

GUIA EM SAÚDE MENTAL
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PARA POPULAÇÃO MIGRANTE
E REFUGIADA NO BRASIL



As opiniões expressas nesta publicação são dos autores e não refletem necessariamente a opinião da Organização Internacional para as Migrações (OIM). As denominações utilizadas no presente material e a maneira como são apresentados os dados não implicam, por parte da OIM, qualquer opinião sobre a condição jurídica dos países, territórios, cidades ou áreas, ou mesmo de suas autoridades, tampouco sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites.

A OIM está comprometida com o princípio de que a migração ordenada e humana beneficia os migrantes e a sociedade. Por seu caráter de organização intergovernamental, a OIM atua com seus parceiros da comunidade internacional para: ajudar a enfrentar os crescentes desafios da gestão da migração; fomentar a compreensão das questões migratórias; promover o desenvolvimento social e econômico por meio da migração; e garantir o respeito pela dignidade humana e bem-estar dos migrantes.

Esta publicação faz parte do projeto “Iniciativa de Reassentamento Sustentável e Vias Complementares – CRISP”, uma iniciativa conjunta da OIM e do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), financiada com fundos da cooperação dos Estados Unidos da América e de Portugal.

Publicado por:

Organização Internacional para as Migrações (OIM)
SAUS Quadra 5 - Bloco N - Ed. OAB - 3º andar - Asa Sul
CEP: 70070-913 - Brasília-DF - Brasil
Tel.: +55 61 3771-3772
iombrasil@iom.int

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Guia em saúde mental e atenção psicossocial para população migrante e refugiada no Brasil / [organização Sylvia Duarte Dantas, Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, Marcia Zaia] ; [coordenação Isadora Steffens, Marina Faleiro, Thamirys Lunardi]. -- 1. ed. -- Brasília, DF : OIM, 2022.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-87187-20-4

1. Ciências sociais 2. Migrações humanas - Brasil
3. Migrações - Aspectos sociais 4. Migrações - Brasil
5. Migrações - Direitos fundamentais 6. Promoção da saúde
7. Refugiados 8. Saúde mental - Aspectos sociais
9. Saúde pública - Aspectos sociais - Brasil
I. Dantas, Sylvia Duarte. II. Santana, Carmen Lúcia Albuquerque de.
III. Zaia, Marcia. IV. Steffens, Isadora. V. Faleiro, Marina. VI. Lunardi, Thamirys.

22-138878

CDD-304.8

Índices para catálogo sistemático:

1. Migrantes e refugiados : Aspectos sociais 304.8

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM)

Chefe da Missão da OIM no Brasil
Stéphane Rostiaux

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP)

Secretário Nacional de Justiça
Bruno Andrade Costa

Coordenador de Políticas de Refúgio Interino
Pedro Henrique de Moraes Cicero

Diretor do Departamento de Migrações
Alexandre Rabelo Patury

Chefe da Divisão de Soluções Duradouras
Luana Maria Guimarães Castelo Branco Medeiros

Coordenador-Geral do Comitê Nacional para os Refugiados Interino
Gabriel Felipe da Fonseca Dizner

Chefe do Núcleo Regional da Coordenação-Geral do Comitê Nacional para os Refugiados na cidade de São Paulo
Laís Yumi Nitta

EXPEDIENTE TÉCNICO

Projeto gráfico e diagramação
Igor de Sá

Revisão de conteúdo
Isadora Steffens

Revisão de língua portuguesa
Ana Terra

Marina Faleiro
Thamirys Lunardi

Esta publicação não foi editada oficialmente pela OIM.

ISBN 978-65-87187-20-4

© OIM 2022

Esta publicação não deve ser usada, publicada ou redistribuída para fins principalmente destinados ou direcionados para vantagem comercial ou compensação monetária, com exceção de fins educacionais, por exemplo, para inclusão em livros didáticos.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM)

Estabelecida em 1951, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) é o principal organismo intergovernamental no campo da migração e trabalha em estreita colaboração com parceiros governamentais, intergovernamentais e não-governamentais. Contando com 174 Estados-membros, 8 Estados observadores e escritórios em mais de 100 países, a OIM dedica-se a promover uma migração segura, ordenada e digna para o benefício de todos. Isso é feito fornecendo serviços e consultoria para governos e migrantes. O Brasil é estado membro da Organização desde o ano de 2004. Atualmente, a OIM tem presença no país nas cidades de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Boa Vista, Curitiba, Florianópolis, Manaus, Pacaraima, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP)

O Ministério da Justiça e Segurança Pública é um órgão da administração pública federal direta, que tem dentre suas competências a defesa da ordem jurídica, dos direitos políticos e das garantias constitucionais; a coordenação do Sistema Único de Segurança Pública; e a defesa da ordem econômica nacional e dos direitos do consumidor. O MJSP atua em assuntos relacionados a nacionalidade, imigração e estrangeiros por meio do Departamento de Migrações (Demig), integrante da Secretaria Nacional de Justiça (Senajus). Faz parte do Demig a Coordenação-Geral do Comitê Nacional para os Refugiados (CG-Conare), que processa as solicitações de refúgio no país. Com sede em Brasília, a CG-Conare possui núcleos regionais nas cidades de São Paulo (SP), de Campinas (SP) e do Rio de Janeiro (RJ). (Decreto nº 9.662, de 1º de janeiro de 2019; Lei nº 9.474 de 22 de julho de 1997 e Portaria nº 821, de 31 de outubro de 2019 do Ministério da Justiça e Segurança Pública).



SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Alessandro de Oliveira Campos

Psicólogo, professor, doutor em Psicologia Social pela PUC-SP, pesquisador das relações étnico-raciais, afro-latinidades e saúde mental, criador dos encontros de masculinidades Homem a Homem, membro do Redes Pretas e do Centro de Capoeira Angola Angoleiro Sim Sinhô.

<http://lattes.cnpq.br/4974548251915994>

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Graduada em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1993), com residência em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1997), mestrado em Medicina (Saúde Mental) pela Universidade de São Paulo (2001) e doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo (2004). Fundadora e coordenadora do Programa de Saúde Mental para Refugiados em São Paulo (parceria Caritas/ ACNUR) e do Projeto Arteterapia do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Professora e supervisora do Curso de Especialização em Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade (Unifesp). É líder do Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais (Diretório do CNPq-Unifesp) e foi membro do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua (2016–2020). Tem experiência na área de Pesquisas Participativas, Psiquiatria Social e Transcultural, Educação em Saúde, Arteterapia, Educação a Distância e Organização de Serviços de Saúde Mental, com ênfase em Psiquiatria Comunitária.

<http://lattes.cnpq.br/6606709740942303>

Crislene Brito

Psicóloga formada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (2017), Mestre pelo European Master in Migration and Intercultural Relations (EMMIR) – Carl Von Ossietzky Universität Oldenburg – Alemanha (2021). Membro do Núcleo de Pesquisa Contato entre Culturas, Imigração, Saúde Mental e Interculturalidade e do Projeto Acolhimento Psicossocial Intercultural UNIFESP. A partir da Abordagem Intercultural Decolonial, tem realizado atendimentos e assistência psicossocial a imigrantes e solicitantes de refúgio no Brasil e em países da União Europeia.

<http://lattes.cnpq.br/1141886153254070>

Deisy de Freitas Lima Ventura

Professora titular de Ética da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), onde é chefe do Departamento de Saúde Ambiental e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade. É professora do Programa de Pós-graduação em Relações Internacionais do Instituto de Relações Internacionais (IRI) da USP, onde fez livre-docência em Direito Internacional (2012) e lecionou de 2008 a 2018. Presidente da Associação Brasileira de Relações Internacionais (ABRI) (2019–2021). Doutora em Direito Internacional e mestre em Direito Comunitário e Europeu da Universidade de Paris 1, Panthéon-Sorbonne. Graduada em Direito e mestre em Integração Latino-americana da Universidade Federal de Santa Maria. Editora-executiva da *Revista Saúde e Sociedade* e membro do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da FSP/USP. É membro da Comissão sobre Fragmentação da Saúde Global da revista *The Lancet* em colaboração com a London School of Hygiene and Tropical Medicine, a Universidade de Heidelberg e o Norwegian Institute of Public Health Blog: <http://saudeglobal.org/>.

<http://lattes.cnpq.br/4248765154816650>

Elizabete Flory

Psicóloga graduada pelo Instituto de Psicologia da USP, mestre em Psicologia Social pela USP e doutora em Psicologia Escolar pela mesma instituição. Coursou aperfeiçoamento em Psicometria pelo AKP (Alemanha). Estudo parcial no Instituto de Psicologia da Universidade de Freiburg (Alemanha). Foi membro da equipe do projeto de Orientação Intercultural do Instituto de Psicologia da USP, coordenado pela professora Sylvia Dantas. Dedicou-se ao estudo do desenvolvimento humano, principalmente aos temas: construção do conhecimento do mundo e formação da identidade psicossocial, bilinguismo infantil, construtivismo piagetiano em diálogo com Antroposofia e Pedagogia Waldorf. Atua como psicóloga clínica e docente no ensino superior. <http://lattes.cnpq.br/9238952388201316>

Marcia Zaia

Psicóloga pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (1996). Psicóloga Clínica e Intercultural e mestre em Ciências da Religião pela PUC-SP, na área Psicologia, Interculturalidade, Imigração e Religião. Atuou como operadora social em saúde mental no Servizio di Salute Mentale di Trieste (Itália). Foi membro da equipe do projeto Orientação Intercultural – IP/USP sob coordenação da professora Sylvia Dantas. Vice-coordenadora do Projeto Acolhimento Psicossocial Intercultural, professora e supervisora do Curso de Especialização em Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade e integrante do Núcleo de Pesquisa Contato entre Culturas, Imigração, Saúde Mental e Interculturalidade UNIFESP. Atua como psicóloga clínica e facilitadora de processos grupais. <http://lattes.cnpq.br/7084530741069338>

Maria Gabriela Mantaut Leifert

Psicóloga formada pela PUC-SP, mestre em Psicologia Social pela USP, terapeuta de casal e família, mediadora de conflitos e terapeuta intercultural. Especialista em Psicologia Clínica. Participou de trabalhos em empresas facilitando grupos de expatriados e brasileiros retornados. Professora e supervisora da Unifesp no Curso de Especialização em Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade e integrante do grupo de Orientação Intercultural do Instituto de Psicologia da USP, coordenado pela professora Sylvia Dantas. Integrante da Diretoria da Associação Paulista de Terapia Familiar (APTF). Participou do Grupo Gestor do Instituto Noos (2018-2020), instituição não governamental que desenvolve atendimento em terapia familiar, mediação de conflitos, saúde mental e terapia comunitária. Possui certificação internacional no Curso Avançado em Práticas Colaborativas Dialógicas Houston Galveston Institute, Taos Institute e INTERFACI. <http://lattes.cnpq.br/3072874765045570>

Pablo Quintero

Professor adjunto do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenador do Núcleo das Sociedades Indígenas e Tradicionais no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da mesma universidade (NIT-UFRGS) e pesquisador associado ao Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento (LACED) da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional e ao Periféricas: Núcleo de Estudos em Teorias Sociais, Modernidades e Colonialidades da Universidade Federal da Bahia. Membro da Comissão de Assuntos Indígenas da Associação Brasileira de Antropologia desde 2019. Doutor em Antropologia pela Universidad de Buenos Aires, mestre em Ciências Sociais pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e graduado em Antropologia pela Universidad Central de Venezuela. <http://lattes.cnpq.br/2076987603354907>

Sylvia Duarte Dantas

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1986), mestre em Psicologia Aplicada e Ph.D. em Psicologia Social pela Boston University (1999). Psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae (2004) e pós-doutora pelo Instituto de Psicologia da USP (2007), onde idealizou e coordenou o Serviço de Orientação Intercultural através do projeto Pro-Doc CAPES. Atualmente, é docente do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em que coordena o Núcleo de Pesquisa Contato entre Culturas, Imigração, Saúde Mental e Interculturalidade CNPq e onde coordena o projeto de extensão Acolhimento Psicossocial Intercultural e também membro do grupo PROMIGRAS CNPq. Idealizou e coordena o Curso de Especialização em Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade e o Projeto Acolhimento Psicossocial Intercultural na UNIFESP. Fundadora e atualmente vice-coordenadora do grupo de pesquisa Diálogos Interculturais no Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP. Foi consultora do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2006–2007 e da Organização Internacional para as Migrações em 2021. <http://lattes.cnpq.br/8283401196410951>

Veronica Quispe Yujra

Graduada em Odontologia pela Unesp SJCAMPOS (2007), foi bolsista Fapesp (2005 a 2007), desenvolvendo projetos de pesquisa no Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal da Unesp SJCAMPOS. Possui pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional com ênfase em Gestão de Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública/RS (2007–2009). Na área clínica, atua no serviço de Semiologia do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da SMS-SP no diagnóstico e tratamento de lesões bucais. Fundadora do coletivo *Sí, Yo Puedo!* em 2012, espaço de acolhimento que promove a integração de migrantes em São Paulo. Mestre e doutora em Patologia pela Unifesp, com período sanduíche no Periodontics & Oral Medicine Department of the University of Michigan. Atuou no Epithelial Biology Laboratory e nos Laboratórios de Patologia Molecular Experimental e Psicobiologia do Campus SP e Laboratório de Toxicogenômica do Campus Baixada Santista. Estudiosa e produtora de conteúdo sobre migração e saúde. <http://lattes.cnpq.br/7290625113244129>

SUMÁRIO

Introdução	15
1. Saúde e Migração como Direitos Humanos	21
2. Bases Conceituais: Abordagem Intercultural em Saúde Mental	35
3. O Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial	49
4. Gênero e Migração	61
5. Religião, Religiosidade e Atenção Psicossocial na Migração	73
6. Família e Migração	83
7. Populações Originárias e Migrações: História, Cultura e Mobilidade	95
8. Identidade, Ciclo Vital, Bilinguismo e Multilinguismo	103
9. Preconceito, Racismo, Xenofobia, Por Quê? Implicações para a Saúde Mental de Migrantes	113
10. Técnicas, Modelos e Práticas de Acolhimento Psicossocial Próprias para a Migração	123



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fatores que influenciam a saúde do indivíduo migrante segundo o estágio do deslocamento.	26
Figura 1 – Sistema socioecológico de Bronfenbrenner	37
Figura 2 – Relações interculturais	39
Figura 3 – Estratégias interculturais em grupos dominantes e não dominantes (Berry, 2004)	42
Figura 4 – Modelo intercultural psicodinâmico da experiência aculturativa	43
Figura 1 – Organização hierarquizada dos serviços de saúde	52
Figura 1 – Cruel Culture - April 2011 (tradução livre)	68
Figura 1 – Identidade: sistema construído pela inter-relação de três componentes	104
Figura 1 – Fatores de risco e de proteção à saúde mental de pessoas migrantes e refugiadas	124

LISTA DE GRÁFICOS

Quadro 1 – Migrantes internacionais residentes por região em 2017: origem-destino	24
Quadro 1 – Barreiras e Potencialidades na atenção integral à saúde de pessoas migrantes e refugiadas	28
Quadro 1 – Adaptação da Entrevista de Formulação Cultural	127

INTRODUÇÃO

O Brasil se insere no cenário internacional das migrações humanas, que contemplam pessoas emigrantes, imigrantes, em situação de refúgio, reassentadas, imigrantes humanitárias, retornadas e, de forma concomitante, as pessoas que migram internamente. A migração tem repercussões na vida pessoal e familiar, bem como nas sociedades receptora e de envio. Vários são os desafios que o contato entre culturas apresenta tanto para a pessoa que se desloca como para os profissionais que trabalham em instituições na sociedade hospedeira, receptora de imigrantes (Dantas, 2017).

Adentrar outro universo cultural não é tarefa fácil e, a depender do contexto social, isso pode ser facilitado ou dificultado. Os contatos interculturais apresentam desafios subjetivos profundos. Nossa forma de ser, de pensar, nossas normas sociais, nossos hábitos, nossas relações familiares e de trabalho e nossas concepções de saúde são colocados em xeque. A motivação da partida, o momento de chegada e os ajustes ao novo ambiente envolvem processos psicológicos específicos cuja compreensão é fundamental para o trabalho preventivo nas instituições que recebem essa população. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), os fatores psicossociais, que são chaves nas ações sociais e de saúde, precisam se basear na compreensão da cultura, das tradições, das crenças e dos padrões de interação familiar para ser efetivos na prevenção de doenças e na promoção da saúde e do bem-estar.

No Brasil, a maioria das ações de acolhimento de imigrantes é realizada por organizações da sociedade civil, uma parcela destas de cunho religioso. Se, de um lado, o país apresenta posições de abertura para com a pessoa migrante e refugiada em termos jurídicos, a exemplo do Acordo de Residência entre países do Mercosul, do visto humanitário, da promulgação do Estatuto do Refugiado de 1997 e da nova Lei de Migração, aprovada em maio 2017, por outro, ainda não conta com uma arquitetura institucional de acolhimento (Freitas citado por Arantes, 2015).

Nesse sentido, esperamos que o Guia em Saúde Mental e Atenção Psicossocial para População Migrante e Refugiada no Brasil seja um instrumento que auxilie aqueles que trabalham diretamente com esse grupo, preparando-os para essa realidade cada vez mais presente e complexa.

Os capítulos foram desenvolvidos para servir de roteiro ou “fio condutor” para um curso de formação oferecido a profissionais de diversas áreas que atuam no atendimento direto a pessoas migrantes e refugiadas no Brasil. Inicialmente, a estrutura geral do guia foi produzida pela equipe pedagógica do curso e por autores convidados. Essa primeira versão teve como base a síntese do conhecimento da área, aliada à experiência de cada autor. Durante o percurso formativo, os participantes foram convidados a articular sua prática cotidiana com o conteúdo trabalhado durante o curso. Exemplos e dúvidas surgiram dos participantes ao longo das aulas. Nesse processo de compartilhar experiências e valorizar diferentes saberes, diversos aspectos apontados foram agregados à produção final do guia.

A formação de profissionais é essencial para que as organizações civis possam ampliar seu arcabouço conceitual e técnico no trabalho com imigrantes. Assim, não só se previnem ações etnocêntricas por parte de instituições e profissionais que nela atuam – as quais podem gerar desde mal-entendidos a erros diagnósticos, com a patologização do social e do cultural, a exclusão, a perpetuação de imagens e de ações estereotipadas e preconceituosas – como se forma, em sociedades plurais, como a brasileira, uma cultura voltada para o respeito à diferença.

O guia baseia-se na perspectiva intercultural, que propõe uma visão ampla, dinâmica e flexível dos fenômenos psicossociais. Compreende o desenvolvimento humano e suas manifestações como decorrentes da relação dialética entre o sujeito e os contextos culturais e sociopolíticos em que ele vive (Berry et al., 1996). Interculturalidade é um termo que assinala uma dimensão de interação, de contato entre pessoas de culturas distintas e universos simbólicos compartilhados. A interculturalidade enfoca a necessidade de privilegiar o diálogo e a vontade da inter-relação, e não da dominação.

A Psicologia Intercultural surge nos anos 1960 a partir da consciência de que grande parte dos estudos na psicologia são formulações etnocêntricas, já que são baseadas em grupos ou amostras de pessoas da América do Norte ou da Europa, países hegemônicos ou centrais quanto à economia e política globais. Estas não representam a grande diversidade da população mundial, e são aceitas de maneira generalizada para todos os seres humanos. O campo conceitual é amplo e sofreu muitas mudanças. O que o unifica é a proposição de incorporar a cultura como fator fundamental na conduta humana, em contraste com a longa rejeição por parte da psicologia da dimensão cultural. O denominador comum corresponde à suposição de que processos psicológicos são compartilhados por todos os humanos, mas sua forma de desenvolver-se e expressá-los varia conforme a cultura. É um campo que se pauta no desafio de considerar nossos pressupostos, valores e métodos como culturalmente limitados e, portanto, a serem colocados em suspenso no encontro intercultural.

A abordagem intercultural da saúde mental é interdisciplinar por excelência. Assim, entre os autores deste guia, temos representadas as disciplinas de saúde coletiva, psicologia, psiquiatria, antropologia e direito. É por isso que o Guia em Saúde Mental e Atenção Psicossocial para População Migrante e Refugiada no Brasil foi escrito a muitas mãos, que buscaram promover a relação entre teoria e prática. Em vários capítulos, os autores sugerem leituras complementares, documentários, podcasts e questões adicionais para enriquecimento da reflexão.

No primeiro capítulo, “Saúde e migração como direitos humanos”, as autoras Deisy Ventura e Verônica Yujra apresentam dados da situação da mobilidade humana no mundo e no Brasil com a finalidade de construir um panorama sobre a temática do direito à saúde relacionada à migração e ao refúgio. Ressaltando a importância de compreender o contexto em que as pessoas se movem como um fator decisivo na acolhida e no atendimento prestado a essas comunidades, o texto contribui para ampliar a visão do profissional de saúde na criação de estratégias de intervenção. Elucida alguns mitos e estereótipos que estão presentes no cenário das migrações e que, se não desconstruídos, podem alimentar políticas de saúde equivocadas e preconceituosas. Nesse sentido, são trazidos alguns entraves encontrados pelos serviços de saúde, sobretudo no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sugestões para superar esses desafios.

Aprofundando a temática da saúde da pessoa migrante, no capítulo 2, “Bases conceituais: abordagem intercultural em saúde mental”, Sylvia Dantas apresenta a abordagem intercultural em articulação com o conceito de saúde mental, segundo a OMS, e o modelo psicossocial. São explicados os princípios metodológicos que caracterizam essa abordagem e as implicações psicológicas específicas do deslocamento migratório que envolvem o processo e o estresse aculturativo, além da problematização da concepção de trauma psicológico. Propõe-se uma abordagem intercultural psicodinâmica, com a compreensão das ansiedades e dos mecanismos de

defesa psicológica mobilizados no processo migratório. São ainda apresentadas as características de uma postura intercultural a ser adotada pelo profissional de saúde.

Compreendendo que o processo saúde-doença não é restrito à dimensão biológica e individual, Carmen Santana apresenta, no capítulo 3, o “Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial”, além do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do Brasil. As mudanças no modelo de atenção à saúde mental preconizadas pela reforma psiquiátrica no Brasil fazem parte de um processo social complexo que exige, entre outras transformações da clínica, uma revisão epistemológica na produção do cuidado em saúde mental. Nessa revisão, o reconhecimento e o tratamento de problemas mentais em solicitantes e pessoas em situação de refúgio podem representar um desafio para as redes de atenção à saúde e de assistência social, responsáveis pelo acolhimento e integração dessas populações.

Em sintonia com o cenário atual, no qual mulheres compõem quase metade da população migrante no mundo e um significativo número de pessoas LGBTQIA+ migram em razão de perseguições, Sylvia Dantas e Crislene Brito apontam, no capítulo 4, “Gênero e migração”, a dimensão do gênero como fator fundamental para entender o processo de inserção em novos ambientes culturais. Identidade sexual e papéis sociais de gênero são fortemente imbricados e afetados pelos contextos migratórios de cada indivíduo e grupo, tornando essencial discutir conceitos como gênero, papéis sociais de gênero, identidade de gênero, patriarcado, heteronormatividade, violência sexual e violência de gênero.

A dimensão religiosa é apresentada por Márcia Zaia no capítulo 5, “Religião, religiosidade e atenção psicossocial na imigração”. Entendidas como pertencentes à ampla gama do repertório cultural e como formadoras da identidade cultural, religião e religiosidade estão presentes em todo o processo de aculturação, sobretudo nos indivíduos que pautam sua visão de mundo a partir de valores provenientes de uma compreensão religiosa. O capítulo possibilita entender como a religiosidade constitui-se e manifesta-se, bem como participa do processo, facilitando ou dificultando estratégias de integração. Também oferece um olhar mais amplo e menos etnocêntrico ao profissional de saúde.

