo” (MARTIN-BORGES, 2013, p. 160). A autora, no entanto, aponta altos índices de diagnósticos de transtornos mentais no atendimento a esse público, indo de encontro ao desenvolvimento de Achotegui (2006) e da própria OIM (2021). No mapeamento sobre as iniciativas de apoio à saúde mental realizadas pela sociedade civil, realizada pela Organização Internacional para as Migrações, os sintomas são apontados como sinais de estresse psicológico e sociais, que colocam em evidência o impacto da migração na saúde mental. Esse processo gera um estresse acima do normal, podendo levar à uma incapacidade temporária dos sujeitos em lidar com os estressores enfrentados, situação que não deve ser atrelada com patologias, mas com dificuldades em lidar com as situações enfrentadas.

Nesse sentido, Silva, Padilha e Lamy (2020) chamam a atenção para a tendência à medicalização dos movimentos migratórios. “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). É o que Birman se refere como “medicalização do social” (1999, p. 125).

7. O atendimento aos migrantes e às pessoas refugiadas

No Brasil a questão migratória vem ganhando destaque nesse século XXI, pois o país se reposicionou na geografia da mobilidade como um país de destino, partida e trânsito. No caso do Estado de Roraima, que desde 2015 tem sido porta de entrada para milhares de migrantes venezuelanos, a situação vem gerando debates sobre as consequências e implicações desse fato em diferentes espaços e na própria dinâmica de como o Estado e as Organizações Internacionais se relacionam com esses sujeitos. São milhares de pessoas que chegam a um estado que, até pouco tempo, não dispunha de estrutura voltada para a recepção e acolhimento desses sujeitos. Apesar de hoje Roraima já dispor de grande aparato voltado para a acolhida de migrantes², essa estrutura ainda é organizada priorizando a realização de atividades de cunho emergencial, pensadas a curto e médio prazo, com déficit de propostas de políticas migratórias

² A partir do primeiro semestre de 2018 foi iniciada a Operação Acolhida, iniciativa do Governo Federal, com atuação das forças armadas na construção e operacionalização de uma estrutura de recepção, fiscalização e acolhimento de migrantes no país. A Operação tem abrangência em todo o território nacional, porém com concentração de suas atividades nos estados do Amazonas e em Roraima, região fronteira e, por esse motivo, principal localidade de ingresso de Venezuelanos no país (JAROCHINSKI SILVA; ALBUQUERQUE, 2021)

de integração desses sujeitos às comunidades fronteiriças locais (JAROCHINSKI SILVA; ALBUQUERQUE, 2021).

Frente à realidade vivenciada hoje em Roraima, é importante que seja estimulada a discussão sobre a saúde mental do migrante que chega, permanece e desloca-se para outros estados ou países, bem como sobre o tipo de assistência prestada a essas pessoas.

Apontando uma crescente preocupação das organizações e agências internacionais com essa temática, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) lançou no ano de 2021 um relatório intitulado “Assistência em Saúde Mental e Atenção Psicossocial à População Migrante e Refugiada no Brasil: a rede de apoio da sociedade civil”. A publicação é um mapeamento sobre as iniciativas que dispõem de atendimento psicossocial a migrantes e refugiados no Brasil, para além do SUS.

O mapeamento identificou 53 organizações que dizem prestar assistência em saúde mental e atenção psicossocial a migrantes e refugiados. Das 53 organizações, 17 ficam na região Sudeste, 15 na região Sul, 8 no Centro-Oeste, 7 no Norte e 6 no Nordeste. A região sudeste detém a maior parte dos registros migratórios no país, o estudo mostra também que as organizações mais consolidadas estão presentes onde há mais forte histórico desses registros no país. A região norte, apesar de atualmente se configurar como o principal foco de atenção relativo às questões migratórias, ainda dispõe de poucas organizações que realizam esse trabalho. Especificamente no estado de Roraima foram identificadas três organizações que, dentre os serviços prestados, realizam atenção à saúde mental, são elas: “Exército da Salvação”, “Visão mundial” em Boa Vista

e “Visão Mundial” em Pacaraima³. Além disso, a partir do conhecimento do campo em Roraima, destaca-se que os Médicos Sem Fronteiras também realizam atendimentos e se preocupam com a temática.