Gabriela Leifert, no capítulo 6, “Família e migração”, aborda a complexidade do processo de migração e seu impacto na família a partir de uma interlocução entre a Psicologia Intercultural e a Teoria Familiar Sistêmica. Levando em conta a multiplicidade dos arranjos familiares, a autora traz as fases e mudanças pelas quais as famílias podem passar durante a integração e aponta a rede social como uma importante ferramenta de apoio.

Partindo de uma perspectiva histórica e antropológica, Pablo Quintero, no capítulo 7, “Populações originárias e migrações: história, cultura e mobilidade”, discute as dimensões da mobilidade e da presença indígena na América do Sul de maneira a problematizar as fronteiras e os limites construídos historicamente e os modos de vida de povos indígenas. Debatendo as cosmologias indígenas e suas interfaces com os fluxos migratórios recentes, concentra-se na questão dos indígenas Warao.

Sylvia Dantas e Elizabeth Flory, no capítulo 8, “Identidade, ciclo vital, bilinguismo e multilinguismo”, ressaltam a importância de compreender a relação entre migração e momento do ciclo vital e da migração com a identidade psicossocial. Apresentam ainda os conflitos intergeracionais que podem surgir na nova situação e a inserção escolar como importantes fatores para o desenvolvimento da criança e do adolescente migrante e sua relação com a saúde mental. O processo de aquisição de um novo idioma, os mitos sobre bilinguismo e multilinguismo e sua relação com a saúde mental são também apresentados a fim de contribuir para uma melhor compreensão da criança migrante.

No Capítulo 9, “Preconceito, racismo, xenofobia, por quê? Implicações para a saúde mental dos

migrantes”, Sylvia Dantas e Alessandro de Oliveira sustentam que o preconceito e a xenofobia têm sido grandes fatores de estresse vivenciados por migrantes e refugiados nos países de acolhida. Tais experiências têm implicações relevantes tanto para a saúde mental como física. A partir de aportes da psicologia social e clínica, bem como da história e sociologia, compreende-se como se configura o preconceito e a xenofobia, o porquê de sua existência e os mecanismos envolvidos em sua formação e expressão.

Finalizando, no capítulo 10, “Técnicas de acolhimento psicossocial próprias para a migração, modelos e práticas”, Carmen Santana realiza uma síntese sobre a relação entre saúde mental, migração e refúgio. A autora apresenta especificidades do acolhimento psicossocial no contexto da pessoa migrante ou em situação de refúgio, que frequentemente é exposta a vários fatores de risco: pobreza, exclusão social e violência, entre outros, dependendo das condições sociais experienciadas na migração, pré-migração e pós-migração.

Sylvia Dantas, Carmen Santana e Márcia Zaia (organizadoras)

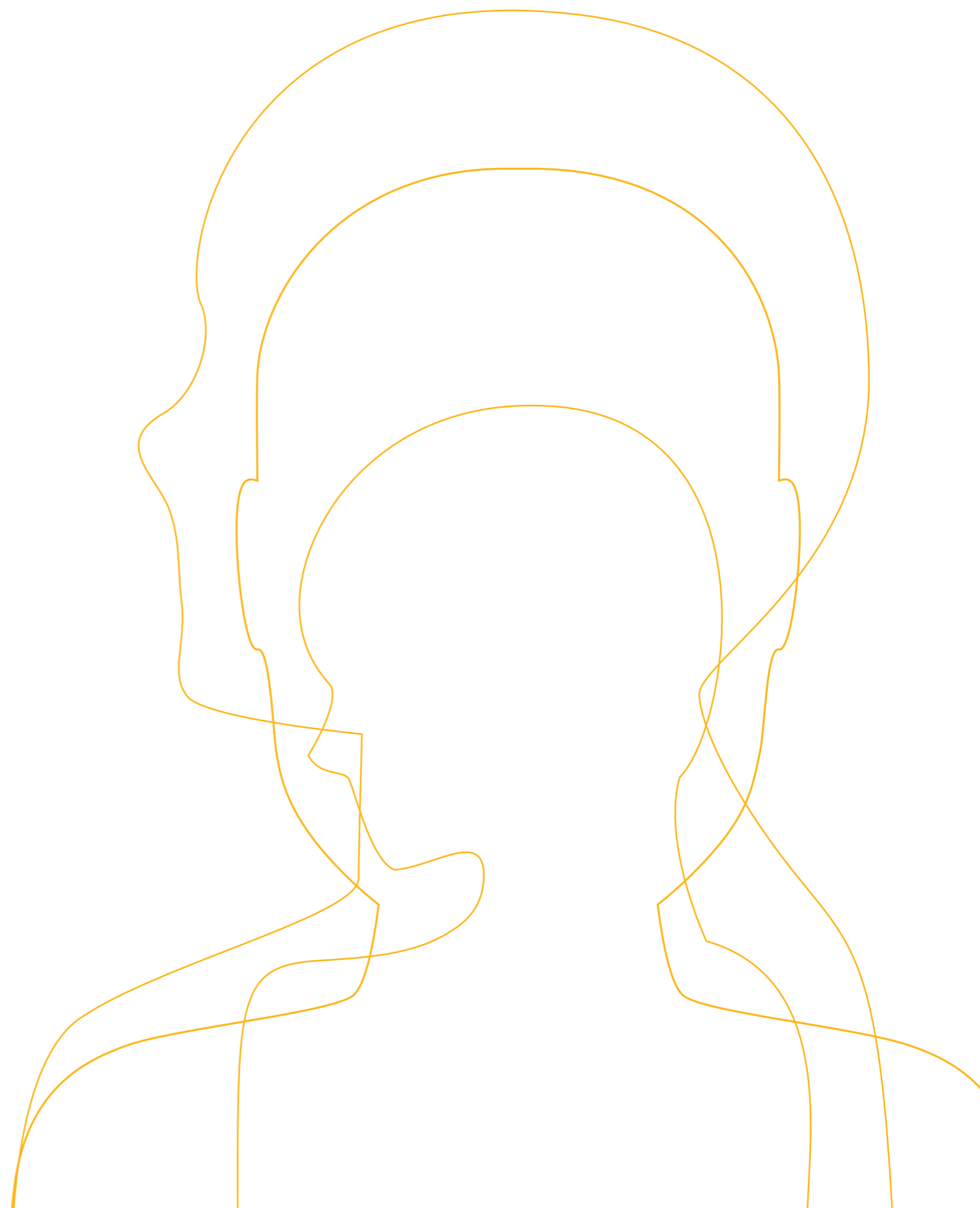
Novembro 2021

REFERÊNCIAS

Arantes, J. (2015, 7 de julho). Imigrantes: as brechas para o acolhimento. Agência FAPESP. <https://agencia.fapesp.br/imigrantes-as-brechas-para-o-acolhimento/21466/>

Berry, J., Poortinga, Y., Segal, M., & Dasen, P. (1996). *Cross-cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge University Press.

Dantas, S. (2017). Saúde mental, interculturalidade e imigração. *Revista USP*, (114), 55-70.



1. SAÚDE E MIGRAÇÃO COMO DIREITOS HUMANOS

Deisy Ventura e Veronica Yujra

Este capítulo pretende contribuir com as pessoas que são responsáveis ou que trabalham com saúde geral, saúde mental ou atenção psicossocial e que atendam demandas provenientes de pessoas nascidas em outros países. Objetivamos construir um panorama sobre a temática do direito à saúde relacionada à migração e ao refúgio, pois defendemos que o trabalhador da saúde ou qualquer trabalhador que atenda populações migrantes não pode ser subestimado nem ter sua formação reduzida a conhecimentos técnicos. Compreender o contexto em que as pessoas se movem pode ser um fator decisivo na acolhida e no enfoque do atendimento prestado a essas comunidades.

Pelo enfoque dos direitos humanos, que considera a saúde como direito de todos e o Estado como promotor e garantidor de direitos a todos os cidadãos, independentemente de seu *status* migratório, será apresentada a atual situação da mobilidade humana no mundo e no Brasil, desconstruindo os principais mitos e equívocos que cercam o tema. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Agência da ONU para as Migrações (OIM) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH), a saúde de pessoas migrantes e refugiadas é um direito constituído que está relacionado ao grau de realização dos demais direitos. Assim, propomos uma reflexão sobre os fatores que impactam a saúde humana geral e mental, especialmente os relacionados ao direito de migrar e os efeitos negativos que as políticas migratórias restritivas produzem sobre a saúde mental, aumentando a vulnerabilidade dessas populações.

A seguir, exaltaremos os desafios de defender e garantir o princípio da universalidade em saúde, mesmo em sistemas já consolidados, como é o Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, problematizaremos alguns dos principais entraves encontrados pelos serviços de saúde (mas aplicáveis a outros equipamentos sociais) e as dificuldades das pessoas usuárias migrantes e refugiadas em busca de assistência em saúde e apoio psicossocial, mostrando as potencialidades de superação desses desafios.

PARADIGMAS DA ABORDAGEM EM SAÚDE DE PESSOAS MIGRANTES E REFUGIADAS

Conhecido como receptor de fluxos migratórios em diferentes proporções conforme a época e o contexto, o Brasil também se tornou, nas últimas décadas, um país do qual as pessoas partem



em direção ao exterior, ou seja, emigram. Mais de um milhão de brasileiros emigraram na década de 1990, alcançando em 2016 a cifra de 3 milhões, segundo estimativas do Ministério das Relações Exteriores (Moulin, 2015). Na ausência de novas estimativas oficiais brasileiras, a ONU estimou que, na metade de 2020, existiria mais de 1,8 milhão de brasileiros no exterior (Naciones Unidas, 2021). Assim, imigração e emigração são duas faces da mesma moeda. Qualquer um de nós, a depender das circunstâncias, pode se tornar migrante ou refugiado. Em princípio, migrantes são as pessoas que buscam residência em outro país provisória ou definitivamente, por razões diversas, sendo a mais frequente a busca de trabalho. Já refugiadas são aquelas que deixam seu país de origem ou de domicílio porque não podem permanecer nele, por fundado temor de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas (artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.474/1997). Mas essa diferenciação nem sempre tem sentido, como é o caso das situações de pobreza absoluta, em que não há escolha entre ficar e partir.

MIGRANTES: DEFINIÇÃO

A Organização Internacional para as Migrações (OIM), a agência da ONU para as migrações, define “migrante” como:

*Um termo guarda-chuva, não definido pelo direito internacional, que reflete um entendimento comum de **uma pessoa que se desloca do seu local habitual de residência**, dentro de um país ou cruzando uma fronteira internacional, temporária ou permanentemente, por várias razões. O termo inclui categorias legalmente bem definidas, como trabalhadores migrantes, e pessoas cujo tipo de deslocamento está legalmente definido, como migrantes contrabandeados. Inclui também pessoas cujo status e tipo de deslocamento não estão especificamente definidos pela legislação internacional, como estudantes internacionais*

(IOM, 2019, p. 132).

O glossário da OIM para a migração também nota que:

Não existe uma definição universalmente aceita para “migrante”. A presente definição foi desenvolvida pela OIM para seus próprios fins e não pretende implicar ou criar qualquer nova categoria legal.

Duas abordagens são geralmente adotadas para definir o termo “migrante”: a abordagem inclusiva, seguida entre outras pela OIM, que considera o termo “migrante” como um termo guarda-chuva que cobre todas as formas de movimentos; e a abordagem residualista, que exclui do termo “migrante” aqueles que fogem de guerras ou perseguições (J. Carling, What is the meaning of migrant? www.meaningofmigrants.org)

(IOM, 2019, p. 133).

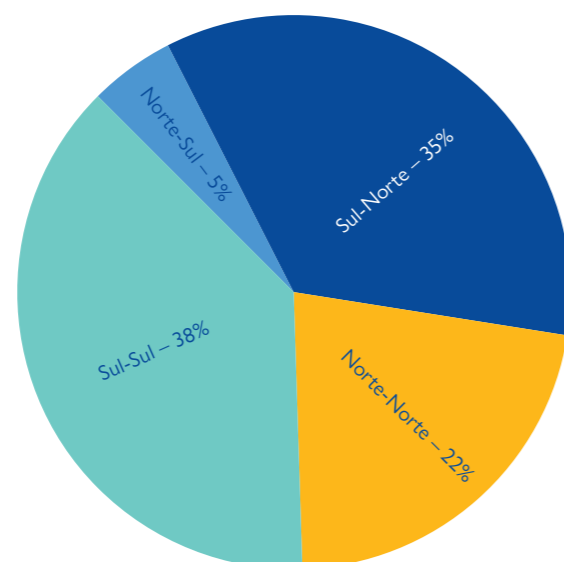
Para desconstruir alguns paradigmas que envolvem a temática, evocamos documentos internacionais que discorrem a respeito do direito à saúde e da proteção à saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) de migrantes e refugiados: o Pacto Global para a Migração Segura, assinado na Assembleia da ONU de 2018; e um mais recente, de 2020, da 73ª Assembleia da OMS. Este último documento, mais do que necessário diante da crise mundial sanitária da Covid-19, ratificou que pessoas migrantes e refugiadas têm direito à saúde e exaltou o papel que a solidariedade, a cooperação internacional, o foco nos sistemas de saúde locais e a universalidade do acesso à vacina desempenham no combate à pandemia (Freitas & Tasca, 2020).

No Brasil, o escopo universal e integral do SUS faz com que, nos diferentes espaços de atenção à saúde, bem como em outros equipamentos de SMAPS e de assistência social, sejamos cotidianamente confrontados com a diversidade de nacionalidades. Essa diversidade, que é percebida como um desafio, também serve como uma oportunidade de crescimentos pessoal e profissional. Principalmente em cidades de média ou grande densidade populacional, quando nos dirigirmos a um equipamento de saúde ou quaisquer equipamentos público ou privado e perguntarmos a trabalhadores ou usuários qual é a sua cidade de origem, provavelmente constataremos que um número significativo de pessoas deixou o local em que nasceu. Os brasileiros costumam orgulhar-se não apenas de sua intensa migração interna, mas também do fato de o Brasil ter sido construído por imigrantes. Logo, em que momento esse desafio se converteu em problema? É sobre isso que refletiremos neste início.

Percebemos um senso comum, baseado no paradigma importado de experiências com pontos de pressão no Norte Global, segundo o qual a mobilidade humana seria uma “crise”, um “problema” ou uma “ameaça”. Isso não é verdade. Dados da ONU de 2016 estimavam haver cerca de 260 milhões de pessoas vivendo fora de seu país de nascimento (United Nations, 2017). Destas, 146 milhões vivem no chamado Norte Global (países desenvolvidos), ao passo que 112 milhões vivem no chamado Sul Global (países em desenvolvimento). No entanto, ainda que o número atual de migrantes seja maior no Norte (57% do total de migrantes no mundo), é cada vez menor o número de migrantes do Sul que se dirigem ao Norte. Um exemplo dessas mudanças pode ser visto no Gráfico 1, que apresenta percentuais de migrantes internacionais residentes, por região, segundo origem e destino em 2017. O fluxo de migrantes do Sul em direção a outro país da mesma região (38% ou 97 milhões) já superou o fluxo em direção ao Norte (35% ou 89 milhões). Em outro levantamento, de 2019, pouco antes do início da pandemia, a OIM (2020) apontava um total mundial de 272 milhões de migrantes internacionais, sendo 48% mulheres.

As redes sociais e a imprensa muitas vezes divulgam opiniões e notícias que fazem parecer que a migração está aumentando de forma descontrolada e que a população migrante está invadindo os países ricos, especialmente os Estados Unidos e os da Europa Ocidental. Essa imagem de invasão descontrolada tem justificado políticas migratórias restritivas, que dificultam o ingresso e a permanência de pessoas no território dos países desenvolvidos. No entanto, os mesmos dados da ONU revelam que a Ásia, por exemplo, abriga quase um terço dos migrantes internacionais (80 milhões de pessoas em 2017), bem mais do que a América do Norte e Europa.

QUADRO 1 – MIGRANTES INTERNACIONAIS RESIDENTES POR REGIÃO EM 2017: ORIGEM-DESTINO



Fonte: Elaborado pelas autoras com base em dados da ONU.

Outra ideia equivocada, capaz de causar grandes danos na vida das pessoas, é a de que “migrantes roubam o emprego dos nacionais”. Em grande parte dos países desenvolvidos, os migrantes preenchem lacunas do mercado de trabalho, em funções e ocupações que, embora menos buscadas pelos nacionais, são essenciais para a economia. Estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 2019 indicam que só na América Latina e no Caribe existem 4,3 milhões de trabalhadores migrantes, sendo 17,2% trabalhadores domésticos, índice maior que os 7,7% da média entre os nacionais. Exemplo disso foi a proporção de trabalhadores migrantes que se mantiveram ativos durante a pandemia de Covid-19 em grande parte do mundo.

Já nos países em desenvolvimento e com grandes populações, como é o caso do Brasil, o percentual de migrantes (cerca de 0,7% da população, segundo dados da Polícia Federal (Cavalcanti et al., 2021) é tão reduzido que seria absurdo responsabilizar essas pessoas pelos índices de desemprego. Ao contrário, recentes estudos demonstram a contribuição dessas comunidades para o empreendedorismo e a criação de postos de trabalho.

Outro equívoco de grande repercussão no país, em razão da existência do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é a ideia de que migrantes se deslocam em busca de proteção social. Nem todos os indivíduos migrantes e refugiados são pobres, sem qualificação, carentes de assistência e em posição de vulnerabilidade. De modo geral, as populações mais pobres de cada país permanecem sedentárias diante da ausência de recursos financeiros e humanos suficientes para o seu deslocamento. Nesse sentido, são numerosas as pessoas migrantes e refugiadas que têm formação superior, dispõem de pequenas economias para empreender ou integram redes de apoio familiar. Na presença de dificuldades de entrar em um país de forma regular, elas podem ser levadas a gastar suas economias em um percurso arriscado e custoso, o que pode gerar a necessidade de assistência na sua chegada, mas esta não é a regra.

Superar essas falsas ideias é fundamental para construir uma visão brasileira sobre mobilidade humana e saúde que seja crítica e baseada nos direitos de migrantes.

POLÍTICAS MIGRATÓRIAS RESTRITIVAS E SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, o deslocamento forçado (pessoas que foram obrigadas a deixar seus domicílios) aumentou em função do aumento de conflitos políticos, religiosos e armados, além das crises ambientais. Apesar de não nos aprofundarmos nesse debate, é importante lembrar que, entre os *desplazados*, um grande contingente é interno, ou seja, migra dentro de seu próprio país. O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR, 2020) estimou que existiriam 82,4 milhões de indivíduos deslocados forçados no mundo até o final de 2020. Entre eles, 26,4 milhões teriam cruzado as fronteiras de seus países de origem, tornando-se refugiados, em muitos casos abandonando seus lares sem sequer saber a qual país se dirigiriam. Cerca da metade destes seriam menores de 18 anos. Além disso, mais de 68% da estimativa de pessoas refugiadas seriam provenientes de cinco países: Síria, Venezuela, Afeganistão, Sudão do Sul e Mianmar. Lindert e colaboradores (2018) apontam que a ansiedade, a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático são os principais sofrimentos emocionais e sintomas manifestados por indivíduos refugiados. Entretanto, não há evidências de uma maior prevalência de transtornos em pessoas migrantes e refugiadas na sua chegada a um novo país em comparação com as populações de acolhida (WHO, 2018). Há indícios, portanto, de que esse sofrimento está muito mais relacionado à violência vivenciada do que ao processo de migração.

Ainda segundo o ACNUR, em 2020, os países em desenvolvimento acolheram 86% das pessoas refugiadas do mundo. A Alemanha foi o único país desenvolvido a desempenhar um papel expressivo nessa acolhida, sendo o quinto Estado que mais recebe pessoas refugiadas (1,2 milhão), atrás de Turquia (3,7 milhões), Colômbia (1,7 milhão), Paquistão (1,4 milhão) e Uganda (1,4 milhão). Se os países que mais acolhem são menos ricos, não é difícil imaginar o impacto da chegada dessas populações. Há dificuldades de instalação e provimento dos direitos sociais, especialmente alimentação, moradia, saúde, trabalho e educação. Independentemente da condição (se de migração ou refúgio), para Sluzki (1979), os impactos na saúde mental das famílias são mais fortes nos primeiros dois anos de chegada, marcados por sentimento de luto pela vida pregressa abandonada, solidão pela falta de inserção social, frustração pela realidade adversa encontrada e dificuldade de apoiar os familiares que ficaram no país de origem.

Por outro lado, o aumento das restrições nas fronteiras não tem diminuído os fluxos migratórios. Pelo contrário, dificultar o ingresso regular expõe grandes contingentes de migrantes aos riscos de travessias perigosas, em que gastam seus recursos com o pagamento dos chamados coitotes (passadores de pessoas) e tornam-se mais suscetíveis a trabalhos precários e até em condições análogas à escravidão. Como alternativa à criminalização da imigração, a gestão migratória dos países receptores deveria investir tempo e energia para se articular com os movimentos sociais, difundir informação simplificada sobre as vias de regularização migratória e fazer frente à desinformação de que se utilizam, por vezes, os próprios atravessadores.

Embora nos países em desenvolvimento, em geral, haja menor restrição de ingresso no território nacional, a ausência de políticas migratórias protetivas produz efeitos equivalentes aos das políticas restritivas. A relativa facilidade de cruzar fronteiras porosas muitas vezes é sucedida por grande dificuldade de obter a regularização migratória. A exemplo do Brasil, em diversos países a regularização é realizada pela Polícia Federal, envolvendo pagamento de altas taxas referentes a multas pelo período em situação irregular ou para a emissão de certidões obrigatórias ou a própria cédula de identificação, o que, por vezes, implica medo (em função dos valores cumulativos) e estigmas (em função da irregularidade) na população.

Na avaliação de Koser (2015), as restrições de viagem podem ser mais prejudiciais do que os problemas que elas pretendem resolver, inclusive durante crises sanitárias. Crises sanitárias anteriores raramente resultaram em incremento da mobilidade internacional; geralmente, é o contrário. Em lugar de fechar os pontos de entrada por via aérea, marítima ou terrestre, é preciso adotar medidas de saúde pública nesses locais, principalmente informação, testagem e isolamento de casos confirmados, além

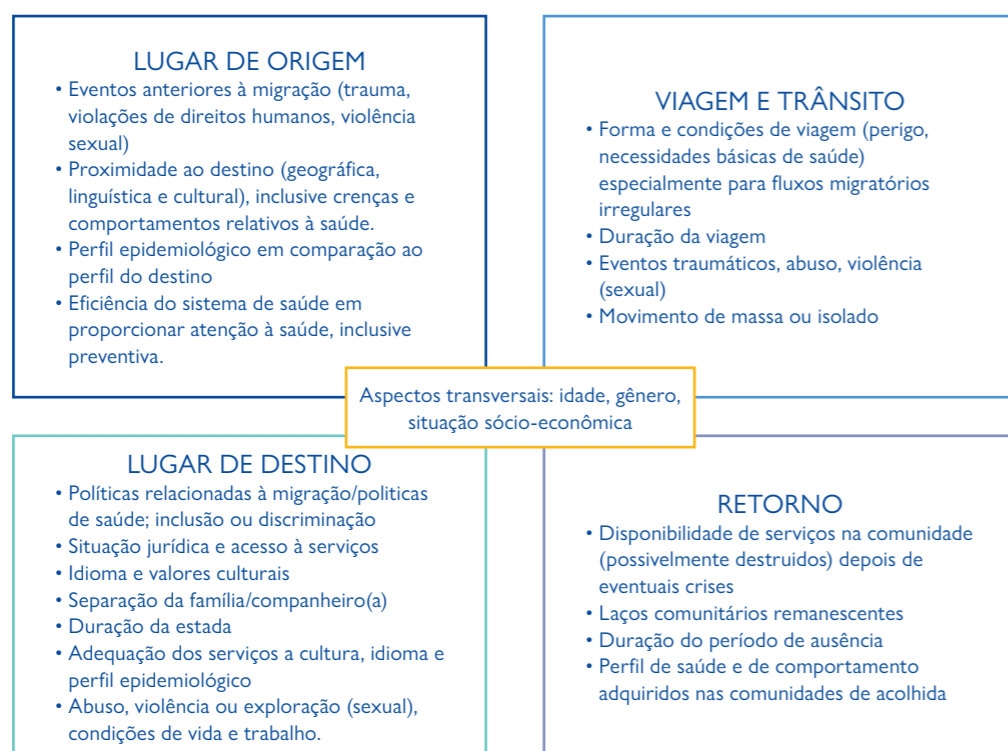
da ativação dos canais de comunicação entre os Estados. Além das pessoas em processo migratório, o fechamento de fronteiras prejudicaria o fluxo de pessoal da saúde para as regiões mais atingidas, bem como o fornecimento de material médico e de assistência humanitária.

O DESAFIO DA UNIVERSALIDADE DA SAÚDE: BARREIRAS E POTENCIALIDADES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe um enfoque de direitos humanos e considera a saúde um direito de todos, independentemente da situação migratória (regular ou irregular). Ademais, entende que a promoção da saúde das pessoas migrantes e refugiadas exige políticas específicas para atender às suas necessidades, levando em consideração os determinantes sociais. Isso significa que a saúde de uma pessoa não é determinada apenas por suas características individuais, como gênero ou idade. Também é influenciada por causas estruturais básicas, como condições de trabalho e vida, nível de proteção jurídica e situação migratória no país de acolhida, exposição ao crime e a conflitos, barreiras linguísticas e culturais, nível de proteção durante o processo de migração e a eventual detenção da pessoa. A Figura 1 sintetiza alguns desses aspectos.

Assim, os Estados têm a obrigação de promover os direitos de migrantes, incluindo o direito à saúde, sem nenhum tipo de discriminação. Reconhecer esses direitos facilita a integração, previne custos sociais e sanitários a médio e longo prazos e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país de acolhida.

FIGURA 1 – FATORES QUE INFLUENCIAM A SAÚDE DO INDIVÍDUO MIGRANTE SEGUNDO O ESTÁGIO DO DESLOCAMENTO.



Tradução livre e adaptação pelas autoras de IOM (2017).

Considerando as características dos fluxos migratórios das últimas décadas no Brasil, com as transformações de modelos de atenção à saúde no SUS e o advento da pandemia da Covid-19, nunca foi tão pungente a necessidade de integrar as comunidades migrantes e refugiadas – não só no cuidado em saúde, mas no planejamento e redirecionamento do fazer saúde.

Enquanto princípio básico dos sistemas de saúde, a universalidade marca uma conquista civilizatória e traz ao cenário mundial um conceito ampliado da “cobertura universal da saúde”: presente em diferentes graus de implantação nos diversos países, mas ainda um objetivo a ser alcançado (Giovannella et al., 2018). No Brasil, pela profundidade conceitual em que o SUS foi idealizado (Brasil, 1990), seus princípios abarcam indivisivelmente a saúde mental e a promoção do bem-estar, servindo como parâmetro para construir os demais sistemas de proteção social. Daí o uso de exemplos concretos no quadro final deste capítulo.

A universalidade garante às pessoas migrantes e refugiadas o direito à saúde e ao exercício da cidadania, que deve ser objeto de atenção nos diferentes âmbitos da vida comunitária, não apenas em serviços de saúde. No entanto, em países que possuem um sistema como o SUS, que vai da atenção primária (inclusive com o trabalho feito pelos agentes comunitários de saúde) ao tratamento intensivo ou de ponta, basta conhecer o campo para saber o quanto o tema desafia o sistema em todos os seus níveis, principalmente diante das desigualdades no acesso à saúde ou outras formas de cuidado e proteção social.

Migrantes que ingressam no Brasil por meio de grandes empresas, com altos salários e grande poder aquisitivo, assim como o estrato de maior renda da população brasileira, não acessam diretamente os equipamentos públicos. Já a parcela de pessoas migrantes e refugiadas que se move por iniciativa própria, geralmente na busca de emprego, em algum momento de sua estadia recorre à rede pública ou comunitária de apoio sanitário ou psicossocial – muitas vezes, em decorrência de questões como o próprio sofrimento ou carga emocional do período de adaptação ao novo país, as condições e jornadas de trabalho exaustivas ou a preocupação com a família que ficou no país de origem. Assim, o simples acolher e dialogar com essa população em quaisquer serviços desafia a desenvolver estratégias e ferramentas de ação que simultaneamente promovam o bem-estar e fortaleçam no indivíduo o sentimento de pertencer e o direito de fortalecer suas próprias redes. Vemos nesses espaços uma oportunidade de transformar essas ferramentas em competências culturais e habilidades disponíveis para o cuidado de toda a população, efetivando o tão desejado atendimento universal, integral e humanizado.

Como ponto de partida, seria importante reconhecer que, independentemente da classe social e do grau de escolaridade em seus países de origem, grande parcela das pessoas migrantes e refugiadas ingressa no mercado laboral por meio de redes informais de trabalho. Não são os indivíduos migrantes que “criam” as redes de exploração: elas existem e estão incorporadas à economia nacional, impondo condições desumanas de trabalho em desacordo com a própria legislação trabalhista com condições em que somente trabalhadores migrantes ou refugiados ingressam, por não ter outra opção. Exemplos claros disso estão na indústria têxtil e na construção civil, espaços que empregam as comunidades latino-americana e haitiana em diversas capitais do país e que contribuem com a economia do país.

Não caberia ao profissional que está prestando assistência cobrar uma justificativa da pessoa migrante ou refugiada para estar no Brasil. É preciso acolhê-la com a mesma naturalidade com a qual esperamos ser acolhidos quando nós ou nossos familiares migramos para outro país. Reconhecer os dois lados da moeda permite entender que, antes de migrantes, esses indivíduos são trabalhadores que geram recursos para economia do país em que vivem não apenas com seu trabalho, mas também por meio do consumo (afinal, a maior carga tributária brasileira recai sobre a circulação de produtos). A construção da cidadania desses migrantes permitirá que eles ofereçam uma efetiva contribuição à sociedade e à economia brasileira. A diversidade se expressa

nas distintas motivações e condições de deslocamento, nos variados graus de formação e níveis de conhecimento e, sobretudo, nas diferentes culturas, que geralmente influenciam conceitos e práticas relacionadas ao processo saúde-doença.

A partir desse marco conceitual, indicamos no Quadro 1 algumas barreiras que podem ser enfrentadas, trazendo exemplos de experiências exitosas e potencialidades a ser difundidas em prol da universalização da saúde.

QUADRO 1 – BARRERAS E POTENCIALIDADES NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE PESSOAS MIGRANTES E REFUGIADAS

BARRERAS	EXPERIÊNCIAS EXITOSAS/POTENCIALIDADES
<p>Inadequação dos sistemas de informação</p> <p>Em termos epidemiológicos e de políticas públicas, precisamos saber minimamente: quantos migrantes são? Qual é a origem? Há quanto tempo residem no Brasil (independente do status migratório)? E qual é o nicho de ocupação laboral? Existem poucos dados de saúde agrupados dessas populações, inclusive no período de pandemia da Covid-19.</p>	<p>Conhecer o perfil epidemiológico e as necessidades psicossociais dessas comunidades, bem como a taxa de utilização dos serviços, ajuda a desconstruir os mitos de sobrecarga do sistema, além de reconhecer os recursos comunitários presentes em cada território;</p> <p>2012: no Brasil, o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) passou a disponibilizar dados da nacionalidade materna; e, em 2015, a Assessoria Técnica da Tecnologia da Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) elaborou o primeiro Boletim CEINFO – Perfil da população migrante usuária da rede a partir de dados do DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Com isso, comprovou a pequena proporção do uso das redes de atenção à saúde (RAS) por essas comunidades (Aguiar et al., 2015);</p> <p>Equipamentos de assistência devem conseguir, a partir dos instrumentos de cadastro e produção, mapear e quantificar os usuários migrantes e refugiados no seu território de abrangência ou influência. Isso é muito importante para direcionar o planejamento e o cuidado.</p>

BARRERAS	EXPERIÊNCIAS EXITOSAS/POTENCIALIDADES
<p>Burocratização do acesso e inadequação da comunicação interna nos equipamentos que atendem a população migrante e refugiada</p> <p>O SUS, como outros sistemas da rede no Brasil, é dividido em níveis de atenção, descentralizado nos equipamentos e com gargalos de encaminhamento. Assim, torna-se complexo para quaisquer usuários, ainda mais para quem não nasceu no Brasil.</p>	<p>A identificação e sinalização interna de equipamentos em diferentes idiomas surte efeito imediato na população usuária, favorecendo a autodeclaração de multiculturalidade;</p> <p>Democratização do conhecimento dos tipos de documentação de identificação existentes e vigentes: as pessoas que trabalham no SUS devem saber que os protocolos provisórios de solicitação de refúgio e residência têm a validade de documento nacional; portanto, é obrigatório aceitá-los, assim como os documentos do país de origem dos países que possuem acordos bilaterais com o Brasil;</p> <p>Criação de filipeta multilíngue de pré-cadastro de usuários migrantes ou refugiados, incluindo apresentação de fluxos, da rede de atenção etc.;</p> <p>Entendendo que diversas populações não têm sistemas nacionais de saúde em seus países de origem, alguns equipamentos de saúde e entidades do Terceiro Setor produzem materiais multilíngues de orientação sobre o direito à saúde e os fluxos da rede.</p>
<p>A barreira linguística no acolhimento e atendimento em saúde</p> <p>A comunicação em saúde entre o usuário e o trabalhador é essencial. É necessário discutir como ultrapassar a barreira da comunicação, que em nenhuma circunstância pode se tornar um impedimento do fazer saúde.</p>	<p>Em alguns países, existe a figura do intérprete comunitário em saúde, que é justamente um profissional preparado para mediar atendimentos em saúde geral ou mental em línguas orais diferentes (Pagura, 2015);</p> <p>Experiências na atenção primária em saúde e na rede de educação mostram que incorporar materiais escritos de cadastro, fluxo e anamnese em idiomas das comunidades presentes no território possibilita um primeiro contato;</p> <p>Pela diferenciação do perfil dos equipamentos, o uso de infogramas construídos com palavras-chaves de “sintomas”, “localização”, “intensidade de dor” e possível “conduta” facilitam o primeiro contato;</p> <p>Identificar, entre os trabalhadores, aqueles profissionais bilíngues, que podem ser “referência” para casos de urgência ou interconsultas, favorece o engajamento;</p> <p>Quando possível, contratar trabalhadores migrantes e fomentar a participação de usuários migrantes e refugiados nos espaços deliberativos locais e/ou regionais traz bons resultados. Há experiências em que os conselheiros e multiplicadores difundem ações em saúde por meio das rádios comunitárias;</p> <p>Identificar possíveis “mediadores culturais” entre a própria população. Indivíduos migrantes e refugiados que estão há mais tempo no país podem auxiliar no atendimento dos casos mais complexos;</p> <p>Incluir o critério “migração recente” (menos de dois anos) como indicador de vulnerabilidade no projeto e no itinerário terapêutico dos pacientes.</p>

BARREIRAS

Diferenças culturais nos conceitos de saúde, doença e intervenção

Ultrapassada a barreira do acesso e da comunicação, temos as semelhanças e as diferenças culturais entre usuário e trabalhador que envolvem os conceitos de saúde, doença, hábitos no cuidado da saúde e contexto em que as pessoas vivem e vivem. Assim como no atendimento de outros grupos minoritários, o desenvolvimento da competência cultural em saúde deve ser uma busca constante.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS/POTENCIALIDADES

Acolher o estranhamento e a desconfiança iniciais das comunidades migrantes e refugiadas quando buscam assistência. A difusão do direito à saúde dessas comunidades, em especial entre as equipes da recepção, é essencial para diminuir esse temor;

Uma boa prática internacional são as “cidades-santuário” que promovem campanhas de comunicação a respeito da irrelevância do *status* migratório das populações para o acesso à saúde, uma vez que já foi comprovado que esse temor pode afastar a população migrante e aumentar a marginalidade;

É importante perguntar ao usuário: “como era organizada a saúde em seu país? Com que recursos você contava lá?” Essas questões são uma oportunidade para reforçar orientações sobre os níveis organizacionais dos equipamentos de saúde e de apoio psicossocial, pois em alguns países a busca de saúde é feita apenas em espaços de *curandería*, medicina tradicional ou popular, ou apenas em prontos-socorros ou na Cruz Vermelha, pois não há rede;

Diversas culturas de matriz indígena e/ou africana utilizam a medicina natural, a espiritualidade, o xamanismo e as ervas no seu tratamento. É importante orientar que existem práticas que podem ser complementares e outras não, mas não podemos desqualificar esses conhecimentos;

A população refugiada de ascendência árabe, bem como algumas comunidades muçulmanas, não permite o atendimento de mulheres por profissionais homens. É importante atender a essa necessidade quando possível, mas informar que no sistema de saúde brasileiro nem sempre será possível fazer essa opção. Flexibilizar a presença de acompanhantes nas consultas também é um caminho;

Em casos sensíveis, tais como demandas em saúde mental, planejamento familiar etc., há necessidade de aceitar a autodeterminação familiar e articular a presença de mediadores culturais. A gestação e o momento do parto são temas que demandam o reconhecimento da percepção e dos simbolismos em cada cultura, pois a desqualificação desse conhecimento por si só pode causar sofrimento emocional;

Incluir nas ações de educação permanente os temas de direitos humanos e interculturalidade em saúde, desconstruindo a patologização da migração.

BARREIRAS

Os desafios da intersectorialidade para a promoção da saúde em condições de trabalho não digno

Considerando que a vida de grande parcela das pessoas migrantes é focada no trabalho, é comum observar nos espaços de saúde discursos de trabalhadores que ressaltam as dificuldades de prevenção e promoção de saúde, principalmente quando se trata de doenças transmissíveis e doenças laborais, em geral relacionadas às más condições de trabalho e de vida.

Quando abordamos os determinantes sociais em saúde, como em qualquer outra população, as más condições de vida repercutem na deterioração da saúde, sendo o inverso também real.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS/POTENCIALIDADES

A articulação de ações intersecretariais de saúde, assistência social, habitação, direitos humanos e justiça, além de outras parcerias institucionais, para elaborar ações formativas ou programas de atenção à saúde junto das comunidades de trabalhadores migrantes e refugiados do entorno é de grande valia na qualificação dos servidores e da rede como um todo;

Um projeto brasileiro com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que impactou a cidade de São Paulo, que detém grande contingente dessa população, foi a campanha “o SUS é de todos”, uma articulação bem-sucedida entre governo e sociedade civil;

Mapeamento, busca de parcerias e ações conjuntas com repartições consulares dos países de origem mais frequentes, além de órgãos do Terceiro Setor que trabalham com esse público, e coletivos e organizações sociais, chamando-os durante campanhas de promoção de saúde ou em espaços colegiados, traz bons frutos. Um exemplo brasileiro ocorre na aproximação de projetos universitários com o Terceiro Setor e a sociedade civil que trabalha nesse tema e consolida espaços de atendimento tais como os vistos nos projetos Cáritas e IPq- USP e outros (Carvalho et al., 2018);

Incorporação, nas ações de saúde, de procedimentos e atividades que reconheçam sua realidade trabalhista como contribuição à economia nacional. Ofertar espaços de cuidado em saúde que dialoguem com sua atividade: ginástica laboral, orientações trabalhistas e previdenciárias;

Flexibilização dos horários de atendimento, bem como novos modelos de atenção: consultas coletivas e consultas no território já foram amplamente relatadas na rede da Atenção Primária à Saúde (APS);

Mapeamento, reconhecimento e discussão dos nichos laborais das comunidades migrantes e refugiadas locais e seus possíveis riscos de adoecimento articulando ações orientativas com outras secretarias e coordenações, conselhos ou comitês de políticas para migrantes, quando houver;

O combate ao discurso xenofóbico e a qualquer forma de preconceito por parte dos trabalhadores ou dos usuários nacionais deve ser permanente;

Produção literária acadêmica e comunitária: como exemplos, temos o *Guia da IASC em saúde mental* (IASC, 2007) e o livro *Abrindo as fronteiras com o coração* (Coletivos Centro-Americanos, 2014). Neles, coletivos que trabalham com migrantes centro-americanos sustentam que fortalecer as pessoas em sua dimensão pessoal, emocional e espiritual aumenta a sua capacidade e as suas possibilidades de auto-organização em redes e de construção de relações de solidariedade e apoio, o que facilita a busca de alternativas para situações de vulnerabilidade, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso difundir uma cultura de percepção de acolhida às pessoas migrantes e refugiadas, não como um problema, mas como um fator de enriquecimento da sociedade. A abertura à diversidade de origens geográficas e culturais enseja desafios que precisam ser enfrentados pelo Estado e pela sociedade brasileira, inclusive na produção de dados fidedignos e na construção de uma perspectiva própria sobre o tema, recusando a importação de paradigmas dos países desenvolvidos. Além disso, a busca da igualdade de condições e equidade de ações para toda a população (migrante ou não) e o incremento da participação social ainda precisam ser reafirmados e fortalecidos no cotidiano do planejamento e cuidado em saúde geral e psicossocial a fim de reafirmar a *práxis* (teoria e prática em saúde) de redes de atenção multi e interculturais, no amplo sentido dessa palavra. Significa dizer, em outras palavras, serviços e equipamentos que respeitem, acolham e cuidem de todo e qualquer tipo de diferença humana.

REFERÊNCIAS

Aguiar, B. S., Neves, H., & Lira, M. T. A. M. (2015). Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. *Boletim CEInfo Análise* (13).

Brasil. Presidência da República. (1990). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro*: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. Presidência da República. (1997). *Lei n. 9.474, de 22 de julho*: define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm

Cavalcanti, L. Oliveira, T., & Silva, B. G. (2021). *Relatório anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil*. OBMigra.

Coletivos Centro-Americanos. (2014). *Abriendo fronteras con el corazón: Guías para la aplicación del enfoque psicossocial en contextos migratorios*. Serviprensa.

Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicossocial en situaciones de emergencia*. IASC.

Freitas, R., & Tasca, T. (2020). Saúde e solidariedade da 73ª Assembleia de Saúde. In: F. M. A. Aith, J. A. R. Soares, & D. Martins (Org.), *Boletim de Direito Sanitário: Caminhos para a efetivação do direito humano à saúde* (pp. 19-22). CEPEDISA, NAP-DISA/USP.

Giovanella, L. et al. (2018). Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1763-1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>

[81232018236.05562018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018)

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicossocial en situaciones de emergencia humanitarias y catástrofes*. https://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_spanish.pdf?ua=1

International Organization for Migration (IOM). (2017). *Social Determinants of Migrant Health*. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>

International Organization for Migration (IOM). (2019). *Glossary on Migration*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf

Koser, K. (2015). International migration and global health security: five lessons from the Ebola crisis. *The Lancet*, 385(9.980), 1 884-1 901.

Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Wehrwein, A., Brähler, E., & Schäfer, I. (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme [Anxiety, Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Refugees – A Systematic Review]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 68(1), 22-29. Doi: 10.1055/s-0043-103344.

Moulin, C. (2015). Mobilizing against statelessness: the case of Brazilian emigrant communities. In: R. E. Howard-Hassmann & M. Walton-Roberts (Eds.), *The human right to citizenship: A slippery concept* University of Pennsylvania Press.

Naciones Unidas. (2020). *International migrant stock 2020*. <https://www.un.org/development/desa/pd/es/content/international-migrant-stock>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2019). *Estimaciones mundiales de la OIT sobre los trabajadores y las trabajadoras migrantes: Resultados y metodología*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_808941.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>

Pagura, R. J. (2015). Tradução & interpretação. In: L. M. Amorim, C. C. Rodrigues, & E. N. A. Stupiello (Orgs.), *Tradução & perspectivas teóricas e práticas* (pp. 183-207). Editora Unesp.

Sluzki, C. E. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 18(4), 379-390.

United Nations Refugee Agency (UNHCR). (2020). *Global trends 2020*. https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020#_ga=2.234647198.1424663716.1650726628-2140352739.1650726628

United Nations. (2017). *International migration report*. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf

World Health Organization (WHO). (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf

2. BASES CONCEITUAIS: ABORDAGEM INTERCULTURAL EM SAÚDE MENTAL

Sylvia Dantas

Adentrar outro universo cultural não é tarefa fácil. Os contatos interculturais apresentam desafios subjetivos profundos tanto para quem migra como para as sociedades que recebem os novos grupos. Neste capítulo, apresentamos a abordagem intercultural em articulação com o modelo psicossocial adotado pela Organização Internacional para as Migrações (OIM). Serão apresentados os princípios metodológicos que caracterizam essa abordagem e as implicações psicológicas específicas ao processo migratório, com a proposta de uma abordagem intercultural psicodinâmica, a problematização de concepções etnocêntricas de trauma psicológico, os idiomas culturais de distresse e as características de uma postura profissional intercultural.

O termo “interculturalidade” refere-se ao contato entre pessoas de distintas culturas que compartilham universos simbólicos. Portanto, essa palavra remete a uma dimensão de interação. Os processos psicológicos são compartilhados por todos os humanos, mas sua forma de se desenvolver e se expressar varia conforme a cultura. Contudo, em geral, não ficamos a par dessas diferenças até entrar em contato direto com outras culturas, que trazem outras formas de ser, estar, sentir, pensar.

Algumas falas de participantes de acolhimento psicossocial intercultural ilustram a dimensão dos desafios vivenciados:

- “Não sou daqui e não sou de lá” (imigrante peruana).
- “Aqui eu sou japa e lá, sou estrangeiro” (brasileiro retornado do Japão).
- “Estava no metrô, de longe observava um grupo de nigerianos. Um grupo de meninas brasileiras, pensando que eles não entendiam português, uma delas falou em voz alta: ‘Esses pretos fedidos! Vamos descer na próxima estação, não estou aguentando!’” (imigrante haitiano).
- “Estou cansada”. “Por que eu não tenho esperança?” (refugiada do Oriente Médio).
- “Namoro uma pessoa brasileira e não sei como falar isso para meus pais” (brasileira, 2ª geração de coreanos).
- “Who am I, who?” (Quem sou eu, quem?) (brasileira retornada dos EUA).



Todos os processos de interação social que envolvem diferentes sistemas de crenças estão sujeitos a algum grau de fricção. O contato entre culturas é antes fator de conflito do que de sinergia. Estamos falando, portanto, de uma situação concreta que tem implicações psicológicas concretas. A mudança de país impõe à pessoa migrante a necessidade de ajustar-se a um novo local e aprender novos códigos sociais, pois sua forma de agir não mais corresponde ao seu entorno. Há de lidar com múltiplas perdas, já que a pessoa deixa para trás familiares, amigos, trabalho, ambiente físico, língua, normas sociais, locais conhecidos e a memória social. O que antes era parte da rotina, torna-se um desafio diário. A mudança para outra sociedade e cultura coloca em xeque o modo de ser, ver o mundo, se ver e se relacionar, trazendo à tona a questão de quem se é, ou seja, a própria identidade.¹ Esse desconcerto ocorre porque as pessoas são socializadas² em uma cultura e isso significa uma incorporação marcante de formas de sentir, pensar e agir que envolvem intensos processos de identificação.³ Ocorre uma ruptura expressiva desse quadro de referência, de sentido e pertencimento quando se adentra outra cultura.

Os desafios tornam-se maiores quando o país receptor não está preparado para essa realidade cada vez mais constante no mundo atual. A maior parte dos imigrantes fará uso das instituições públicas de saúde, educação, assistência social, órgãos responsáveis pela documentação requerida, assim como serviços prestados pelas organizações civis, humanitárias, coletivos e projetos universitários voltados para esse grupo populacional. A compreensão dos processos migratórios é necessária nas instituições que recebem essa população para realizar um trabalho em sintonia com as questões da mobilidade. Nesse sentido, nos baseamos em uma abordagem intercultural.

ABORDAGEM INTERCULTURAL

A abordagem intercultural propõe uma visão ampla, dinâmica e flexível dos fenômenos psicossociais. O desenvolvimento humano e suas manifestações são compreendidos, a partir dessa abordagem, como decorrentes da relação dialética entre o sujeito e os contextos culturais e sociopolíticos em que vive (Berry et al., 1996). Aproxima-se, nesse sentido, da teoria dos sistemas ecológicos de Bronfenbrenner,⁴ que concebe o ambiente ecológico como um conjunto de estruturas concêntricas, como na imagem da boneca russa matrioska, que se encaixam umas dentro das outras (Colodell Benetti et al., 2013). Toda pessoa cresce, interage e é co-partícipe de seu desenvolvimento nesses quatro subsistemas socialmente organizados: microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (Figura 1).