De acordo com o levantamento realizado pela OIM (2021) os principais tipos de assistência prestadas são o encaminhamento para a rede (realizado por 43 das organizações), o acolhimento e escuta ativa (40), o atendimento psicológico individual (34), as atividades de suporte social (24), oficinas culturais (19), atividades comunitárias (19) e atendimento nuclear e grupo familiar (17).

Segundo o apontado, os recursos utilizados compõem a ideia de clínica ampliada que busca aumentar a autonomia do usuário e fortalecer seus vínculos com a família e a comunidade. Sobre o atendimento a migrantes e refugiados com algum tipo de transtorno mental severo, apenas 5 organizações disseram que proveem atenção direta nesses casos. Das 5, somente 3 têm assistência à saúde mental como sua principal área de atuação, no entanto 27 organizações identificam casos severos e referenciam para outros serviços (OIM, 2021), o que permite inferir a existência de um possível gargalo no atendimento aos casos mais graves, em que já se identifica um transtorno mental instaurado, posto que não se dispõe de informações sobre se a rede de atenção psicossocial presente nas localidades é capaz de atender às especificidades desse tipo de atendimento.

Relativo aos profissionais que prestam a assistência, 41 dessas organizações dispõem de psicólogos, 38 possuem assistentes sociais, e 35 dispõem de educadores em seu quadro

³ Segundo a metodologia adotada pela pesquisa, organizações cuja atuação ocorra em mais de um estado ou região, foram mapeadas a partir de sua sede. De forma que “Visão mundial”, com atuação em Boa Vista, e “Visão Mundial” com atuação em Pacaraima constituem organizações diferentes.

de profissionais. A grande maioria, no entanto, possui o trabalho voluntário como sua principal forma de vínculo com esses profissionais, o que pode indicar questões relativas à uma capacitação mais especializada para a atuação na área, bem como problemas relacionados à continuidade desses profissionais no serviço, o que influencia negativamente no acompanhamento àqueles sujeitos em necessidade. No caso de Roraima, o tipo de atendimento predominante é profissional remunerado, mas em número inferior ao que seria necessário, dado o volume de pessoas que poderiam ser enquadradas nessa situação.

As principais demandas da população migrante e refugiada na assistência em saúde mental, na visão dessas organizações são: 1. Questões financeiras 2. Questões linguísticas 3. Desconhecimento do sistema de saúde 4. Desconhecimento sobre os direitos da população migrante 5. Questões culturais 6. Falta de profissionais do ramo 7. Questões relacionadas à xenofobia e discriminação. As organizações destacaram também um forte marcador de raça, indicando que negros são percebidos como aqueles com maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, bem como os que mais referem sofrer situações de discriminação. Pesquisa realizada com a população venezuelana, demonstra, que um número pequeno se identifica como negro, mas muitos destacam sofrerem preconceito por serem imigrantes (ACNUR et al., 2022; DTM, 2023)

Os principais sinais de estresse psicológico e social identificados pelas organizações variam de sentimentos e de sintomas psicossomáticos a transtornos mentais. Alguns dos sintomas mais citados foram:

[...] ansiedade, luto, insegurança, culpa, alteração do sono, dores de cabeça, taquicardia, gastrite, alterações

do apetite, cansaço, conflitos familiares, conflitos conjugais, violência doméstica, alteração de conduta das crianças, isolamento, solidão, choro, agressividade, irritabilidade, desesperança, sensação de paralisia, impotência, medo, dificuldade em se expressar, uso excessivo de álcool, falta de perspectivas, depressão, tendências suicidas, saudade da família e do país de origem, alterações de humor, euforia, tristeza profunda, desânimo, fuga das relações e dos profissionais, mutismo sobre as experiências de violência no país de acolhida, surto psicótico, catatonia, confusão mental, síndrome do pânico e fobias (OIM, 2021. p. 64)