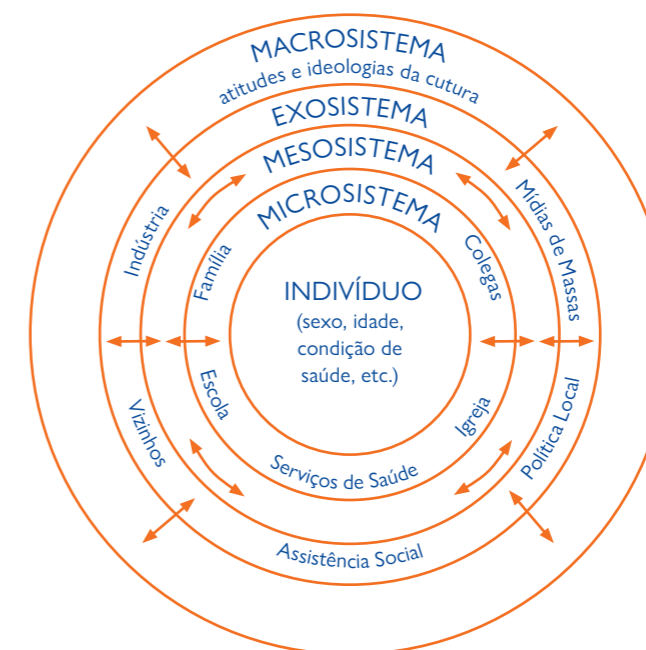
1 O conceito de identidade será desenvolvido no capítulo 8.

2 A socialização é um processo ontogenético que implica certo grau de interiorização através do qual a pessoa se torna membro de uma sociedade. As pessoas que foram socializadas na mesma cultura compartilham uma "memória" e um quadro de referência comum para projetar as ações individuais. O universo simbólico estabelece uma aliança entre as pessoas, seus predecessores e seus sucessores numa totalidade dotada de sentido que transcende a finitude da existência individual. Estabelece, também, uma memória de passado e um quadro de referência do futuro. Há um sentido que é compartilhado, incluindo suas contradições e idiossincrasias de cada pessoa pertencente ao grupo (Berger & Luckmann, 2002).

3 As identificações são um "processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações" (Laplanche & Pontalis, 1983, p. 295).

4 O modelo de Bronfenbrenner é adotado pela OIM conforme apresentado no Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement (Schininà, 2019).

FIGURA 1 – SISTEMA SOCIOECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER



Fonte: Schininà (2019).

Na perspectiva intercultural, é imperativo compreender etnograficamente as culturas em contato.⁵ Como lembra Schininà (2019), a definição de cultura varia bastante na literatura. Segundo ele, cultura é um sistema de crenças, símbolos, mitos, comportamentos compartilhados, cânones, imagens, narrativas, metáforas, produções artísticas, rituais, valores e costumes que os membros de uma sociedade usam para atribuir significado a seu mundo e relacionar-se uns com os outros. Eles são transmitidos de geração em geração através da aprendizagem e interiorizados em diversos graus pelas pessoas. Como explica Flores (2002), a cultura não é uma entidade alheia ou separada das estratégias de ação social. Ao contrário, é uma resposta, uma reação à forma como se constituem e se desenvolvem as relações sociais, econômicas e políticas em tempo e espaço determinados.

Além disso, as culturas não são estáticas. Toda cultura é um processo permanente de construção, desconstrução e reconstrução que se torna extremamente dinâmico em tempos de rápidos deslocamentos e constante contato intercultural (Cuche, 1999). Assim, na análise de um sistema cultural, faz-se necessário considerar a situação sócio-histórica que o produz, pois as culturas nascem de relações sociais que são frutos de sistemas, em geral, de relações desiguais (Cuche, 1999).

Dessa maneira, a partir da antropologia, relativizam-se as normas sociais e os comportamentos, entendendo-os como parte de um sistema simbólico próprio. Além disso, tem-se a consciência de que não se pode analisar um traço cultural independentemente do sistema cultural ao qual pertence e que lhe dá sentido. Evitam-se, assim, generalizações simplistas sobre as pessoas de uma mesma cultura, como quando se diz: "os árabes são...", "os haitianos dizem...". As pessoas, assim como a sua cultura, ficam reduzidas a essa simplificação.

A fim de entender o outro e evitar percepções etnocêntricas, precisamos compreender que nossa forma de ser não é natural e tampouco constitui um padrão universal. O etnocentrismo refere-se à tendência de considerar as categorias, as normas e os valores da própria sociedade ou cultura como parâmetro aplicável a todas as demais. A partir dessa postura, muitas vezes

5 A etnografia é um método de pesquisa característico da etnologia, ramo da antropologia que estuda como as culturas se desenvolvem ao longo da história e se comparam umas às outras.

julga-se o outro como estranho e inferior, pautado em uma crença evolucionista em culturas “primitivas” e outras mais “civilizadas”. Embora considerada obsoleta, essa postura evolucionista permanece ainda presente de forma direta ou sutil em muitas instituições. A antropóloga Pussetti (2010), estudando as fichas dos serviços de saúde mental em Portugal, critica a falta sistemática de elementos relativos à história da pessoa migrante, como cidade de origem, a ausência dos diversos nomes pessoais e as frequentes interpretações individuais do sofrimento. Esquece-se de que a pessoa migrante é também emigrante, proveniente de um local, com vínculos, afetos, posição social e um contexto denso de significados. Outro fator bastante delicado, que requer muita atenção, é o uso de escalas para aferir transtornos mentais em pessoas recém-chegadas para fins de possíveis encaminhamentos. Esses instrumentos são adotados em culturas ocidentais, e sua construção e enunciados são culturalmente específicos, como será abordado no capítulo 10. Assim, constitui uma imposição de categorias sobre distúrbios mentais de uma cultura em relação à outra (Kleinman, 1977).

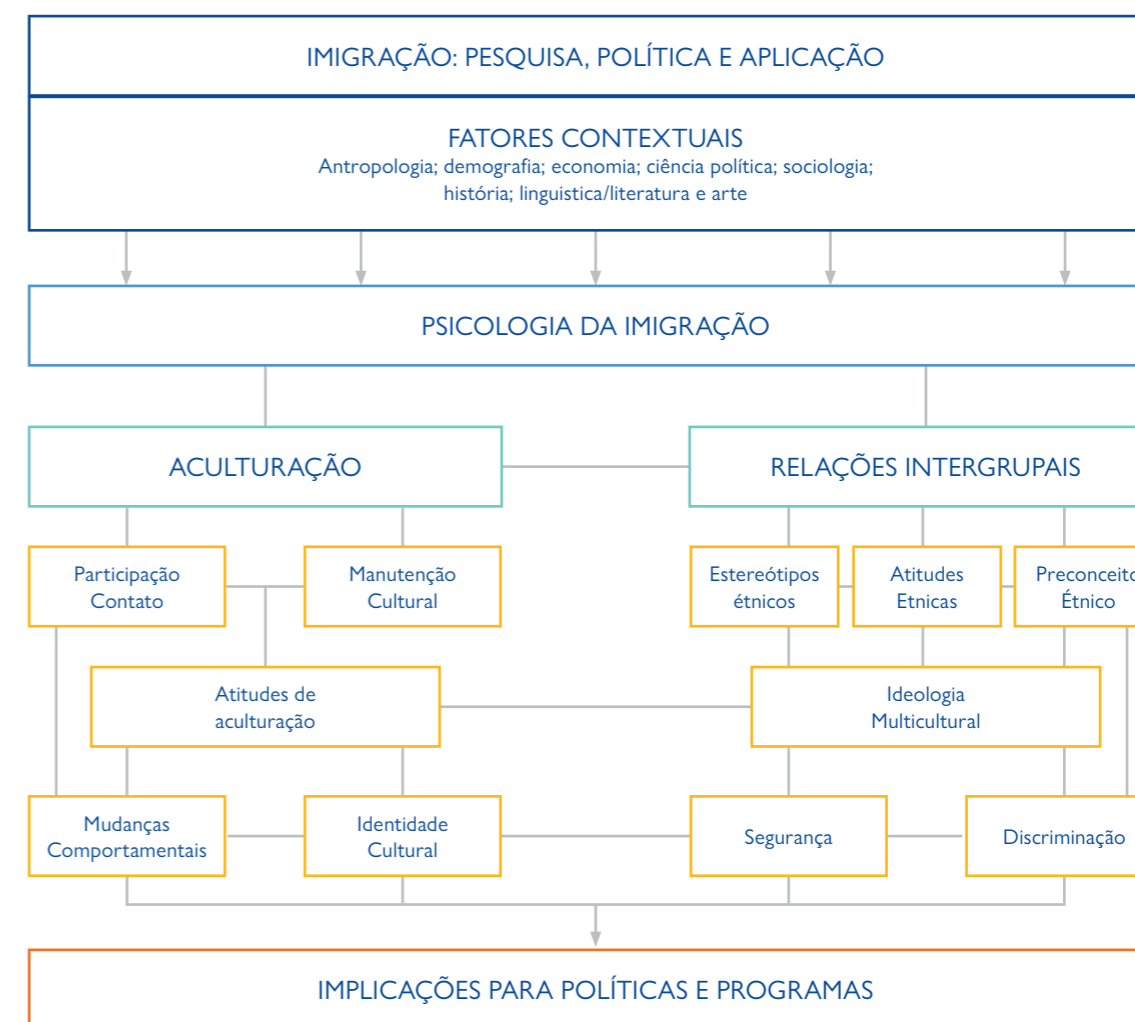
EXEMPLO PARA REFLEXÃO

Uma profissional de saúde mental relata o caso de uma pessoa em situação de refúgio que entra na instituição falando alto e dizendo que sua família não consegue se manter com o auxílio recebido. A profissional considera a pessoa inadequada, além de ingrata, e crê que ela provavelmente apresenta um transtorno mental.

É interessante recuperar como se deu a formação teórica que molda nossa forma de pensar e nossa prática. Nos anos 1960, surge a Psicologia Intercultural, a partir da consciência de que grande parte dos estudos na psicologia baseavam-se em grupos ou amostras de pessoas da América do Norte ou da Europa e eram generalizados para todos os seres humanos, não representando a diversidade da população mundial. O crescente questionamento de formulações etnocêntricas permeia a releitura e a construção de conhecimento. Aponta-se que as teorias clássicas em psicologia fazem formulações universais sobre o comportamento humano (Berry et al., 1996). Na abordagem intercultural, a cultura é considerada fundamental na conduta humana, em contraste com a longa rejeição dessa dimensão por parte da psicologia. O denominador comum corresponde à suposição de que processos psicológicos são compartilhados por todos os humanos, mas sua forma de desenvolvimento e expressão varia conforme a cultura. Pussetti et al. (2009) nos lembram que as emoções não são independentes da cultura e que cada sociedade terá suas próprias emoções e doenças. Estas não podem mais ser consideradas formas puras, universalmente definidas e imutáveis como pretende o paradigma biomédico. Há diversos horizontes nosológicos, de experiências diferentes de aflição, do mal-estar e da cura baseados em diferentes representações das emoções, da pessoa e do corpo.

Atualmente, para compreender a cultura, parte-se da aculturação (Cucho, 1999). É fundamental lembrar que esse termo não equivale a “assimilação”, que é apenas um tipo de aculturação, como abordaremos adiante. As pesquisas sobre o processo de aculturação renovaram a concepção que os pesquisadores tinham de cultura. Uma psicologia da imigração abarca os processos aculturativos e as relações intergrupais, sendo para isso imprescindível compreender o contexto. Essa é uma área interdisciplinar por excelência. Lançamos mão, além da antropologia, da demografia, economia, ciência política e sociologia, assim como da história, linguística, literatura e arte ampliando o quadro proposto por Berry (2004). Essa ampla compreensão é necessária para elaborar políticas e programas voltados para essa população nos países de recepção (Figura 2).

FIGURA 2 – RELAÇÕES INTERCULTURAIS



Fonte: adaptado do modelo de Berry (2004).

A abordagem intercultural utiliza uma ampla base de teorias para organizar dados e análises, mas tem um conjunto único de métodos. No campo da saúde mental, dois eixos caracterizam o trabalho intercultural. Um é o êmico-ético, termo emprestado dos estudos linguísticos. A perspectiva êmica considera aspectos específicos da cultura, estudando as interações e os comportamentos a partir do interior do sistema. Examina-se uma cultura apenas e compreende-se a estrutura e os critérios relativos às características internas. Na perspectiva ética, estuda-se o comportamento a partir de uma posição externa ao sistema e examinam-se mais culturas, comparando-as umas com as outras. O analista busca os aspectos universais a partir da compreensão do particular. Como explica Paiva (2004, p. 9), “a vertente êmica desenvolveu-se como psicologia cultural e a vertente ética, como psicologia intercultural, que, a partir de um ético provisório, aborda os êmicos culturais e deles deriva um novo ético mais abrangente”.

O desafio para o profissional de saúde mental que se lança para além de seu meio cultural é o peso que dará ao que é comum e ao que é culturalmente específico e a forma como mudará de uma referência à outra ou como combinará ambas. Algo muito comum durante um atendimento é a pergunta se o que está sendo apresentado é específico da cultura (êmico) ou próprio da pessoa e, assim, ao mesmo tempo, comum a todas as culturas (ético). Nesse sentido, Kleinman (1978) propõe que o processo

terapêutico seja uma negociação de sentidos sobre a interação entre profissional e cliente, assim como do sentido cultural do problema apresentado pelo cliente. Para isso, sugere quatro passos: 1) a pessoa é encorajada a dar sua própria explicação sobre o problema; 2) o profissional revela seu modelo explanatório; 3) os dois modelos são comparados; 4) cliente e profissional traduzem os modelos em uma linguagem comum para definir o projeto terapêutico juntos.

O outro eixo é o *autoplastic-alloplastic*. Todos respondemos a situações mudando a nós mesmos (*autoplastic*) ou ao ambiente (*alloplastic*), ou ainda combinando essas duas operações em diferentes proporções. Até que ponto as atuais psicoterapias ou aconselhamentos entre culturas não estão orientadas a mudar o indivíduo em oposição a tê-lo modificando o ambiente? A possibilidade de estender o campo de ação do indivíduo para mudar o ambiente foi, em grande parte, negligenciada, favorecendo um objetivo implícito de maior conformismo direcionado ao indivíduo considerado diverso social e culturalmente. Essa perspectiva vem ao encontro da proposta de trabalho da OIM, que se baseia na comunidade e que é também um dos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), conforme será visto no capítulo 3. Favorecer a vinculação e atuação da pessoa migrante junto dos grupos comunitários guarda grande importância na ação psicossocial.

SAÚDE, SAÚDE MENTAL E INTERCULTURALIDADE

Toda concepção de saúde é culturalmente engendrada. Diferentes visões de mundo influenciam a compreensão do que é saúde e saúde mental. Além disso, há formas distintas de alcançar saúde, de realizar sua promoção e cuidado, assim como de buscar a cura para o que se considera padecimento em dada cultura. A interculturalidade em si (ou seja, quando pessoas de distintas culturas entram em contato) constitui fenômeno diretamente relacionado à saúde.

Com a Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou a concepção de saúde – antes definida em termos biomédicos, como a mera ausência de doença – para um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Com essa ampliação, entende-se que não somente os profissionais da área médica são responsáveis pela saúde. Em 1982, a OMS salientou que fatores psicossociais são fatores-chave para ações sociais e de saúde. Para serem efetivamente preventivas e promotoras de saúde e bem-estar, as ações precisam estar baseadas no entendimento da cultura, da tradição, das crenças e dos padrões de interação familiar.

A OMS também aponta para a relação entre saúde, saúde mental e contexto social e cultural e define a saúde mental como “um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza seu próprio potencial, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar uma contribuição para sua comunidade” (WHO, 2004, p. 10). A saúde mental, portanto, é compreendida como algo muito mais amplo do que a mera ausência de transtorno mental; refere-se a um estado geral de bem-estar e está intrinsecamente vinculada ao contexto social e cultural, sendo, portanto, psicossocial. O termo “psicossocial” denota a interconexão entre os processos psicológicos e sociais que interagem e se influenciam continuamente (IASC, 2007).

A pessoa recém-chegada em geral é bastante sensível ao novo ambiente e ainda não tem um panorama realista do novo país nem consciência da natureza estressante da migração (Grinberg & Grinberg, 1982). A abordagem intercultural vem ao encontro dessa reformulação da concepção de saúde e saúde mental como indissociáveis das relações sociais, culturais e políticas. Nesse sentido, dois conceitos da psicologia intercultural são úteis no trabalho com a população migrante: *aculturação psicológica*, sequência de processos muitas vezes únicos ao fenômeno do contato contínuo entre culturas, e *estresse de aculturação* (Berry et al., 1996).

A aculturação é definida como “os fenômenos que surgem quando grupos de indivíduos de culturas

diferentes entram em contato direto e contínuo, ocasionando mudanças nos padrões culturais de um ou de ambos os grupos” (Redfield et al., 1936).⁶ T. D. Graves cunhou o termo “aculturação psicológica” em 1967 para se referir ao processo de contato do indivíduo com outra cultura, que envolve as fases de contato, conflito, crise e posterior acomodação ao novo ambiente cultural, quando possível. Outro termo para a implicação psicológica desse contato é “choque cultural”, originário dos estudos em comunicação intercultural.

Embora haja distinções entre os dois termos, ambos trazem aspectos complementares da experiência migratória. O choque cultural refere-se a um estado emocional de conflito com as diferenças culturais, que transcorre pelas seguintes etapas: 1) lua de mel, momento de encantamento com o novo contexto; 2) frustração, quando as expectativas criadas no período anterior não são correspondidas e descobre-se que as diferenças com a própria cultura pesam mais do que as semelhanças, gerando sentimento de arrependimento e decepção, que podem levar a isolamento e mudanças de humor; 3) recuperação, em que o novo ambiente e modo de vida começam a ser entendidos e fazem-se planos de vida no novo país; e 4) ajuste e adaptação, que é quando as diferenças são mais aceitas e se vislumbra a vida no país de destino (Caraballo, 2018).

O termo “aculturação psicológica” considera fortemente o contexto, por isso descreve o complexo processo de negociação relativo à própria identidade, à identidade grupal e aos próprios valores. Envolve questões étnico-raciais, vivências de preconceito, educação dos filhos, relações familiares, questões intergeracionais e de gênero, enfim, uma gama de questões relativas à própria existência humana. Após o contato e o conflito que este acaba por gerar, há um momento de crise. Existe a possibilidade de essa crise ser insuperável, devido a uma série de fatores contextuais e/ou internos, mas também de a mudança significar ampliação do eu e transformação.

Esse processo de negociação é experimentado ainda por filhos e netos de imigrantes, que vivem entre dois mundos de referências culturais distintas em seu dia a dia. Eles não saíram do país onde cresceram, mas cruzam fronteiras culturais a partir do momento em que saem de suas residências. Desse modo, têm de lidar continuamente com um duplo quadro de referência, sentido e pertencimento.

Quem retorna ao país de origem também precisa passar por esse processo de reelaboração, pois volta pensando ser o mesmo e esperando encontrar tudo como era antes, mas as referências já são outras. A pessoa descobre o quanto ela mesma mudou e o quanto quem ficou também já não é mais o mesmo. Na sociedade que recebe o indivíduo migrante, mudanças culturais também ocorrem, uma vez que concepções identitárias da própria sociedade hospedeira se alteram a partir do contato. Essas mudanças podem tomar uma direção positiva, de ampliação e enriquecimento cultural da sociedade, ou negativa, de enrijecimento e acirramento de preconceitos e fronteiras nacionais.

A aculturação constitui um processo de ressocialização. No nível psicológico, dois aspectos são fundamentais: 1) se é desejado e valorizado manter contato com o grupo majoritário fora do próprio grupo cultural; e 2) se é desejado e valorizado manter a identidade cultural e as características culturais. Essas questões geram quatro estratégias de aculturação: assimilação, separação, integração e marginalização.

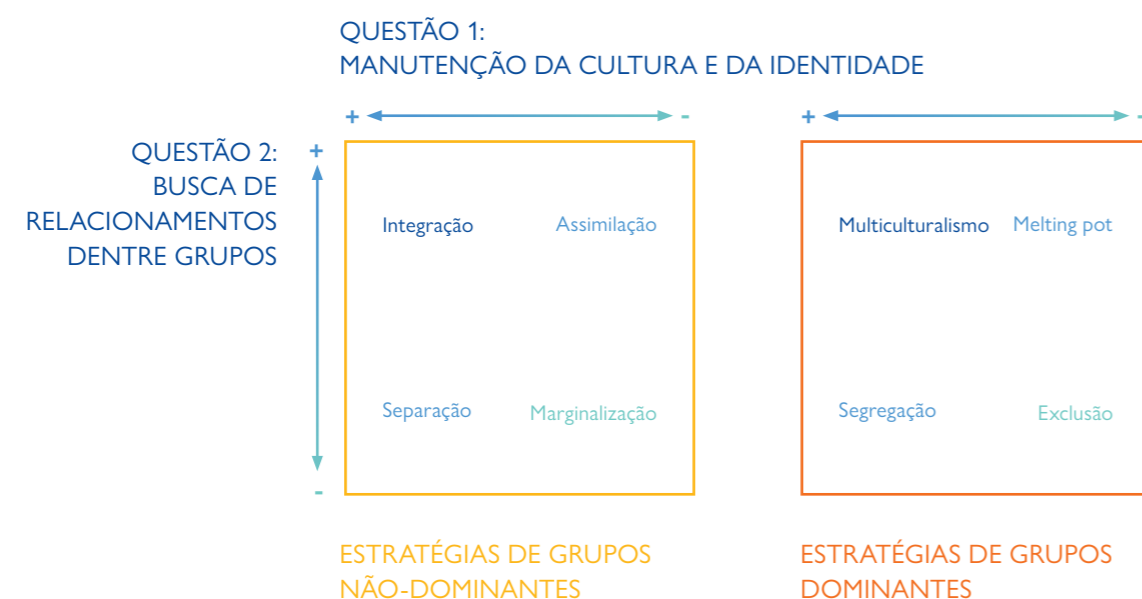
Na *assimilação*, abre-se mão de sua cultura de origem e se adota a cultura majoritária. Em contraste, uma estratégia de *separação* se dá quando se evita o contato com a sociedade majoritária e há um apego à cultura original. A *integração* representa uma estratégia em que se mantém a cultura de origem em algum grau simultaneamente à interação com outros grupos. Já a *marginalização* se dá quando há pouco interesse ou possibilidade de manutenção da própria cultura e pouco interesse em manter contato com outros grupos, geralmente num estado de conflito pessoal e social entre as duas culturas. O mesmo se dá em relação à identidade cultural. Os estudos apontam que a estratégia de integração,

6 Em 1936, formou-se uma subcomissão do Conselho de Pesquisa de Ciências Sociais dos EUA, composta por R. Redfield, R. Linton e M. J. Herskovits. Empenhada na definição do termo, ela publicou o Memorandum for the Study of Acculturation.

ou seja, a possibilidade de sentir-se parte e valorizar ambas as culturas dentro de si está relacionada a um maior bem-estar em comparação com as outras estratégias (Berry et al., 1996).

Esse processo não é uniforme nas dimensões da vida social. Por exemplo, uma pessoa pode buscar assimilação econômica (no trabalho), integração linguística (bilinguismo) e separação no que concerne à parceria conjugal (endogamia). Além disso, pode empregar diferentes estratégias ao longo do tempo. Ao falarmos em estratégias de aculturação, compreendemos a pessoa migrante enquanto ator social, dotado de certa margem de manobra. O contexto é crucial nessa elaboração, pois está diretamente ligado às estratégias de contato adotadas pela sociedade majoritária ou pelos grupos dominantes (Figura 3).

FIGURA 3 – ESTRATÉGIAS INTERCULTURAIS EM GRUPOS DOMINANTES E NÃO DOMINANTES (BERRY, 2004)



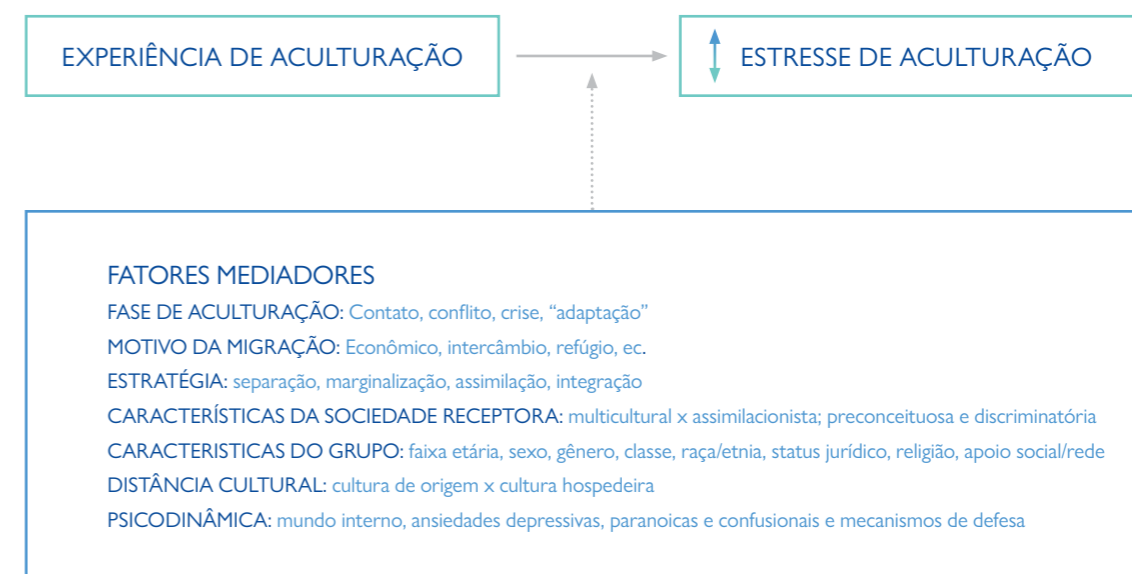
Fonte: Berry (2004).

O termo “estresse de aculturação” refere-se a um tipo de estresse desencadeado pelo processo de aculturação. É um fenômeno que pode reduzir a saúde, que por sua vez está atravessada pelas questões culturais. Nosso organismo responde a situações de estresse alterando o equilíbrio de substâncias bioquímicas (como cortisona, serotonina e adrenalina), o que pode causar desde uma enxaqueca até doenças graves. É comum emergirem problemas interpessoais, psicossomáticos e somáticos como consequência da mudança. Importa ressaltar, no entanto, que esse estresse será maior ou menor dependendo de uma série de fatores tanto pessoais quanto contextuais. Vários aspectos medeiam a relação entre aculturação e estresse, entre eles a fase de aculturação, o modo de aculturação, o conhecimento da língua, as características da sociedade majoritária, a existência de políticas públicas para os grupos minoritários na sociedade (acesso à saúde, mercado de trabalho, moradia, educação, direitos políticos), o apoio de redes sociais, a magnitude das diferenças culturais e as características da pessoa (como a idade, o *status* social e o sentimento de controle cognitivo sobre o processo de aculturação).

Ampliamos o modelo da psicologia intercultural ao considerarmos a psicodinâmica daquele que migra. Desenvolvemos assim o modelo intercultural psicodinâmico. Dessa forma, não deixamos

de observar e compreender seu mundo interno, seus mecanismos psíquicos de defesa relativos às ansiedades paranoides despertadas ante o novo e o desconhecido, as ansiedades depressivas diante das perdas decorrentes do deslocamento, as ansiedades confusionais perante a inabilidade de distinguir entre o velho e o novo, e ainda as motivações manifestas e latentes da mudança (Grinberg & Grinberg, 1982), conforme resume a Figura 4.

FIGURA 4 – MODELO INTERCULTURAL PSICODINÂMICO DA EXPERIÊNCIA ACULTURATIVA



Fonte: elaborado pela autora.

Essa compreensão é sempre realizada de forma cuidadosa e colocada sempre em suspenso quanto a qualquer certeza, a fim de não impor concepções ocidentalizadas. Nesse sentido, questionamos a concepção de imigração como uma experiência de trauma psicológico necessariamente, mesmo nas situações de refúgio. Estudos apontam que transtornos pós-traumáticos emergem quando a sociedade de recepção não oferece direitos efetivos aos refugiados (Dantas, 2017). Devemos estar atentos para não incorrer no erro, já documentado, de *experts* no início do século XX na América do Norte, que escreviam sobre a “notável tendência ao suicídio” entre os japoneses da Califórnia, “a forte tendência delirante com inclinação de natureza persecutória” nos negros das ilhas das Antilhas, a frequência de “complexos sexuais encobertos” entre os hebreus e a “notável prevalência de mutismo” entre os poloneses. Essa visão foi reformulada nos anos 1950, quando estudos sociológicos levaram em conta os conceitos de *powerlessness* (falta de controle sobre a própria vida) e alienação, que geram maiores graus de estresse e desordens mentais (Portes & Rumbaut, 1990).

Em São Paulo, capital do estado de São Paulo na região sudeste do Brasil, e cidade de maior recepção de imigrantes do país, um jornal de grande circulação publicou informações sobre os vários casos de crianças imigrantes sendo encaminhadas para centros de atenção psicossocial como portadoras de autismo e déficit de atenção (Brandalise, 2017), não considerando o contexto social de violação de direitos fundamentais de muitas de suas famílias. Schininá e Lanneau (2021) relataram que estudos europeus sobre a prevalência e incidência de transtornos mentais entre indivíduos imigrantes e refugiados indicam que a prevalência de psicoses e transtornos de ansiedade não difere daquela da população não migrante. Uma maior incidência de depressão e transtornos de ansiedade é

associada a pessoas refugiadas que vivem há mais de cinco anos no país de recepção, em decorrência de uma integração falha, ou seja, de um contexto de acolhimento que deixa muito a desejar.

É necessário estarmos atentos à tendência de impor concepções de nosologia psicopatológica utilizadas em países ocidentais ou ocidentalizados, lembrando que são essas também construções sociais. Losi (2020), nesse sentido, faz uma crítica a algumas correntes que parecem interessar somente a vulnerabilidade de pessoas que ficam assim definidas ou reduzidas a vítimas. Nessas situações, o triângulo vítima-salvador-agressor tende a se formar, apesar da diversidade de realidades e culturas das pessoas. Em sua experiência em organizações humanitárias, o autor diz sempre ter encontrado uma grande presença de técnicos socorristas provenientes de países do norte global, frequentemente sem conhecimento dos contextos geopolíticos que adotam uma visão linear, universalista e inconscientemente etnocêntrica. A lógica e o sistema nosológico psiquiátrico substituem as concepções das populações originárias de desordem.

Estudos mostram a necessidade de se conhecer as explicações causais próprias de cada sociedade e cultura sobre seus sofrimentos e aflições, ou seja, seus idiomas culturais de distresse (Helman, 2009; Kirmayer, 2001). Um desses idiomas culturais de distresse é o chamado susto na América Latina, que envolve apatia, ansiedade e o medo decorrente do contato com forças sobrenaturais. Contudo, tais condições são muitas vezes descritas por profissionais ocidentais ou ocidentalizados como exóticas ou menos civilizadas. Perde-se de vista que, longe de serem estigmatizadoras, essas crenças prescrevem uma variedade de intervenções e serviços socialmente aceitos, que mantêm a pessoa doente conectada à família e à comunidade. A pessoa não é reduzida a sua doença. A enfermidade é vista como o trabalho de forças sobrenaturais, uma aflição sofrida pelo doente, e não uma identidade.

A fim de evitar tendências etnocêntricas, uma postura profissional intercultural caracteriza-se por:

- autoconhecimento, reflexão sobre o que é considerado conduta adequada ou inadequada na própria cultura;
- habilidade de compartilhar da visão de mundo da pessoa imigrante e não estar culturalmente encapsulado;
- compreender as forças sociopolíticas que afetam aquela pessoa ou grupo, como racismo, classicismo e sexismo;
- ter um domínio eclético de técnicas e teorias e a capacidade de escolher a mais apropriada a cada caso (Sue 1986 citado por Dantas, 2012).

REFERÊNCIAS

- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2002). *A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento*. Vozes.
- Berry, J. (2004). Migração, aculturação e adaptação. In S. DeBiaggi & F. J. Paiva, *Psicologia, e/imigração e cultura* (pp. 29-45). Casa do Psicólogo.
- Berry, J., Poortinga, Y., Segal, M. & Dasen, P. (1996). *Cross-cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge University Press.
- Brandalise, V. H. (2017, 19 de março). Autista, não: imigrante. Crianças ainda em adaptação são tratadas por escolas de São Paulo como casos de saúde mental. *O Estado de S.Paulo*. <http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral/autista-naoimigrante,70001705273>.

Caraballo, G. (2018). *Guía informativo y de fortalecimiento de la comunicación intercultural para la integración de la población beneficiaria del programa Siria en Argentina*. OIM-ONU.

Collodel Benetti, I., Vieira, M. L., Crepaldi, A. M., & Ribeiro Schneider, D. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9(16), 89-99.

Cuche, D. (1999). *O conceito de cultura nas ciências sociais*. Edusc.

Dantas, S. (2012). *Diálogos interculturais: Reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais*. IEA-USP. <https://www.iea.usp.br/pesquisa/grupos/dialogos-interculturais/.../dialogosinterculturais.pdf>

Dantas, S. (2017). Saúde mental, interculturalidade e imigração. *Revista USP*, (114), 55-70. <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142368>

Flores, J. F. (2002). Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência. *Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos*, 23(44). <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15330/13921>.

Grinberg, L., & Grinberg, R. (1982). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Alianza Editorial. <https://updocs.net/download/leon-grinberg-psicoanalisis-de-la-migracion-y-el-exilio-a5b34d60dd90be>

Helman, C. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Artmed.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*.

Kirmayer, L. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-30.

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural research psychiatry”. *Social Science and Medicine*, 11, 3-9.

Kleinman, A. (1978). Clinical relevance of anthropological and cross-cultural research: Concepts and strategies. *American Journal of Psychiatry*, 135, 427-431.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1983). *Vocabulário da psicanálise*. Martins Fontes.

Losi, N. (2020). *Critica del trauma: Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*. Quodlibet.

Paiva, G. J. (2004). Apresentação. In S. DeBiaggi & G. Paiva, *Psicologia, e/imigração e cultura* (pp. 9-10). Casa do Psicólogo.

Portes, A., & Rumbaut, R. (1990). *Immigrant America: A portrait*. University of California Press.

Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 94-113.

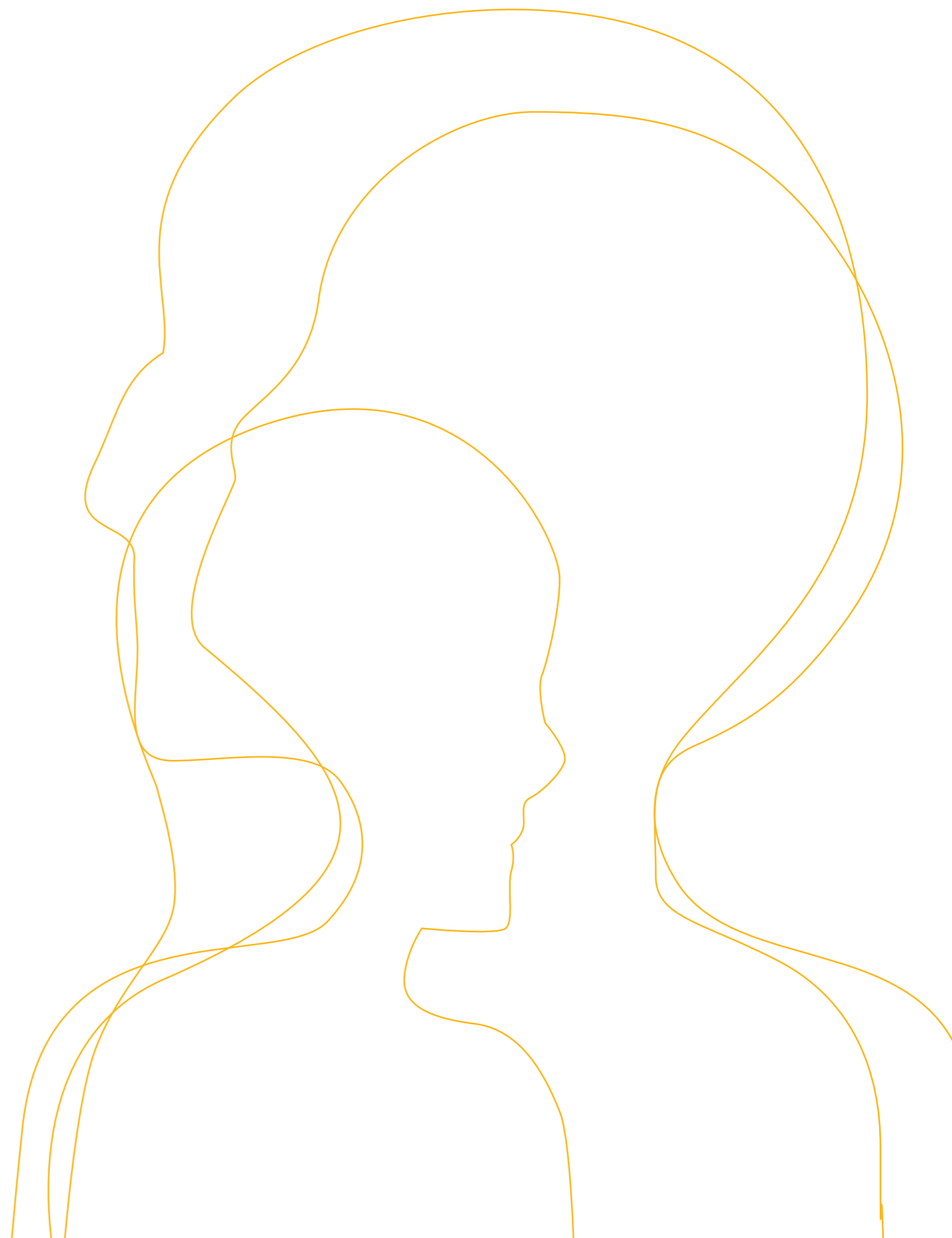
Pussetti, C., Ferreira, J, Lechner, E. & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental: A construção da competência cultural*. ACIDI. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33292/1/Migrantes%20e%20saúde%20mental_a%20construção%20da%20competencia%20cultural.pdf

Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38, 149-153.

Schininà, G. (2019). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*. OIM.

Schininà, G., & Lanneau, G. (2021). Migration and mental health care in the European Union. In D. Bhugra (ed.), *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry* (chapter 40). Oxford University Press.

World Health Organization (WHO). (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>



3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Carmen L. A. de Santana

As mudanças no modelo de atenção à saúde mental, preconizadas pela reforma psiquiátrica no Brasil, fazem parte de um processo social complexo que exige, entre outras transformações da clínica, uma revisão epistemológica na produção do cuidado em saúde mental. O reconhecimento e o tratamento de problemas mentais em pessoas migrantes e refugiadas representam um desafio para as redes de atenção à saúde e da assistência social, responsáveis por acolher e integrar essa população no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Este capítulo apresenta a organização dos serviços e a rede de atenção em saúde mental no Brasil, compreendendo que o processo saúde-doença não é restrito à dimensão biológica e individual. Inicialmente, traremos conceitos básicos sobre as práticas de cuidado em saúde mental para pessoas migrantes e refugiadas. Em seguida, abordaremos fundamentos e dimensões históricas das práticas de cuidado no SUS, para finalmente traçar um panorama da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE PESSOAS MIGRANTES E REFUGIADAS

Como mencionado no capítulo 2, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como “um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe seu próprio potencial, pode lidar com o estresse normal da vida, pode funcionar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar uma contribuição para ela ou sua comunidade” (WHO, 2018).

Para pessoas migrantes e refugiadas, o estado de bem-estar que caracteriza uma boa saúde mental está ameaçado por fatores inerentes à própria definição da saúde mental e às circunstâncias em que ocorrem alguns percursos migratórios, nos quais indivíduos e grupos são forçados a migrar devido a guerra, conflito, perseguição, desastres naturais e fome. Nesse contexto dominado por agravos sociais, indivíduos migrantes e refugiados muitas vezes não conseguem realizar todo o seu potencial em razão dos estressores a que estão sujeitos durante o ciclo de migração – desde os motivos que os levaram a sair às condições de suas viagens e à forma como são recebidos, atendidos e integrados nos territórios de trânsito e destino. Pobreza, exclusão social e violência são experiências frequentes (IOM, 2019).



Por outro lado, existem múltiplas barreiras para o acesso aos cuidados de saúde. Por exemplo, questões relacionadas à forma como funciona o sistema de saúde para pessoas migrantes e refugiadas em cada país, desconfiança em relação aos serviços oferecidos e sentimento de serem indesejadas nos serviços. Outras barreiras envolvem questões legais, linguísticas e prioridades concorrentes, como moradia e segurança alimentar. Esses fatores não ocorrem isoladamente, o que torna a população migrante e refugiada menos propensa a aderir aos cuidados em saúde mental (O'Donnell et al., 2016).

Não existe um sistema único, consensualmente definido, para a organização dos serviços de saúde oferecidos a migrantes. Além disso, a maioria das práticas de cuidado descritas na literatura privilegiam o cuidado individual em detrimento de uma resposta estruturada na organização de redes de saúde e apoio social (Santana et al., 2014). Mas, ao tratarmos das abordagens interpessoais, o conceito de humildade cultural se destaca como elemento estruturante para a compreensão do relacionamento terapêutico entre profissional da saúde e pessoa atendida.

HUMILDADE CULTURAL

A atenção à cultura no oferecimento dos serviços pode melhorar o acesso, a utilização e os resultados de saúde. A abordagem conceitual da diversidade cultural na constituição de uma boa aliança terapêutica apoia-se inicialmente no modelo de competência cultural. Esse modelo orienta que o profissional da saúde aprenda um conjunto de atitudes e habilidades de comunicação para integrar o contexto cultural dos pacientes em sua prática. Embora “competência cultural” seja uma estratégia para desenvolver um cuidado culturalmente sensível, a concepção de “humildade cultural” reformula e expande os entendimentos tradicionais de raça e etnia para incluir a cultura de construção de alianças entre grupos e indivíduos de diversas origens. A humildade cultural é definida como *um estado de consciência sobre como a cultura pode afetar comportamentos relacionados à saúde*. Ela não se estrutura em um conjunto quantificável de atitudes, mas refere-se a um processo contínuo de desenvolvimento crítico e autorreflexivo, que permite aos profissionais apreciarem a cultura em sua dimensão dinâmica.

A humildade cultural confere ao profissional da saúde uma atitude de respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e seus significados, envolvendo múltiplos pontos de vista na concepção de cada projeto terapêutico. Na prática, significa, por exemplo, adotar uma combinação coordenada de intervenções terapêuticas oferecidas pela “medicina oficial” às ações de curandeiros populares (Santana, 2018).

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nas três últimas décadas, o Brasil passou por uma reforma sanitária, um processo de significativa transformação do seu modelo de atenção em saúde. Atualmente, temos um Sistema Único de Saúde que garante acesso universal ao cuidado em saúde, mas nem sempre foi assim.

A primeira intervenção do Estado brasileiro na saúde ocorreu na Constituição de 1934. Naquela época, a saúde foi pensada com foco no indivíduo, como um seguro para as pessoas que tivessem um trabalho formal, vinculada à assistência médica e à previdência social, desligada de uma visão social ou coletiva. Os serviços de saúde eram acessados gratuitamente em alguns hospitais do estado e hospitais universitários, instituições filantrópicas religiosas (por exemplo, as santas casas) ou hospitais de institutos de previdência, apenas para os trabalhadores associados. O cuidado às pessoas com transtornos mentais era sinônimo de internação em grandes “hospitais-colônia”,

instituições psiquiátricas especializadas. O cuidado oferecido na comunidade era praticamente inexistente no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 criou o SUS, que tornou o acesso à saúde gratuito para todas as pessoas em território nacional, incluindo os estrangeiros. A implantação do SUS pode ser considerada uma das reformas sociais mais importantes realizadas no Brasil. As ações e os serviços de saúde passaram a integrar um sistema único, fundamentado em cinco princípios:

- O *acesso universal* público e gratuito às ações e aos serviços de saúde;
- A *integralidade* das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema;
- A *equidade* da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- A *descentralização* político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo;
- O *controle social* das ações, exercido por conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

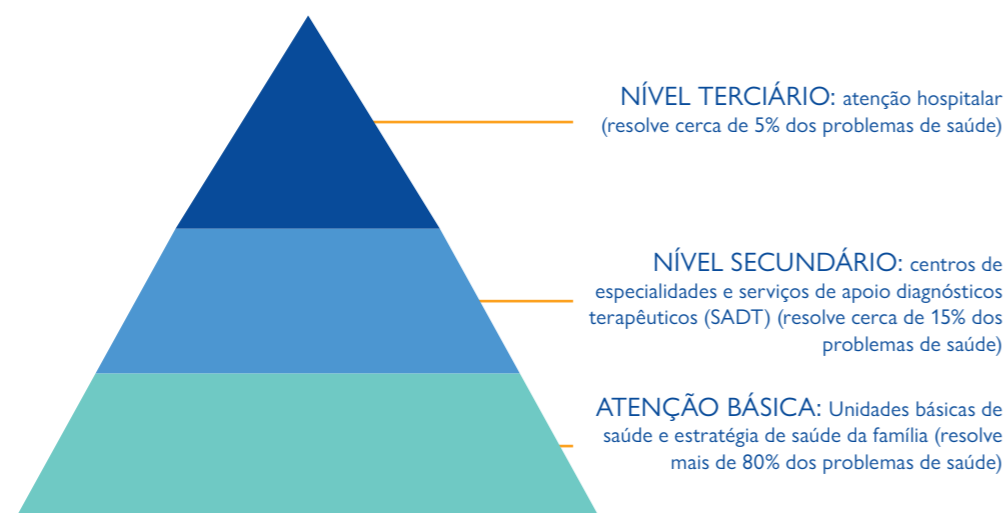
Estabeleceram-se assim as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental (SUS, 2006). Sendo assim, com a criação do SUS, teve início o processo de descentralização do atendimento de saúde mental, antes oferecido prioritariamente em hospitais psiquiátricos.

A Constituição de 1988, atualmente vigente, também atribui à administração dos municípios a responsabilidade de organizar e desenvolver as ações e os serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade com os problemas da população permite à administração municipal identificar as reais necessidades de saúde. As Secretarias Municipais da Saúde (SMS), gestoras do SUS nos municípios brasileiros, são responsáveis pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população (SUS, 2006). Dados de 2019 (anteriores à pandemia) da Pesquisa Nacional de Saúde, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam que 74% da população brasileira depende unicamente do SUS para cuidados em saúde. Os seguros e planos de saúde suplementar individuais ou coletivos da rede privada atendem os 26% restantes (IBGE, 2020).

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

O SUS é um sistema de saúde singular e suas especificidades precisam ser conhecidas pelo profissional que acolhe pessoas migrantes e refugiadas. Os serviços se organizam de maneira regionalizada e hierarquizada. Isso quer dizer que são acessados com base nos recursos existentes no território onde a pessoa mora, em uma área geográfica específica. Além disso, são estruturados em níveis crescentes de complexidade, como ilustrado na Figura 1.

FIGURA 1 – ORGANIZAÇÃO HIERARQUIZADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Fonte: Gonçalves (2014).