Além das organizações identificadas no estudo apontado, identifica-se, no estado de Roraima, a realização de atividades pontuais na área, como a realizada pela própria OIM com venezuelanos que estão na Área de Pernoite da Rodoviária de Boa Vista, nas quais foram realizadas rodas de conversa e workshops sobre estresse em período de pandemia e sobre realização de projetos de vida. Há também atuação de psicólogos vinculados aos Médicos Sem Fronteiras, além de profissionais de psicologia atuantes nos abrigos temporários da Operação Acolhida. Foram identificadas também o desenvolvimento de atividades voltadas à saúde mental dos migrantes nos equipamentos do SUS, como o Grupo Intercultural desenvolvido pelo Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), grupo desenvolvido pelos profissionais do equipamento após observação do aumento de usuários venezuelanos buscando o serviço, paralelo ao aumento de comentários hostis e xenofóbicos realizados pelos usuários brasileiros.

Referente às condições enfrentadas localmente por esses migrantes, bem como as condições disponíveis de integração à sociedade brasileira, percebemos que, atualmente, a principal

política de integração da resposta brasileira à migração venezuelana é a interiorização, em que aquelas pessoas que tiverem interesse são enviadas para outros estados. Com menor quantitativo de imigrantes, se imaginam melhores as possibilidades e oportunidades disponíveis. Em pesquisa realizada recentemente, é apontada a “necessidade de planejamento de políticas públicas de médio e longo prazo que apoiem o processo de integração local e inclusão econômica contínua da população venezuelana no Brasil”, assim como de estratégias que permitam o fortalecimento de vínculo entre a sociedade de recepção e a população interiorizada (ACNUR et al., 2022, p. 69). A mesma pesquisa mostra que 23% da população abrigada deseja permanecer no estado de Roraima (ACNUR et al., 2022), evidenciando a necessidade de investimento em políticas públicas e estratégias que trabalhem a integração dessa população na sociedade local, bem como no incentivo à autonomia.

8. *Considerações Finais*

Atualmente no estado de Roraima, mesmo após tantos anos do início da intensificação da entrada de migrantes no país pelas fronteiras desse estado, as respostas a esse fato continuam determinadas pelo olhar emergencial. Muitos são os casos noticiados enfrentamento de preconceito devido à nacionalidade (ACNUR et al., 2022), além das dificuldades em conseguir emprego e da renda dessas famílias, que se encontram muito abaixo da média local (OIM, 2023). Assim, apesar de não se disporem de dados quantitativos sobre a situação de saúde mental desses sujeitos, a vivência nesse espaço em contato com migrantes, pessoas refugiadas e toda a rede de atenção a esse

público, não é exagerado afirmar que todo esse cenário se mostra terreno fértil para o desenvolvimento de quadros como o da Síndrome de Ulisses, anteriormente mencionada.

Em que pese a importância das ações pontuais como as descritas no mencionado relatório da OIM (2021), com os dados de organizações que dispõe de profissionais ou equipes que realizam atendimento psicossocial, fica evidente a necessidade de ampliação do debate e das ações voltadas para o atendimento dessas questões. De suma importância que existam investimentos em acompanhamento e tratamento da saúde mental do imigrante e refugiado. É sim importante o acompanhamento terapêutico e clínico desse sujeito que se encontra acometido de profundo sofrimento mental. No entanto é importante que as ações em torno dessa problemática possam ir além do tratamento individual e psicológico. São necessárias ações coletivas, criação e efetivação de políticas públicas que permitam melhores condições de vida a esses sujeitos, sua integração profissional e comunitária, a formação de vínculos, e a manutenção de suas raízes identitárias.