ATENÇÃO BÁSICA OU ATENÇÃO PRIMÁRIA

A porta de entrada para o SUS é a Unidade Básica de Saúde (UBS), também conhecida como posto de saúde, ou simplesmente “postinho”. O município mapeia a área de atuação de cada UBS por bairro ou região. Sendo assim, a pessoa migrante ou refugiada deve ser orientada a procurar a unidade mais próxima da sua residência (ou centro de acolhimento), levando documentos e comprovante de residência para providenciar gratuitamente seu Cartão do SUS ou Cartão Nacional de Saúde (CNS). Mesmo as pessoas sem comprovante de residência (em situação de rua, por exemplo) têm direito ao CNS.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a forma adotada pelo SUS para reorientar o modelo assistencial a partir da Atenção Básica ou Atenção Primária (AP). No modelo da ESF, cada equipe de saúde da família responsabiliza-se pela saúde integral de todos os moradores de um território. As equipes são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis a oito agentes comunitários de saúde, que atendem nas UBS onde estão locadas e na comunidade (Ministério da Saúde, 2010).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), que deve ser um morador do bairro onde trabalha, é um profissional-chave na ESF. Ele faz a conexão entre a equipe de saúde e a comunidade, destacando-se pela comunicação e pelo entrosamento com as pessoas da região. É um elo cultural do SUS com a população. Seu contato permanente com as famílias (pelo menos uma visita domiciliar por mês a cada família cadastrada) permite o trabalho de vigilância e promoção de saúde, além de contribuir para a continuidade dos tratamentos (Costa & Carbone, 2004). Os médicos e enfermeiros, com o apoio de diretrizes clínicas, oferecem consultas e atendimentos domiciliares às mais comuns necessidades de saúde, incluindo saúde da criança, saúde da mulher, doenças crônicas degenerativas e transtornos mentais. Algumas equipes de saúde da família têm contratado pessoas imigrantes e/ou refugiadas como ACS, e esta experiência tem sido avaliada de maneira muito positiva pela população local.

A UBS deve estar vinculada a uma rede de serviços, de modo a garantir as referências e

contrarreferências para níveis superiores de complexidade nos atendimentos. Cada UBS é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a uma área (território de abrangência) e pode abrigar uma ou mais equipes de profissionais (máximo de oito), dependendo do número de famílias que estão sob sua responsabilidade. Uma equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 e 1.000 famílias, com um limite de 4.500 pessoas. As equipes cadastram as famílias através das visitas domiciliares, de acordo com a área territorial estabelecida.

Embora as visitas domiciliares já façam parte do cotidiano das famílias brasileiras cadastradas no SUS, as pessoas migrantes e refugiadas frequentemente desconfiam dessas visitas. Elas temem ser “denunciadas” caso estejam com sua situação migratória ainda não regularizada no país. Em outras situações, por terem vivido experiências de perseguição, desconfiam de informações que essas pessoas “estranhas” podem ter sobre sua vida e a de sua família.

Em 2019, o Brasil contava com 45.796 equipes de Saúde da Família e 28.980 de equipes de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2020). Parte da queda da mortalidade infantil observada no país nas últimas décadas tem sido atribuída à expansão da ESF (Macinko et al., 2006). No entanto, em muitas localidades, principalmente capitais, a saúde da família ainda convive com o modelo tradicional da AP, que não cadastra nem visita usuários e não se apoia em equipes com ACS (Garcia & Santana, 2012).

Os principais serviços de saúde oferecidos nas UBS são consultas de enfermagem, consultas médicas (clínica geral, pediatria, ginecologia), tratamento odontológico, vacinas, inalações, injeções, curativos, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica.

Para apoiar a inserção da equipe de saúde da família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da AP, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 2008. Atualmente, os núcleos são responsáveis por integrar as ações de saúde mental na atenção primária. Constituem-se como equipes multiprofissionais que apoiam as equipes de saúde da família e de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua e equipes ribeirinhas e fluviais).

A proposta de trabalho do NASF-AB organiza-se através do chamado “Apoio Matricial” ou “Matriciamento”. O Apoio Matricial é definido como um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de AP. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades, atendimentos conjuntos, supervisão e capacitação.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU NÍVEL SECUNDÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Secundária à Saúde (AS) é responsável pelos procedimentos de média complexidade, ou seja, procedimentos com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Atenção Terciária. É formada pelos serviços ambulatoriais, hospitalares especializados, abrange serviços de apoio diagnóstico, terapêuticos e atendimento de urgência e emergência.

A AS nos dispositivos de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) compõe, com as portas de urgências hospitalares (prontos-socorros), uma rede organizada de Atenção às Urgências no SUS. Cada UPA oferece estrutura de serviços que abrangem radiografia, eletrocardiografia,

consultas médicas (clínica médica, ortopedia e pediatria), consultas odontológicas, laboratório de exames, leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação, inalação e uma “sala de emergência” aberta 24 horas (para pacientes mais graves que, após a estabilização do quadro clínico, são levados a um hospital).

A UPA é destinada principalmente a casos de urgência e emergência, traumáticas e não traumáticas.⁷ Além disso, é uma porta de entrada no sistema de saúde nos finais de semana e feriados, quando as UBS estão fechadas. Dependendo do caso, a pessoa atendida pode ser encaminhada da UBS para a UPA.

ATENÇÃO TERCIÁRIA OU NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Terciária à Saúde (AT) é responsável pelos procedimentos de alta complexidade, ou seja, procedimentos que exigem alta especialização e são realizados nos hospitais conveniados com a rede SUS. Abrange procedimentos de alta tecnologia ou alto custo, como tratamentos oncológicos, transplantes, cirurgias, neurocirurgia, diálise, reprodução assistida, genética clínica e cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida). Fazem parte da AT alguns procedimentos ambulatoriais, como radioterapia, quimioterapia e exames diagnósticos, como ressonância magnética. O acesso à AT geralmente se dá após o encaminhamento por uma UBS ou UPA.

Cabe ressaltar que alguns municípios brasileiros criaram equipamentos de saúde não previstos na política nacional. São exemplos as unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e os serviços de Atendimento Médico Ambulatorial em Especialidades (AMA Especialidades) no município de São Paulo. O AMA responde às demandas de baixa e média complexidades (por exemplo, dor de garganta, dor de ouvido e infecção urinária). Funciona geralmente das 7h às 19h, mas pode ficar aberto 24 horas em função das necessidades e possibilidades do território. O AMA Especialidades oferece atendimento nas seguintes áreas: ortopedia, cirurgia vascular, cardiologia, endocrinologia, neurologia, urologia e reumatologia. Também oferece exames: eletrocardiograma, teste ergométrico, holter, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), ecodopplercardiograma, doppler vascular, eletroencefalograma, ultrassonografia, radiografia e exames laboratoriais. O agendamento nas AMA Especialidades é realizado pelas UBS.

Diferente de outros grupos com questões sociais e culturais específicas (por exemplo, a população em situação de rua, ribeirinha ou indígena), não existe em nossa política de saúde um dispositivo específico para a população de migrantes e refugiados. Tampouco existem portas de entrada diferenciadas para o SUS. Sendo assim, de acordo com a política nacional de saúde, as portas de entrada do sistema de saúde para pessoas migrantes e refugiadas serão as mesmas previstas para os brasileiros: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pronto-socorro, UBS e UPA.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com a criação do SUS, também começa a descentralização do atendimento de saúde mental, antes realizado prioritariamente em hospitais. Em 1989, começa a tramitar no Congresso Nacional o projeto de lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. No entanto, é somente após 12 anos de discussão da matéria no Congresso Nacional que a Lei Federal nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, é sancionada. O texto aprovado não prevê a extinção total dos hospitais psiquiátricos, mas incentiva o tratamento fora dos hospitais. Ele dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

⁷ Emergência representa risco imediato de morte, enquanto urgência é uma ameaça à vida em um futuro próximo, que pode vir a se tornar emergência se não for atendida a tempo.

com transtornos mentais, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária (Ministério da Saúde, 2005).

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental preconiza que a atenção aos usuários do SUS seja feita dentro de uma rede de cuidados. A rede de atenção à saúde mental é parte do SUS e contempla ações e serviços públicos de saúde mental, de cobertura universal, aos quais as pessoas migrantes e refugiadas têm direito de acesso. Estão incluídos nessa rede os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios de saúde mental, a AP, os prontos-socorros, o SAMU, as residências terapêuticas, as enfermarias psiquiátricas em hospital-geral, os hospitais psiquiátricos e os centros de convivência.

Compartilhando dos princípios norteadores do SUS, a rede de atenção à saúde mental caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal, com um controle social fiscalizador e gestor. Embora integre o SUS, a organização dos serviços de atenção psicossocial tem uma coordenação específica no Ministério da Saúde e não obedece à mesma hierarquização dos demais serviços oferecidos pelo sistema público de saúde no Brasil.

Nossa política de saúde mental prevê um cuidado em rede, orientado a partir dos CAPS em suas diversas modalidades. Ou seja, a organização dos serviços de saúde mental prevista na política brasileira é “capsêntrica”. Por sua vez, o CAPS coordena e orienta esse cuidado, ofertando serviços nos vários níveis de atenção à saúde – desde ações de promoção e prevenção à oferta de leitos para “acolhida”, com funcionamento 24 horas.

A seguir, descreveremos brevemente os componentes da rede de saúde mental no Brasil.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Como mencionamos, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental e estruturam uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. São serviços municipais de saúde, abertos e comunitários. Sua abrangência é de base territorial, ou seja, assim como nas UBS, os atendimentos nos CAPS são realizados de acordo com o endereço residencial dos usuários. Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir dos NASF-ABs.

Os CAPS devem oferecer atendimento e acompanhamento aos portadores de transtornos mentais severos, na crise e fora da crise. Também devem atuar na comunidade e desenvolver atividades ligadas ao trabalho e à geração de renda (Garcia & Lucchesi, 2011). É função dos CAPS:

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, e promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ação intersetorial;
- regular, com os NASF-Abs, a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; e
- dar suporte à atenção à saúde mental na AP.

A assistência prestada ao paciente nos CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- atendimento em oficinas terapêuticas ministradas por profissionais de nível superior ou nível médio;
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias, enfocando a integração da pessoa doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social.

Há sete modalidades de CAPS:

- CAPS I: deve ter, no mínimo, cinco profissionais de nível superior e serve municípios de até 70 mil habitantes;
- CAPS II: tem um mínimo de seis profissionais de nível superior e serve municípios com mais de 70 mil habitantes;
- CAPS III: tem, no mínimo, oito profissionais de nível superior e serve municípios a partir de 200 mil habitantes. Oferece os mesmos serviços que os CAPS II, porém com horários estendidos, incluindo finais de semana e feriados. Oferece também leitos para hospitalidade noturna por um máximo de 14 dias;
- CAPS infantil ou CAPS I: especializado no atendimento a crianças e adolescentes;
- CAPS álcool e drogas ou CAPS AD: especializado no atendimento a dependentes de substâncias psicoativas;
- CAPS IV: tem estrutura semelhante à do CAPS III, mas com as especificidades do CAPS AD, e serve municípios com mais de 500 mil habitantes.

AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL

Correspondem ao nível secundário de atenção à saúde. Oferecem acompanhamento em consultas (não oferecem cuidados contínuos) a pacientes moderados e graves, fora de crise. Atendem apenas pessoas referenciadas pela atenção primária ou egressos de internação em hospitais psiquiátricos (Garcia & Lucchesi, 2011).

Além dos CAPS e dos ambulatórios de saúde mental, são considerados componentes da RAPS:

- Na Atenção Primária: UBS e NASF-AB;
- Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO): constituem espaço de convívio para um público heterogêneo, com vistas à reabilitação psicossocial. Este é o ponto da RAPS responsável pela interface entre a saúde e outros setores (cultura, esportes e trabalho). Os CECCOs muitas vezes se localizam em parques e oferecem atividades culturais e esportivas, em grupos abertos e fechados;
- Residências Terapêuticas: são moradias para até oito pacientes, sem autonomia e sem condições de conviver com a família;
- Pronto-socorro: portas de emergência em hospitais, oferecem avaliação psiquiátrica e observação (72h). O atendimento nos prontos-socorros é ininterrupto;
- SAMU;
- Enfermaria psiquiátrica em hospital-geral;
- Hospital psiquiátrico;
- Recursos informais do território: serviços prestados por familiares e amigos, associações de bairro, igrejas e grupos de autoajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas migrantes e refugiadas frequentemente vêm de origens linguísticas e culturais diferentes daquelas dos profissionais da saúde que as atendem. Além disso, suas experiências traumáticas anteriores e dificuldades de deslocamento e adaptação a um novo país aumentam a complexidade de prestação de serviços de saúde. Serviços e profissionais flexíveis, curiosos e responsivos às necessidades interculturais serão mais eficazes com essa população.

O conceito de competência cultural foi substituído nos últimos anos pelo de humildade cultural, que enfatiza uma atitude de abertura em vez do acúmulo de conhecimento sobre as diversas culturas.

O SUS atende a pessoas migrantes, refugiadas e solicitantes de refúgio, independentemente do *status* migratório, de acordo com a Lei nº 8.080/1990, que preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado. Mas, ainda hoje, existe uma dificuldade de efetivar esse direito, e o desconhecimento da organização dos serviços de saúde pode constituir uma barreira adicional de acesso. Conhecer o funcionamento do SUS e da RAPS permite aos profissionais da rede de acolhimento efetuar encaminhamentos qualificados aos serviços de saúde e, conseqüentemente, ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental de pessoas migrantes e refugiadas.

REFERÊNCIAS

- Costa E.M.A & Carbone M.H. (2004). *Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Garcia, L., & Lucchesi, M. (2011). A rede de serviços de saúde mental. In E. Miguel, V. Gentil, & W. Gattaz, *Clínica psiquiátrica* (pp. 1817). Manole.
- Garcia, L., & Santana, C. (2012). Saúde mental e atenção básica. In O. V. Forlenza & E. C. Miguel, *Compêndio de clínica psiquiátrica* (pp. 1830). Manole.
- Gonçalves, M. A. (2014). *Organização e funcionamento do SUS Florianópolis*. Departamento de Ciências da Administração (UFSC). https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401228/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%203ed%20GRAFICA.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa nacional de saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE.
- International Organization of Migration (IOM). (2019). *Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement*. <https://www.iom.int/sites/default/files/mhpss/v3-manual-on-cb-mhpss-in-emergencies-and-displacement.pdf>

Macinko, J., Guanais, F. C., & Souza, M. F. M. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 13-19.

Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental.

Ministério da Saúde (2010). Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Brasília.

Ministério da Saúde. (2020, 2 de janeiro). *MS garante em portaria marco que reconhece mais de 45 mil e SF no país, buscando garantir a assistência contínua da população na APS*. <https://aps.saude.gov.br/noticia/6815#:~:text=A%20Portaria%20n%C2%BA%203.566%2C%20de,serem%20financiadas%20pelo%20Governo%20Federal>

O'Donnell, P., Tierney, E., O'Carroll, A., Nurse, D., & MacFarlane, A. (2016). Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalized groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. *International Journal for Equity in Health*, 15(197).

Santana, C. L. A. (2018). Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00098818>

Santana, C. L. A., Silva, R. T., Carvalho, L., & Lotufo Neto, F. (2014). Redes de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes. In A. Mota, M. G. Marinho, & C. Silveira (Org.), *Saúde e história de migrantes e imigrantes* (v. 1, pp. 175). Casa de Soluções e Editora.

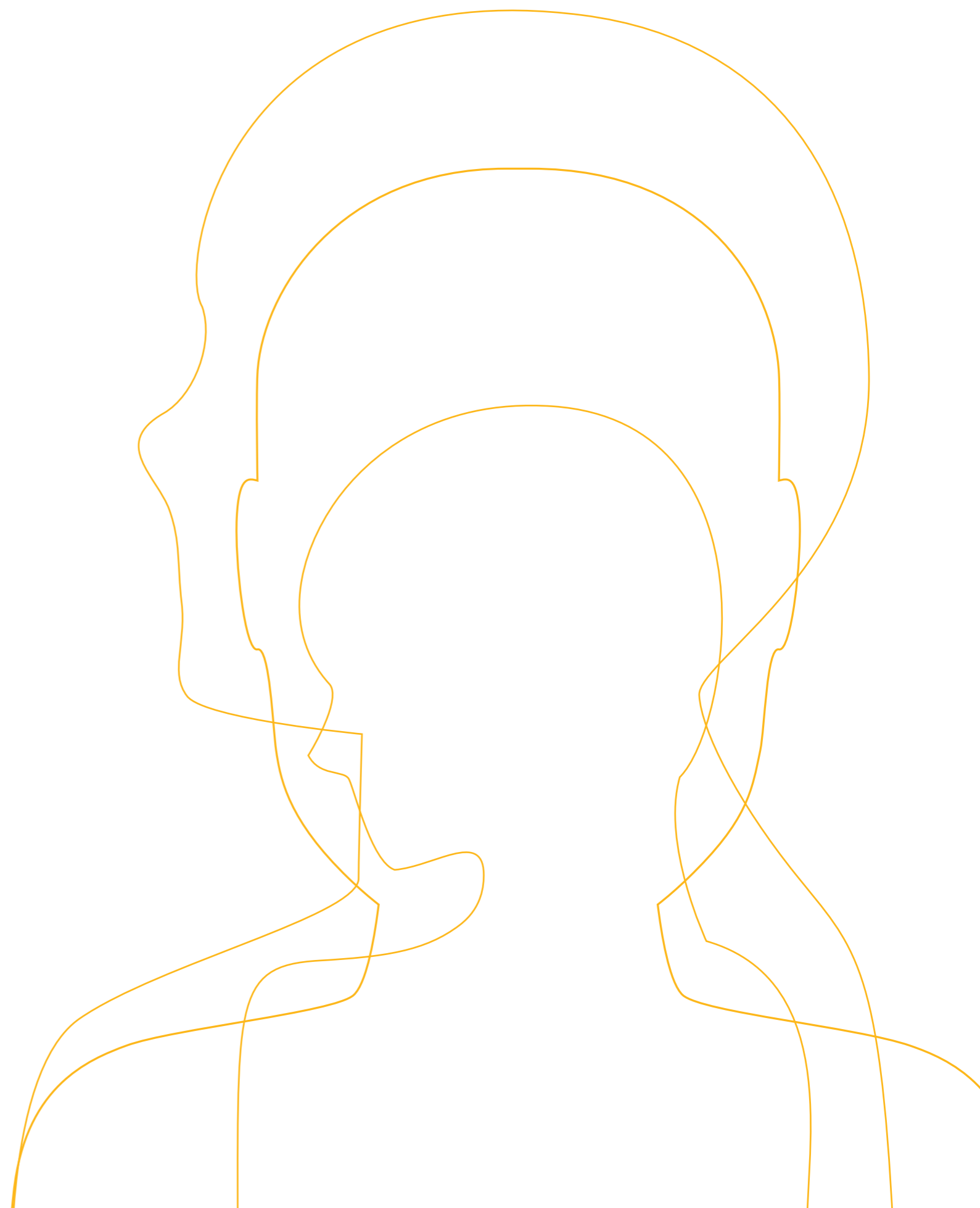
Sistema Único de Saúde. (2006). *O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde* (v. 1). São Paulo.

World Health Organization (WHO). (2018, 30 de março). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

LEITURAS COMPLEMENTARES

Mota, A., Marinho, M. G., & Silveira, C. (Org.). (2014). *Saúde e história de migrantes e imigrantes* (v. 1). Casa de Soluções e Editora.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Manole.



4. GÊNERO E MIGRAÇÃO

*Sylvia Dantas
Crislene Brito*

Neste capítulo, apontamos a categoria gênero como dimensão crucial no processo de inserção cultural e aculturação psicológica de pessoas em novos ambientes culturais.⁸ Como vimos no capítulo 2, a mudança para outra sociedade e cultura coloca em xeque o modo de ser, de ver o mundo, de se ver e de se relacionar, trazendo à tona a própria identidade. Cada um carrega consigo padrões e concepções de gênero da cultura de origem que, de uma forma ou de outra, poderão sofrer impacto ao ser contrastados com padrões e formas de expressão no local de destino.

A temática de gênero é ampla e complexa e vem ganhando espaço nos estudos migratórios em todas as áreas. É interessante notar que, um tempo atrás, a migração era vista como um fenômeno masculino, pois o deslocamento era entendido como uma empreitada realizada por homens. As análises e pesquisas migratórias não davam visibilidade à participação de mulheres, que eram vistas como acompanhantes ou seguidoras dos homens (Assis, 2011). Contudo, atualmente as mulheres compõem quase metade da população migrante no mundo e, nas últimas décadas, a migração está cada vez mais feminina. Dos 272 milhões de migrantes internacionais, 47,79% são mulheres (United Nations General Assembly, 2019). Elas migram por diversos motivos e muitas migram sós. O próprio deslocamento pode ser motivado por questões de gênero e orientação sexual. No Brasil, um levantamento realizado pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) junto ao Comitê Nacional para os Refugiados (Conare) aponta que, de 2010 a 2018, houve 369 solicitações de refúgio por parte de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo (LGBTQIA+), motivadas por temor de perseguição relacionada à orientação sexual e/ou identidade de gênero (ACNUR, s.d.)

Buscando contribuir para o trabalho de prevenção e promoção em saúde mental com a população migrante, apresentamos neste capítulo conceitos como gênero, papéis sociais de gênero, identidade de gênero, patriarcado, heteronormatividade, violência sexual e de gênero, bem como breves menções a pesquisas, estudos de caso e fatos relativos à migração e a contatos interculturais.

GÊNERO E IDENTIDADE DE GÊNERO

Ainda antes do nascimento, é frequente perguntar aos progenitores qual é o sexo do bebê – uma pergunta que, embora simples, guarda um conjunto de expectativas depositadas nesse novo ser.

⁸ Como apontado no capítulo 2, o termo “aculturação psicológica” não significa adoção da cultura de origem, como ocorre na assimilação, que é apenas uma das formas de aculturação. Constitui um complexo processo de negociação interna entre representações, significados, valores, imagens e padrões das culturas em contato.



Entramos aqui no campo dos estudos de gênero, uma área ampla, interdisciplinar, com diversas perspectivas e nuances.

Uma questão inicial à qual devemos nos atentar é a distinção entre gênero e sexo. O sexo refere-se à soma de características biológicas definidas na concepção: feminino/fêmea, masculino/macho ou intersexo.⁹ Já gênero constitui um conjunto de imagens, atributos e expectativas em relação aos sexos feminino e masculino, que varia conforme o período histórico e a cultura. Isso significa que gênero não é algo inato, uma vez que as pessoas não nascem com determinados atributos e características de comportamento em função de seu sexo; essas características vão se construindo a partir das relações sociais.

Gênero é uma construção social. É bastante ilustrativo pensarmos nas mudanças em relação ao que se espera das mulheres ou o que se permite a elas em diferentes culturas e épocas. Se algumas décadas atrás, no Brasil, as mulheres eram proibidas de estudar, atualmente isso é muito comum e até esperado. Guiar um automóvel também é algo comum para as mulheres brasileiras de hoje, mas na Arábia Saudita esse direito só foi conquistado em 2017 (Reuters, 2019). Nascemos diferentes biologicamente, mas às diferenças biológicas são atreladas ideias do que caracteriza cada sexo. A identidade de gênero refere-se a uma identificação profunda da pessoa como homem, mulher ou outro, que pode ou não corresponder à fisiologia ou ao sexo designado no nascimento.

Conforme Bourdieu (1999), há um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social, que produz nos corpos e nas mentes uma construção social naturalizada dessa arbitrária divisão. É importante demarcar essa diferença a fim de contrapor discursos ainda presentes que tentam atribuir características binárias e inerentes a homens e mulheres. Além disso, novos estudos apontam o caráter processual de gênero, ou seja, “gênero é o aparato pelo qual a produção do masculino e do feminino se manifesta”, não é algo fixo (Butler, 2014, p. 253).