9. Referências Bibliográficas

ACNUR; ONU MULHERES; UNFPA; GOVERNO DE LUXEMBURGO. **Oportunidades e desafios à integração local de pessoas de origem venezuelana interiorizadas durante a pandemia de Covid-19.** 2022. Disponível em: < <https://www.onumulheres.org.br/pesquisamoverse/> >. Acesso em: 30 Mar. 2023.

ACHOTEGUI, Joseba. “Estrés Límite y Salud Mental: El Síndrome del Inmigrante com Estrés Crónico y Múltiple

(Síndrome de Ulises)”, *Revista “Norte” de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, V, 21, 2004, p. 39-53.

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*, n. 19, 2006, p. 59-85.

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

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

CASTLES, Stephen; Mark J. MILLER. **The Age of Migration - International Population Movements in the Modern World**. 4ª edição. Londres: Macmillan, 2009.

DELLA PASQUA, Leonardo, Dal Molin, Fábio ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS E PSICOLÓGICAS DO PROCESSO MIGRATÓRIO. REMHU - **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**. 2009, 17(32), 101-116

FACUNDO, Á. **Êxodos, Refúgios e Exílios: Colombianos no Sul e Sudeste do Brasil**. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2017. P. 177 – 203.

MARTINS-BORGES, Lucienne. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. REMHU: **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**. 2013, v. 21, n. 40, pp. 151-162.

MODESTO, Macarena Williamson. Sentir em movimento: mujeres salvadoreñas sobre la vida cotidiana y el transito migratório por Tapachula, Estado de Chiapas, México. **Cadernos de Campo: revista de ciências sociais**. Araraquara. Nº 30. P. 239-263. Jan/Jun. 2021.

OIM. **DTM Brasil: Monitoramento do Fluxo da Migração Venezuelana**. Rodada nº 7. Março 2023. Disponível em < <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2023-03/OIM%20DTM%207.pdf> . Acesso em 30 Mar. 2023.

OIM, MJSP. **Assistência em Saúde Mental e Atenção Psicossocial à População Migrante e Refugiada no Brasil: a rede de apoio da sociedade civil**. 2021.

OIM. **OIM realiza atividades de apoio à saúde mental para refugiados e migrantes em Boa Vista**. Acesso em 11 Jan. 2022. Disponível em < <https://www.migrante.org.br/migracoes/oim-realiza-atividades-de-apoio-a-saude-mental-para-refugiados-e-migrantes-em-boa-visita/> >

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/HWO). 22 Jul. 1946. Disponível em < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf > Acesso em 31 Mar. 2023

OLIVEIRA, T S. Bergmann, D S. Melo, G P. Lima, J B B. Silva, J C S. Nogueira, R N S M. Grupo Intercultural: Uma proposta para ressignificar os impactos da crise migratória na saúde

mental de imigrantes de brasileiros em Roraima. **Saúde em Redes**. 2019; 5(2). Pag. 343-351.

Projeto da OPAS fortalece capacidades em saúde mental e apoio psicossocial para migrantes em Boa Vista, Roraima. Organização Panamericana de Saúde. Acesso em 11 Jan. 2022. Disponível em <
<https://www.paho.org/pt/historias/projeto-da-opas-fortalece-capacidades-em-saude-mental-e-apoio-psicossocial-para-migrantes> >

REIS, M. **Como foi contribuir para as ações de saúde mental no contexto de Roraima.** Médicos sem fronteiras. Nov, 2019. Acesso em 11 Jan. 2022. Disponível em <
<https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/como-foi-contribuir-para-acoes-de-saude-mental-no-contexto-de-roraima/> >

SEGRE, Marco e Ferraz, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 1997, v. 31, n. 5

SILVA, J C L. Padilha, N S. Lamy, M. A “SÍNDROME DE ULISSES” E A MEDICALIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS. **Revista Jurídica**. Blumenau. V. 24. Nº 54. Ago. 2020.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: uma introdução conceitual.** In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000