PAPÉIS SOCIAIS DE GÊNERO, PATRIARCADO E SAÚDE MENTAL

Os papéis de gênero constituem o endosso, por parte do indivíduo, de características pessoais, ocupações, responsabilidades socialmente designadas e padrões de comportamento considerados apropriados para homens e mulheres numa determinada cultura. Variam entre e dentre culturas, conforme idade, classe social, raça/etnia, religião. Não são estáticos e mudam conforme as necessidades da sociedade em questão, ou seja, numa mesma sociedade, em diferentes momentos históricos, temos diferentes expectativas em relação aos papéis de homens e mulheres.

Os chamados papéis tradicionais ou conservadores em culturas patriarcais supõem que a função significativa da mulher está vinculada ao cuidado da casa e dos filhos e ao espaço privado, enquanto cabe ao homem prover financeiramente a família e estar presente no espaço público. Às diferentes esferas dos papéis conservadores estão relacionadas características e traços de personalidade: ao homem é associada racionalidade, independência, individualidade, autoconfiança, agressividade, lógica, assertividade e dominação. À mulher, emotividade, dependência, cuidado do outro, intuição, expressividade e submissão. Dois temas básicos são centrais à ideologia conservadora em relação aos papéis de gênero: a divisão de tarefas, na qual as atividades domésticas, como cozinhar, limpar a casa, lavar roupa e louça, e cuidar dos filhos e idosos, são atribuídas às mulheres e consideradas de menor valor; e o domínio masculino, comumente refletido na crença de que o marido é o “cabeça”, o chefe da família, que deve liderar as decisões. Assim, há também uma expectativa em relação ao casamento, que aparece como forte marcador social e definidor da inserção e aceitação

⁹ Intersexo refere-se à condição na qual a pessoa nasce com uma anatomia reprodutiva ou sexual e/ou com padrões cromossômicos que não se enquadram nas noções biológicas normativas de um homem ou uma mulher.

das pessoas na sociedade. Uma mulher não casada ou mesmo divorciada pode ser considerada não adequada ou transgressora das normas sociais.

Os papéis de gênero igualitários, por outro lado, referem-se a um compartilhar das responsabilidades financeiras e domésticas entre parceiros, havendo um encorajamento ao desenvolvimento da carreira da mulher. As características de personalidade tradicionalmente consideradas exclusivas a um ou outro gênero passam a ser partilhadas. Nesse sentido, homens, além de ser assertivos, podem ser emocionalmente expressivos, e mulheres, além de ser emocionalmente expressivas, podem ser assertivas e independentes. Dessa forma, mais do que emancipação feminina, fala-se atualmente de novas masculinidades, que vêm questionar as expectativas conservadoras associadas a masculinidades tóxicas. Nestas, a negação de suas fragilidades, emoções, dúvidas e sensibilidades afeta a saúde física e mental não só dos próprios homens como também de mulheres e crianças com quem estes se relacionam (OPAS, 2019).

Em pesquisa com famílias brasileiras nos EUA acerca da influência do processo migratório na dinâmica familiar, o conflito entre casais vinculado a seus papéis de gênero emergiu como o principal tema (DeBiaggi, 1996, 2002). Esta situação é, em geral, associada à mudança da mulher brasileira no novo país, como ilustra o comentário de Pedro, um dos entrevistados:

PORQUE ELAS CHEGAM AQUI E CONSEGUEM UM TRABALHO E TEM CONDIÇÕES DE SUSTENTAR SEUS FILHOS, ENTÃO POR QUE ELA VAI TOLERAR UM HOMEM, TALVEZ O MARIDO NÃO VALESSE À PENA OU ABUSASSE DELA, CERTO?

(DEBIAGGI, 2002, P. 97)

PARA ALGUNS AMIGOS MEUS AQUI É ESCRAVIDÃO. O FATO É QUE NO BRASIL AS MULHERES NUNCA DEMANDARAM ESTE TIPO DE COISA... PORQUE AS MULHERES MUDAM AQUI. EU ACHO QUE NO BRASIL, DEVIDO À SITUAÇÃO FINANCEIRA, ELAS ERAM MULHERES ... ELAS CUIDAVAM DE TUDO NA CASA ... AQUI ELA SE TORNOU UMA OUTRA PESSOA, ... COMPLETAMENTE ESTRANHA PARA ELE, AÍ O CASAMENTO TERMINA”

(DEBIAGGI, 1996, P. 25)

O contraste entre um arranjo familiar mais conservador e um papel mais igualitário da mulher emerge como uma ameaça à união familiar, como ilustrado no relato de Pedro. A separação dos casais é relatada como a temerosa consequência dessa “adversidade”. No relato, também vemos como os papéis e a identidade de gênero são fortemente imbricados e afetados pelos contextos migratórios de cada indivíduo e grupo. A fala de Pedro de que, com a migração, as mulheres deixam de ser mulheres e os homens tornam-se “escravos” denota o quanto a sua identidade masculina foi ameaçada. Isso gera um sofrimento que, não podendo ser elaborado, muitas vezes se expressa de forma violenta. Embora não haja dados sobre a violência doméstica entre casais de migrantes brasileiros, entende-se que essa é uma realidade conhecida (Assis, 2011). Fato semelhante ocorre com famílias de migrantes latino-americanos no Brasil, uma vez que esse contexto é relativamente mais favorável aos direitos das mulheres.

O que faz com que as mulheres demandem outro arranjo na relação não é apenas o fato de estarem trabalhando, mas também de estarem inseridas em um ambiente que, embora também seja patriarcal, apresenta menor conservadorismo (DeBiaggi, 2002). As mulheres entrevistadas na pesquisa atestam a importante influência do meio cultural na possibilidade de expressar anseios, sentimentos e desejos antes latentes, tornando mais aceitável o questionamento do *status quo*. A percepção das experiências passadas e a possibilidade de agir sobre estas no presente estão entrelaçadas. Se tivessem se mudado para um local tão ou mais conservador do que o ambiente de origem, elas provavelmente não teriam experienciado essa transformação.

É importante ater-se ao risco de generalizações em relação a sociedades e culturas consideradas mais conservadoras como sendo as únicas que produzem e reproduzem relações de desigualdade ou violência de gênero. Generalizações desse tipo levam a crer que todas as pessoas de uma determinada sociedade compartilham os mesmos padrões e podem reforçar estereótipos que apresentam certas culturas como “menos civilizadas”. Muitas vezes, países ditos desenvolvidos veiculam imagens de si mesmos como mais igualitários e acabam por encobrir situações de violência de gênero a fim de não comprometer essa imagem.

As relações de gênero envolvem poder, acesso e controle de recursos. As sociedades patriarcais se organizam de tal maneira que a propriedade, a descendência e a tomada de decisões relativas à maior parte das áreas da vida são de domínio dos homens. Suas normas culturais e sociais em geral designam menor valor aos papéis convencionalmente associados às mulheres. O patriarcado é um sistema de organização do poder masculino sobre o feminino para sustentar e recriar a dominação masculina e a subordinação feminina. Acredita-se que mulheres são inferiores aos homens e que há apenas dois sexos e dois gêneros, considerados naturais: macho ou masculino e fêmea ou feminino. Nesse sistema, a relação de desigualdade se expressa na objetificação de mulheres e pessoas fora desse padrão. Isso traz diversas implicações, entre as quais a imposição de padrões de beleza a partir do olhar masculino, a percepção de que o corpo feminino seria uma propriedade do homem e a desumanização de pessoas que não se enquadram nessas normas.

No contexto migratório, a violência sexual e de gênero marca as narrativas de indivíduos de diversas formas. Muitas vezes, esse tipo de violência representa o fator determinante para a fuga do local de origem, mas as pessoas podem estar sujeitas a esse tipo de violação durante sua jornada e mesmo no local de destino (Freedman, 2016; Phillimore et al., 2021). A violência sexual e de gênero pode ser tanto física como psicológica, incluindo violência doméstica, assédio e violência sexual, exploração e tráfico de pessoas, sendo considerada uma violação de direitos humanos. No Pacto Global para Migrações, firmado por 160 países-membros da ONU em 2018, a violência sexual e de gênero foi objeto de atenção especial, de modo que os países signatários se comprometeram a desenvolver ações para combatê-la em todo o processo migratório.

A violência doméstica é, muitas vezes, silenciada em função não apenas da pressão social sobre a mulher para que não desfaça a família e do sentimento de culpa que a acompanha, mas

também do medo de represálias. No caso de mulheres migrantes, isso se agrava por conta do desconhecimento da língua e das leis do país receptor (como a lei Maria da Penha no Brasil), bem como da possibilidade de sofrer preconceito e xenofobia na busca por auxílio (Guagliano, 2021).

Outro momento delicado para as migrantes é o parto. A não compreensão e o desprezo, por parte de profissionais da saúde, em relação às formas como se concebe o ato de dar à luz na cultura de origem destas mulheres constitui uma forma de violência obstétrica. A autonomia das mulheres é retirada e a tecnologia médico-hospitalar coloca-as na condição de pacientes passivas. O parto de cócoras e em quatro apoios, por exemplo, é adotado pelas culturas Aymara (na Bolívia e no Peru) e Mapuche (no Chile), sendo a cesárea considerada um mal a ser evitado (Warmis, s.d). Sabemos, no entanto, que o Brasil apresenta um alto índice de cesáreas e que, por vezes, as migrantes são pressionadas a adotar esse procedimento.

SEXUALIDADE, HETERONORMATIVIDADE E INTERCULTURALIDADE

Quando gênero e sexualidade são dimensões tidas como seguras, essenciais, universais (Louro, 2004), a experiência dos sujeitos que escapam às regras socialmente prescritas é percebida como ameaça às certezas e às convenções culturais. Tais ideias estão vinculadas à heteronormatividade que rege os relacionamentos romântico-amorosos e que considera que a única sexualidade apropriada e natural é entre homens e mulheres.

As pessoas cuja orientação sexual, identidade ou expressão de gênero diferem das normas vigentes muitas vezes enfrentam discriminação, rejeição e mesmo violência na comunidade e dentro de suas famílias. Cabe lembrar que, em 73 países, as relações homossexuais consensuais são criminalizadas atualmente. Além disso, em alguns países, pessoas trans também são penalizadas, e crianças intersexo, submetidas a cirurgias e esterilização (ACNUR, 2017).

O refúgio de pessoas LGBTQIA+ emerge, então, tanto como uma forma de escapar às perseguições quanto como a busca de um espaço em que elas possam ter o direito de expressar suas identidades anteriormente negadas. Como mencionado, o Brasil recebeu 369 solicitações de refúgio motivadas por temor de perseguição relacionada à orientação sexual e/ou identidade de gênero entre 2010 e 2018 (ACNUR, s.d). É importante estarmos atentos para o fato de que o sofrimento causado pela discriminação não se encerra com a chegada ao país hospedeiro. Em geral, migrantes buscam apoio social e emocional entre seus conterrâneos, que, porém, podem reproduzir os padrões preconceituosos da cultura de origem. Assim, por medo de sofrer discriminação novamente, solicitantes de refúgio LGBTQIA+ podem esconder a sexualidade ou se afastar da comunidade de origem (França & Fontgaland, 2020).

A imposição de padrões de gênero e sexualidade é um fenômeno histórico, que permeia os contatos interculturais. Essas relações de força ficam evidentes nos estudos que apontam como a heteronormatividade patriarcal foi parte intrínseca dos processos coloniais – processos de heterossexualização compulsória, racialização e catequização “civilizatória” violentamente impostos (Fernandes, 2019). Para muitos povos originários, o gênero era uma categoria muito mais fluida e não algo binário, como o que foi imposto através da colonização europeia. Na América do Norte, as pesquisas indicam que 150 povos pré-coloniais reconheciam um terceiro gênero. Conforme documentaram historiadores, essa era uma realidade comum a muitas outras culturas em diferentes regiões do globo (Fernandes, 2019). Sabe-se do papel elevado de líderes espirituais na África Ocidental pré-colonial; dos Muxes na cultura Zapoteca, sul do México; dos Bakla nas Filipinas pré-coloniais; e dos Hijra na Índia, no Paquistão, em Bangladesh e no Nepal: todos transgêneros. A partir de 1990, surge na América do Norte o movimento pan-indigenista *Two-Spirit* para nomear e dar visibilidade ao terceiro gênero, violentamente apagado

pela colonização.¹⁰ Uma pessoa *two-spirit* pode ser reverenciada e considerada capaz de ver o mundo sob as perspectivas feminina e masculina.

Vemos, assim, a importância de um olhar amplo e inclusivo para com a diversidade na migração em relação a questões de gênero e sexualidade. É fundamental para aquele que acolhe compreender e rever como esses padrões se dão em sua própria cultura e em seu próprio processo de socialização, a fim de não os impor às pessoas com quem trabalha, algo que pode ser vivido como mais uma violência.

INTERSECCIONALIDADE

Ao discutirmos papéis sociais de gênero, apontamos características estereotipicamente femininas, como docilidade, delicadeza, emotividade e dependência, e masculinas, como agressividade, liderança e racionalidade. No entanto, em espaços de acolhimento para migrantes, um homem que chega sozinho, vindo de uma região considerada menos desenvolvida, muitas vezes é visto com desconfiança ou percebido como ameaça, especialmente se apresenta essas características ditas masculinas. Aquilo que é visto em um homem branco de elite como algo positivo torna-se uma transgressão em um homem racializado (de raça/etnia considerada inferior).¹¹ Ele é tido como um potencial assediador, baderneiro, entre outras imagens temerosas. Sua busca por auxílio se depara com olhares nada receptivos, o que gera maior solidão e desamparo.

Essas questões são colocadas pelos estudos interseccionais, que apontam como a questão de gênero se entrelaça a outros fatores de subordinação, como classe e raça, em estruturas de poder e hierarquização social indissociáveis umas das outras (Collins, 2015). Ao observar os fenômenos migratórios, é necessário considerar esses entrelaçamentos que impactam como as pessoas vivenciam a migração e são recebidas. O perfil étnico-racial também pode facilitar ou dificultar a inserção das mulheres que migram. De forma semelhante ao que ocorre com as brasileiras negras (Leal, 2020; Ribeiro, 2016), as migrantes racializadas são invisibilizadas e associadas à imagem de mulheres destinadas a ocupações servis, além de serem reduzidas a objetos sexuais e hipersexualizadas. Os atributos acima descritos como da feminilidade não cabem a elas, mas às mulheres brancas de elite. Coloca-se, assim, a necessidade de articulação entre todas as possíveis condições enfrentadas por mulheres e outros sujeitos subalternizados, considerando também fatores como nacionalidade, religião e idade.

¹⁰ O vídeo *What does "two-spirit" mean?*, do canal Them, traz esclarecimentos sobre esse movimento. Está disponível em <https://youtu.be/A4lBibGzUnE> (acessado em 19 de abril de 2021).

¹¹ Não existe raça no sentido biológico. Biologicamente, os seres humanos são todos da raça humana. A raça existe como um conjunto socialmente construído de categorias usadas fundamentalmente para a desigualdade e a opressão social (Johnson, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão de gênero é fundamental no trabalho com populações migrantes. Cada um carrega consigo concepções de gênero que fazem parte de sua identidade, lhe dão sentido em relação a quem se é e sobre como se relacionar. Em contato com outra cultura, essas concepções podem ser colocadas em xeque, impactadas por outras formas de ser e se relacionar. Diante disso, um complexo processo de negociação interna ocorre, levando à desconstrução e reconstrução de representações e imagens de si. Contudo, nem sempre esses processos são compreendidos por aqueles que trabalham com a pessoa migrante, que podem, por desconhecimento ou preconceito, considerar sua identidade e maneira de ser como se fossem fixas. É importante entender que essa rede de significados fortemente arraigados tem um tempo de elaboração que será diferente para cada um. Há de cuidar também para que não sejam impostas concepções de gênero e de sexualidade como parâmetro para todos, sejam elas conservadoras ou igualitárias.

A inserção em outras sociedades pode tanto promover a emancipação de mulheres e outros sujeitos subalternizados como significar um recrudescimento e uma violação de direitos fundamentais. O fortalecimento de vínculos e redes de afeto de mulheres migrantes, promovido pela participação em coletivos, rodas de conversa e outros espaços de troca, é importante para o processo de ressignificação de suas relações e identidades em sentido emancipatório. Promove-se, assim, a possibilidade de viver de forma mais digna e autônoma.

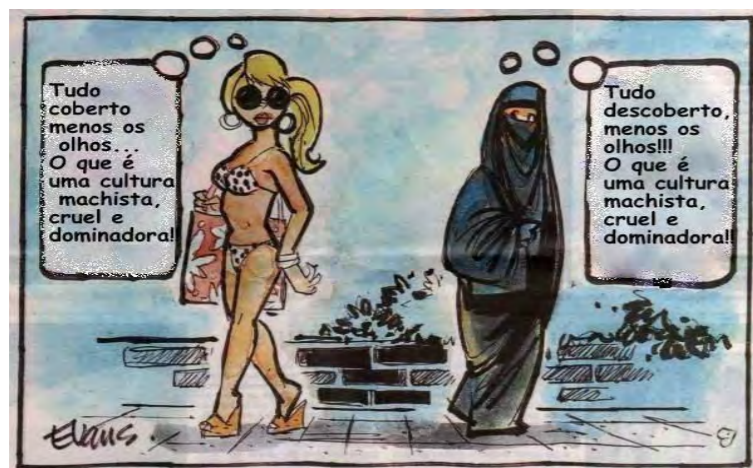
Como vimos neste capítulo, um olhar intercultural envolve a compreensão de como o gênero atravessa as identidades e as relações intersubjetivas e robustece o trabalho de prevenção e promoção de saúde mental de migrantes. Finalizamos, a seguir, com sugestões de aprofundamento nesse tema.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

Pense no seu caso: quais foram as expectativas de seus pais ou cuidadores em relação a seu gênero? Na sua criação, notou diferenças de tratamento entre irmãos, irmãs ou primos e primas? Se você fosse de outro gênero, classe social ou raça/etnia, as expectativas seriam diferentes?

Veja a charge do cartunista neozelandês Malcolm Evans a seguir. Como você a relaciona com o que foi apresentado neste capítulo?

FIGURA 1 – CRUEL CULTURE - APRIL 2011 (TRADUÇÃO LIVRE)



Fonte: <https://www.facebook.com/evanscartoons>

REFERÊNCIAS

ACNUR. (2017). *Cartilha informativa sobre a proteção de pessoas refugiadas e solicitantes de refúgio LGBTI*. <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-informativa-sobre-a-prote%C3%A7%C3%A3o-de-pessoas-refugiadas-e-solicitantes-de-ref%C3%BAgio-LGBTI-ACNUR-2017.pdf>

ACNUR. (s.d). *Perfil das solicitações de refúgio relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero*. <https://www.acnur.org/portugues/refugiogbti/>

Assis, G. (2011). Mulheres migrantes no passado e mulheres migrantes no presente: gênero no presente: gênero, redes sociais, redes sociais e migração internacional e migração internacional. *Estudos Feministas*, 15(3), 745-772.

Assis, G. (2011). Entre dois lugares: as experiências afetivas de mulheres imigrantes brasileiras nos Estados Unidos. In A. Piscitelli, G. Assis, & J. Olivar, *Gênero, sexo, amor e dinheiro: Mobilidades transnacionais envolvendo o Brasil* (pp. 321-362). Unicamp/Pagu.

Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Bertrand Brasil.

Butler, J. (2014). Regulações de gênero. *Cadernos Pagu*, 42, 249-274.

Collins, P. H. (2015). Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In R. Moreno (Org.), *Reflexões e práticas de transformação feminista* (pp. 13-42). SOF. (Coleção Cadernos Sempreviva. Série Economia e Feminismo, 4)

DeBiaggi, S. D. (1996). Mudança, crise e redefinição de papéis: as mulheres brasileiras lá fora. *Travessia*, 26, 24-26.

DeBiaggi, S. D. (2002). *Changing gender roles: Brazilian immigrant families in the U.S.* LFB Scholarly Publishing.

Fernandes, E. R. (2019). “Existe índio gay?” *A colonização das sexualidades indígenas no Brasil* (2. ed.). Brazil Publishing.

França, I., & Fontgaland, I. (2020). Gênero, sexualidade e deslocamentos: notas etnográficas sobre imigrantes e “refugiados LGBTI” no norte do Brasil. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 28(59), 49-68.

Freedman, J. (2016). Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee “crisis”. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.003>

Guagliano, C. (2021, 23 de junho). Isolamento social pelo Covid-19 intensifica violência doméstica contra mulheres imigrantes. *MigraMundo*. <https://migramundo.com/isolamento-social-pelo-covid-19-intensifica-violencia-domestica-contra-mulheres-imigrantes/>

Johnson, A. (1997). *Dicionário de sociologia*. Jorge Zahar.

Leal, H. (2020). Feminismo negro: blogs de ciência da Universidade Estadual de Campinas. *Mulheres na Filosofia*, 6(3), 16-23. <https://www.blogs.unicamp.br/mulheresnafilosofia/feminismo-negro/>

Louro, G.L. (2004). *Um corpo estranho: Ensaio sobre sexualidade e teoria Queer*. Autêntica.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). (2019). *Masculinidade tóxica fará com que 1 em cada 5 homens nas Américas não alcancem os 50 anos*. <https://www.paho.org/pt/noticias/19-11-2019-masculinidade-toxica-fara-com-que-1-em-cada-5-homens-nas-americas-nao-alcancem>

Phillimore, J., Pertek, S., Akyuz, S., Darkal, H., Hourani, J., McKnight, P., Ozcurumez, S., & Taal, S. (2021). “We are forgotten”: forced migration, sexual and gender-based violence, and coronavirus disease-2019. *Violence Against Women*, 28(9), 2204-2230. <https://doi.org/10.1177/10778012211030943>.

Reuters. (2019, 2 de agosto). O que podem e não podem fazer as mulheres sauditas? Público. <https://www.publico.pt/2019/08/02/impair/noticia/podem-nao-podem-mulheres-sauditas-1882199>

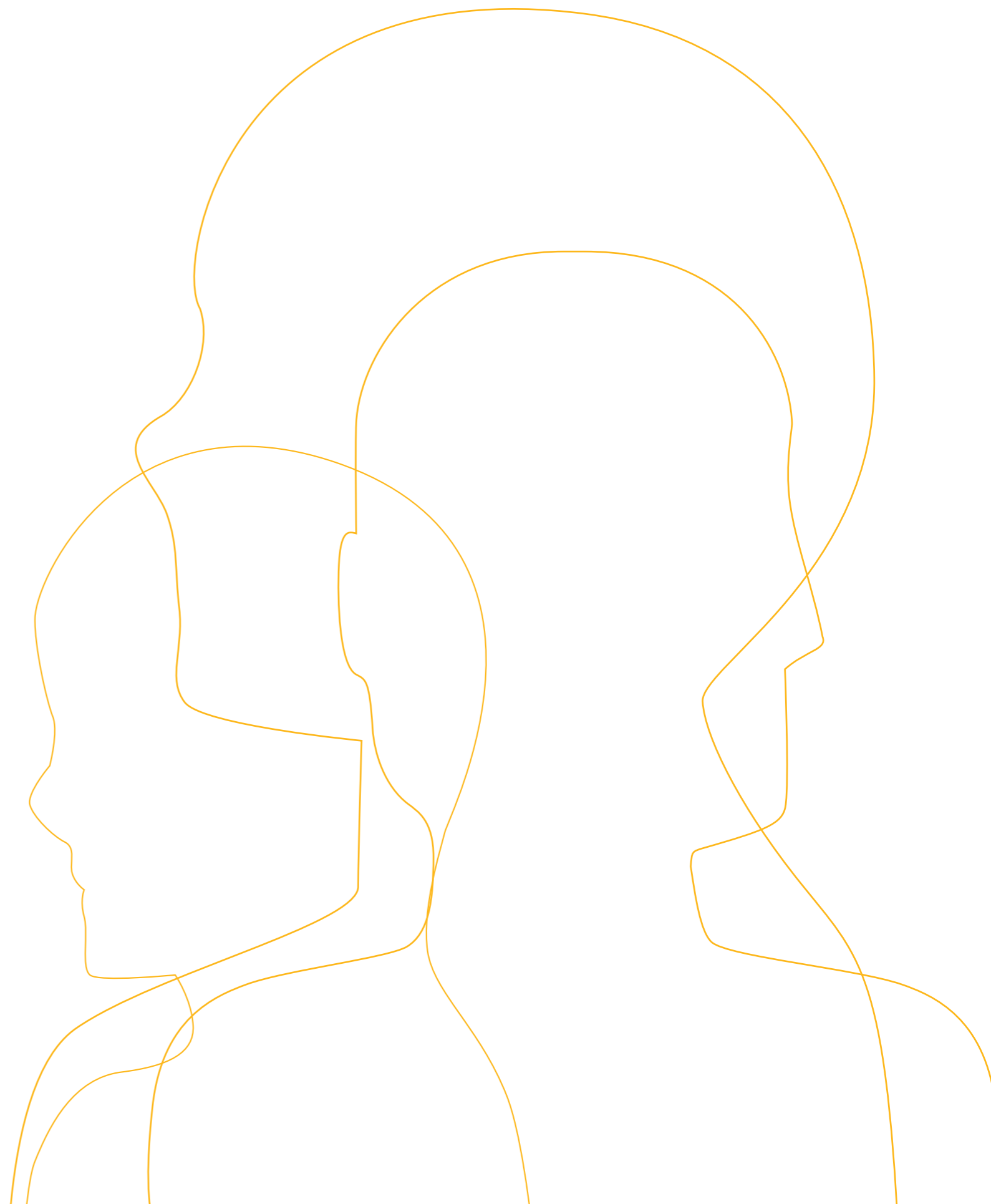
Ribeiro, D. (2016). Feminismo negro para um novo marco civilizatório: uma perspectiva brasileira. *Sur*, 13(24), 99-104. <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/9-sur-24-por-djamila-ribeiro.pdf>

United Nations General Assembly. (2019). *Global compact for safe, orderly and regular migration*. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195

Warmis (s.d.). *Considerações ao atendimento do parto e nascimento nas mulheres imigrantes da Bolívia, Chile e Peru*. http://warmis.org/images/warmis_folder_calorcorporal_A42.pdf

MATERIAL COMPLEMENTAR

- *Eu não sou um homem fácil*, filme francês lançado em 2018 pela Netflix.
- Documentário *O silêncio dos homens*, de 2019. Esse filme é parte de um projeto que ouviu mais de 40 mil pessoas a respeito das masculinidades e resultou, também, num livro-ferramenta, com dados públicos, por meio de um convênio com o Consórcio de Informações Sociais (CIS) da Universidade de São Paulo.
- Site do [Museu da Imigração](#), que fornece números e fontes sobre mulheres na migração contemporânea (acesso em 21 de abril de 2021).



5. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA MIGRAÇÃO

Márcia Zaia

O profissional que trabalha com migrantes tem diante de si a tarefa de desenvolver competências que o aproximem de uma atitude intercultural. Entender como a religiosidade se constitui e se manifesta contribui para um olhar mais amplo e menos etnocêntrico. Neste capítulo, definiremos alguns conceitos para, em seguida, oferecer um panorama da dimensão da religião e religiosidade e suas interações no contexto migratório.

RELIGIÃO E RELIGIOSIDADE

**CANTAR, DANÇAR E VIVER A EXPERIÊNCIA MÁGICA DE
SUSPENDER O CÉU É COMUM EM MUITAS TRADIÇÕES.
SUSPENDER O CÉU É AMPLIAR O NOSSO HORIZONTE, NÃO
O HORIZONTE PROSPECTIVO, MAS UM EXISTENCIAL**

(KRENAK, 2019, P. 15)

O estudo sistemático do fenômeno religioso emergiu da necessidade de entender de maneira mais crítica, livre de julgamentos de valor e ao mesmo tempo distanciando-se da teologia e da filosofia, até então hegemônicas na compreensão do fenômeno religioso (Filoramo & Prandi, 1999). Os estudos em ciências da religião desenvolveram-se agregando saberes da linguística, antropologia cultural, psicologia e sociologia, possibilitando um conhecimento científico do tema. Neste texto, entendemos o pluralismo do objeto, ou seja, sempre que nos referirmos à religião, não a reduziremos a um fenômeno único; portanto, faz-se importante o uso do termo no plural:



religiões, ou diferentes credos, estruturas de sentido, rituais, práticas e cosmovisões.

Distinguiremos religião de religiosidade, sendo a primeira definida como um sistema, um conjunto de crenças, referindo-se à dimensão institucional, e a segunda, à dimensão pessoal, mesmo que engendrada socialmente. Temos, portanto, religião definida como organização externa de crenças, valores, mitos e ritos, e que frequentemente corresponde à existência histórica de um corpo social hierarquizado, ao qual algumas pessoas aderem. Conforme a compreensão de Geertz (1989), religiões são modelos do mundo para o mundo, funcionam como um ordenamento do cotidiano, regulam comportamentos, oferecem modelos explicativos e fórmulas de boa convivência. Podem ser um dos veículos mais satisfatórios para localizar o indivíduo na sociedade e oferecer uma possível resposta à eterna pergunta: quem sou eu? (Geertz, 1989). Já com a palavra “religiosidade” nos referimos à experiência pessoal, subjetiva e singular de vivenciar o fenômeno religioso (Valle, 1998).

Outro termo muito usado atualmente é “espiritualidade”. Nesse âmbito, cabe a flexibilização das normas que as religiões impõem, relações com diversos credos, aproximações com práticas orientais e indígenas, sem necessariamente absorver seu cânon ou sua tradição, permitindo um contato mais direto com a transcendência (se houver). A religiosidade pode ser uma maneira de a espiritualidade se manifestar, mas não a única. É possível viver uma espiritualidade não religiosa, uma vez que a espiritualidade é uma referência ao sentido, não necessariamente ao transcendente (Amatuzzi, 2005).

Metáforas, símbolos e conceitos – e muitos outros tipos de representação – servem para dar expressão às nossas imagens compartilhadas de um ambiente último. Os mitos, os símbolos e os rituais ligados à religião podem ser entendidos como formas de dar sentido ao mundo. Pensemos em crenças sobre a natureza do divino, o destino final ou o propósito da vida. As tradições religiosas mundiais duradouras são as guardiãs vivas de imagens simbólicas. Elas despertam as pessoas para uma percepção imaginativa das condições últimas de existência e capacitam-nas a celebrar ou assentir às visões de valor e poder transcendentais que elas medeiam. O reino de Deus da concepção judaico-cristã e as instâncias nas quais os mortos atravessam nas doutrinas espiritualistas-kardecistas são exemplos de ambientes últimos.

As culturas apresentam diferenças em suas visões da natureza de Deus. Algumas religiões tribais referem-se a um Deus Criador ou deuses como seres da natureza; nas tradições bíblicas monoteístas, Deus é ativo e tem poder sobre o mundo; na tradição hindu, a divindade Brahman é consciência, alegria, o poder sagrado que anima a própria existência (Tarakeshwar et al., 2003). Os caminhos que devem ser percorridos para estar em harmonia com o divino também variam nas tradições e culturas: o Islã, por exemplo, estabelece cinco pilares para todos os muçulmanos (declaração de fé, orações, jejum durante o mês de Ramadã, esmolas e peregrinação a Meca). No budismo, temos o Caminho Óctuplo: sinceridade e compaixão; ação certa: abster-se de matar, mentir, roubar; sustento correto: envolver-se em ocupações que promovam a vida. No candomblé, os adeptos cumprem rituais que agradam aos orixás, solicitando sua intervenção e auxílio, ao mesmo tempo que homenageiam e honram as características próprias a cada divindade. Estes aspectos geram diferentes comportamentos e atitudes diante do social e do outro. Influenciam a construção de concepções como o enfrentamento do estresse, a formação de relações sociais, as atitudes ocupacionais, os conflitos, a satisfação com a vida.

Essas percepções do mundo e do divino estão condicionadas às mediações do universo simbólico, religioso ou não, ao qual as pessoas estão submersas desde a infância. Aqui, entra a questão: como se formam indivíduos religiosos?

A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE RELIGIOSA

A religiosidade é condicionada pela cultura e pela socialização (Grom, 1994). As vivências, os pensamentos, se desenvolvem sob condições e influências psicossociais. A interiorização das interpretações religiosas está relacionada com a existência de uma linguagem e um ambiente no qual a religião é culturalmente valorizada. A religiosidade é marcada pelas relações nas quais o crente se insere – indivíduos, grupos e instituições – e pela maneira como interage com essas instâncias. Isso não exclui a possibilidade de que cada indivíduo ou grupo percorra caminhos próprios e viva a fé de sua comunidade de uma maneira pessoal e criativa.

Na maioria das vezes, a religiosidade, a partir da socialização primária, tem suas raízes na família de origem e se modifica sob a influência da socialização secundária: escola, comunidade, grupos de educação religiosa, idade, amigos, meios de comunicação. Pode haver ainda a opção dos pais por uma educação religiosa, e são vários os exemplos de escolas não laicas: católicas, adventistas, judaicas, islâmicas, luteranas, entre outras. Muitas delas têm a intenção de preservar a identidade religiosa, manter e compartilhar os valores inerentes a cada credo.

Uma criação ou educação religiosa favorece a busca por explicações e predições dos acontecimentos dentro do campo divino. Nesse sentido, a religiosidade pode ser entendida como a disposição a aceitar atribuições religiosas no lugar das não religiosas na explicação dos eventos da vida. Essa propensão está vinculada à convicção de que Deus ou deuses participam e intervêm na vida. A religiosidade se faz presente no cotidiano ordinário e extraordinário. Participar de rituais, fazer preces, oferendas, comportar-se de acordo com os valores religiosos são exemplos de que as atitudes são orientadas por um determinante divino. Um exemplo interessante é a festa das alasitas, na comunidade boliviana em São Paulo, durante a qual são oferecidos às divindades pertencentes à Pachamama objetos em miniatura, representativos daquilo que a pessoa tem como desejo ou objetivo: carro, casa, passaportes, diplomas.

Entendemos que a religiosidade é relacional, isto é, o outro (simbólico e/ou concreto) se faz presente sempre. A religiosidade fundamenta-se nas primeiras relações da criança e seu entorno, podendo evoluir na identidade de indivíduos, interiorizada de uma maneira refletida e madura. A presença do outro é fundamental para entender a religiosidade na migração e no refúgio. Ao migrar, o sujeito depara-se com o outro em todos os sentidos.

MIGRAÇÃO, REFÚGIO E RELIGIÃO

A maioria dos processos de deslocamento gera revisões identitárias: quem sou eu na nova sociedade? O que pauta a sua vida e, inevitavelmente, o que pauta a minha? Vimos que a religião ou religiosidade exerce grande importância na vida das pessoas das diferentes culturas, a ponto de ser um significativo preditor do comportamento. Transições críticas da vida, como adolescência, casamento, parto e morte, podem servir como ocasiões de significado religioso. A experiência migratória pode ser considerada uma dessas transições.

Embora as religiões possam conter elementos ritualísticos semelhantes, a relevância dos rituais pode ser diferente, pois cada contexto cultural influencia e molda as crenças e práticas religiosas. O mesmo cânon religioso pode adquirir formatos e expressões diversos de acordo com a cultura em que se insere. Um bom exemplo é encontrado na expressão do luto. Uma pesquisa etnográfica realizada em duas comunidades muçulmanas no Egito e na região de Bali revelou que, apesar da religião em comum, os membros das duas culturas lidam de maneira muito diferente com a morte. No Egito, a morte de uma criança precipitou intensas reações emocionais, enquanto os balineses reagem de maneira aparentemente mais calma e contida. O *ethos* cultural no Egito permite e

incentiva a expressão emocional como uma forma de enfrentamento positivo. Já em Bali, essa mesma expressão é desaconselhada (Tarakeswar et al., 2003). Outro exemplo interessante, após o sério terremoto de 2010 no Haiti, foi que muitas famílias adeptas ao vodu ficaram angustiadas diante da impossibilidade de enterrar os cadáveres que não puderam ser encontrados. Os rituais funerários são extremamente importantes na determinação do bem-estar da pessoa na vida após a morte e também na sua possibilidade de se relacionar com o mundo dos vivos (IOM, 2021).

A religião pode atuar no contexto migratório do indivíduo, favorecendo ou dificultando estratégias de integração. Exemplos que possibilitam estratégias integrativas são: festas, rituais, contatos sociais, oportunidades de trabalho, ajuda financeira. No Brasil, a ação das entidades religiosas em favor das pessoas migrantes é fundamental, muitas vezes suprindo a ausência de ações estatais. Cabe destacar que muitas dessas instituições não procuram a conversão das pessoas que atendem. Sua ação não está necessariamente relacionada ao credo do indivíduo migrante ou refugiado, prestando apoio independentemente da religião.

Não podemos estabelecer uma relação mecânica e determinística. O deslocamento migratório pode acentuar a religiosidade como forma de defesa cultural, ou mesmo dissipar tensões ou pressões religiosas. Algumas migrantes muçulmanas em São Paulo relataram o início do uso do véu ao chegarem ao Brasil, em uma clara tentativa de restaurar sua identidade e valores diante da nova cultura laica (Zaia, 2006). Se a cultura receptora ameaça os valores do cânon religioso, muitas vezes esses grupos mantêm-se fechados e distantes. Isso pode ocorrer em função da relação com a sociedade majoritária de inserção.

Desenraizar-se, muitas vezes, significa descolar-se de aspectos identitários profundos e significativos. A perda de determinados elementos culturais pode trazer sensações de vazio, falta de sentido e marginalização. Para enfrentar os sentimentos de angústia que muitas vezes a mudança traz, é necessário que o indivíduo sinta que algo permanece constante em si. Nesse sentido, a religião pode exercer as seguintes funções na imigração:

- Satisfação de necessidades emocionais e cognitivas através da confirmação social: estar em grupo que compartilha ideais e sentidos pode oferecer plausibilidade para as próprias crenças. Essa sensação de compartilhamento permite ao ser humano sentir-se parte de um todo, sobretudo em um momento de ruptura (inerente à maioria dos processos de deslocamento);
- Rede de apoio/auxílio material: diversas instituições religiosas ajudam migrantes com cestas básicas, roupas, móveis e também redes de contato, trabalho, aulas da língua local e apoio emocional. Em São Paulo, por exemplo, a Paróquia Nossa Senhora da Paz tem uma longa trajetória no trabalho com migrantes, provendo serviços de advogados, psicólogos e assistentes sociais;
- Propiciar experiências comunitárias livres da pressão por rendimento e competitividade. Essas experiências reúnem indivíduos que podem ter um universo distinto de crenças, criando um contexto para a interação social e intimidade e um sentimento de pertencimento;
- A dimensão simbólico-ritualística permite a conexão com emoções muito peculiares, que trazem memórias e uma sensação de vínculo com o país de origem. Escutar orações e cânticos na própria língua remete a um lugar de reconexão, a um espaço potencial, seguro e reconfortante capaz de favorecer a transição entre o país de origem e o novo mundo externo. A pessoa migrante precisa de um espaço potencial que lhe permita e facilite a transição. Toda a herança cultural trazida e mantida pela religião pode funcionar nesse sentido. Por meio de regras e cenários codificados, a religião oferece ocasiões para expressar emoções negativas e positivas. O uso de metáforas, imagens, personagens enraizados em tradições possibilita às pessoas comunicar experiências negativas de uma forma segura, protegidas no interior de suas próprias tradições (IOM, 2021).

A participação em rituais religiosos e cerimônias deve ser incentivada, pois favorece essa conexão com a própria tradição e permite o estabelecimento de redes. É importante que as equipes multidisciplinares possuam um ou mais membros imbuídos da tarefa de aprender com crenças religiosas e espirituais das comunidades, narrativas tradicionais e iconografia, ritual e calendários cívicos do grupo com o qual estejam trabalhando (IOM, 2021).

RELIGIÃO E SAÚDE MENTAL DA PESSOA MIGRANTE

**ESSA TRAVESSIA QUE CONVOCA TRAVESSIAS DAS
NOSSAS PAISAGENS INTERIORES. A VIAGEM OBRIGA-
NOS A SERMOS OUTROS, A DESCENTRARMOS, A
DESLOCARMOS PARA FORA DE NÓS. A VIAGEM IMPLICA A
DISPONIBILIDADE PARA NOS DILUIRMOS, A VONTADE DE
SERMOS APROPRIADOS POR OUTRAS ALMAS**

(COUTO, 2011, p. 174)

O profissional que trabalha com migrantes tem como tarefa desenvolver ou fortalecer competências interculturais a fim de proporcionar um atendimento mais adequado, eficaz e livre de discriminação ou visões estereotipadas. Entender como a religiosidade se constitui e se manifesta contribui para um olhar mais amplo e menos etnocêntrico. Nesta seção, apresentaremos a relação entre religiosidade e saúde mental de migrantes e posturas profissionais que podem facilitar o diálogo com essa população.

Por não se definir dentro dos parâmetros da racionalidade científica, a religiosidade pode ser vista como expressão de patologias e/ou comportamentos primitivos e ingênuos. É um terreno fértil para preconceitos, generalizações, imposições da cultura ocidental, que tende a classificar, sem compreender, através de diagnósticos médicos e psicológicos. Aqui incorremos no risco do universalismo, que se impõe sem que nos atentemos às particularidades culturais. No que concerne à dimensão religiosa, é necessário sair do binarismo “crer ou não crer” e compreendê-lo dentro de um modelo complexo de referência, que nos obriga a empregar competências interculturais a fim de considerar a cultura desse outro como essencial.

As crenças religiosas ou espirituais são parte da conceituação de saúde e assumem pesos diferentes a cada cultura. Por exemplo, estudantes em Uganda relataram que fatores sobrenaturais tiveram mais influência sobre sua saúde do que estudantes britânicos que achavam que a religião era irrelevante para seu estado de saúde (Tarakeswar et al., 2003). Entre os Maori, a saúde é influenciada por quatro dimensões: espiritual, mental, física e familiar. Para um migrante haitiano em São Paulo, sua doença era produto de *maladi fetich* (“doença do feitiço”, em crioulo haitiano), uma perseguição (Bersani, 2019). De acordo com Handerson (2010), os “praticantes do Vodou acreditam na existência dos seres espirituais, que vivem em algum lugar no universo, estando completamente ligados e em comunhão com os seres humanos”. Nessa perspectiva, cada pessoa teria duas almas, *Gros-bon-ange* e *petit-bon-ange*. A primeira está associada diretamente ao corpo, portanto, o adoecer do corpo é o adoecer da alma.

O modo como se expressam essas significações pode ou não ser traduzido como sinais e sintomas. Há que notar as diferenças de linguagem e o sentido que adquirem quando vinculados a um ou outro ordenamento social. As práticas culturais e os saberes tradicionais que fazem parte do repertório de migrantes muitas vezes são negligenciados e suprimidos em nome de um suposto saber real e concreto, proveniente das ciências médicas. Há, por parte dos profissionais de saúde, um desconhecimento dos sistemas de pensamento e dos universos religiosos.

TIDOS ENQUANTO DISCURSOS ILEGÍTIMOS QUE COLOCAM EM RISCO AS “BOAS PRÁTICAS MÉDICAS”, AS NARRATIVAS DOS PRÓPRIOS SUJEITOS SOBRE COMO ELES PENSAM E VIVEM SEUS SOFRIMENTOS VÃO SENDO REITERADAMENTE DESPREZADAS E NEGLIGENCIADAS. IMBUÍDOS DA ILUSÓRIA TAREFA DE CAPTURAR E PRODUZIR A “VERDADE” SOBRE O CORPO, AS DOENÇAS OU A MORTE, POSTULANDO A PRIMAZIA DA DIMENSÃO BIOLÓGICA, OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DA SAÚDE TÊM SE HABITUADO AO EXERCÍCIO DE AFASTAR OS ASPECTOS “CULTURAIS E RELIGIOSOS” QUE, NA MELHOR DAS HIPÓTESES, PODEM SER CONSIDERADOS ENQUANTO FICÇÕES DISCURSIVAS, VAZIAS DE SENTIDO REAL

(BERSANI, 2019, P. 39).

Não esqueçamos que nossos conceitos de saúde, doença, magia, cosmovisões, justiça também são atravessados por dimensões políticas e sociais – aquilo que pode não estar imediatamente visível, mas molda ações e comportamentos. Nem sempre é fácil controlar e observar o modo como nossos próprios valores sociais, crenças e visões de mundo se apresentam nas nossas práticas. Estar atento a isso é imprescindível para quem trabalha com migrantes. Reconhecer-se é fundamental para reconhecer o outro.

Perceber as nuances da apropriação da religiosidade e suas manifestações impõe-se como um desafio aos profissionais, pois exige que o discurso religioso seja compreendido sob outra lógica. Uma postura esperada do profissional é a de voltar-se para a experiência humana, estando atento a como é vivida e relatada por cada sujeito, acolhendo-a na sua maneira peculiar de existir e expressar o mundo que o cerca e minimizando os próprios julgamentos. Isso não implica distanciamento, mas um processo de reflexão que deve incorporar as matrizes culturais como parte do modo como a pessoa se apresenta, aproximando-se de seu universo de referência, ao mesmo tempo em que se dá atenção ao sentido produzido na relação, no encontro intercultural. Nesse momento,

é possível construir uma terceira narrativa. Estar atento à visão de saúde e doença, respeitar a religião e/ou as convenções espirituais, mantendo abertura para receber o universo simbólico e mítico, os valores sobre o funcionamento do corpo e da mente, pode representar uma significativa diferença no momento da interação, assim como respeitar as práticas de cura e os rituais que podem auxiliar no tratamento. Isso evidentemente não exclui apresentar, oferecer e facilitar o acesso e o apoio da rede sanitária disponível.

Pode-se nomear como autoconsciência cultural entendermo-nos como seres permeados pela cultura, convidados a perceber as atitudes e crenças que afetam negativamente nossas percepções e interações: identificar os próprios limites e desconfortos diante do outro; reconhecer nossa bagagem e patrimônio cultural e como isso molda nossa visão do mundo e do outro; conhecer os contextos históricos e sociais das pessoas com as quais trabalhamos e como acompanham o processo da imigração; entender como fatores como pobreza, opressão, racismo, sexismo e discriminação atravessam as vivências individuais (Dantas et al., 2021).

Para finalizar, sugerem-se algumas reflexões fundamentais:

- De que maneira a dimensão religiosa afeta meu comportamento no mundo?
- De que modo meus valores, religiosos ou não, se impõem na relação com o outro?
- Como sou afetado pela religião, religiosidade ou espiritualidade do outro?
- De que maneira a dimensão religiosa poderia interferir no processo de integração da pessoa migrante ou refugiada?

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. (Org). (2005). *Psicologia e espiritualidade*. Paulus.
- Bersani, A. F. (2019). Doença ou feitiço? Um relato sobre o fenômeno do “mal-estar” e a experiência migratória na metrópole paulistana. *Revista Mandaú*, (7), 8-17. <https://www.seer.ufal.br/index.php/revistamundau/article/view/8639>
- Couto, M. (2011). *E se Obama fosse africano?* Companhia das Letras.
- Dantas, S. D., Zaia, M., Silva, M. M. de S. e, Ferreira, L., & Bartsch, J. (2021). A pandemia dos outros: acolhimento psicossocial intercultural como desintoxicação narrativa e ressignificação existencial. *TRAVESSIA – Revista do Migrante*, (91), 1-16. <https://revistatravessia.com.br/travessia/article/view/976>
- Filoramo, G., & Prandi, C. (1999). *As ciências das religiões*. Paulus.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. LTC.
- Grom, B. (1994). *Psicología de la religión*. Herder.
- Handerson, J. (2010). *Vodu No Haiti – Candomblé no Brasil: Identidades culturais e sistemas religiosos como concepções de mundo afro-latino-americano* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pelotas]. <https://wp.ufpel.edu.br/ppgs/files/2014/06/joseph.pdf?fbclid=IwAR1hXh8VUBK-TQIS531HvoSVttKHgxnVMo5kFfm7vbguj0cDXKa-XyqF1rw>
- International Organization for Migration (IOM). (2021). Rituals and celebrations. In R. Libanora, K. Angi, & G. Schininà. *Manual on community-based mental health and psychosocial support in*

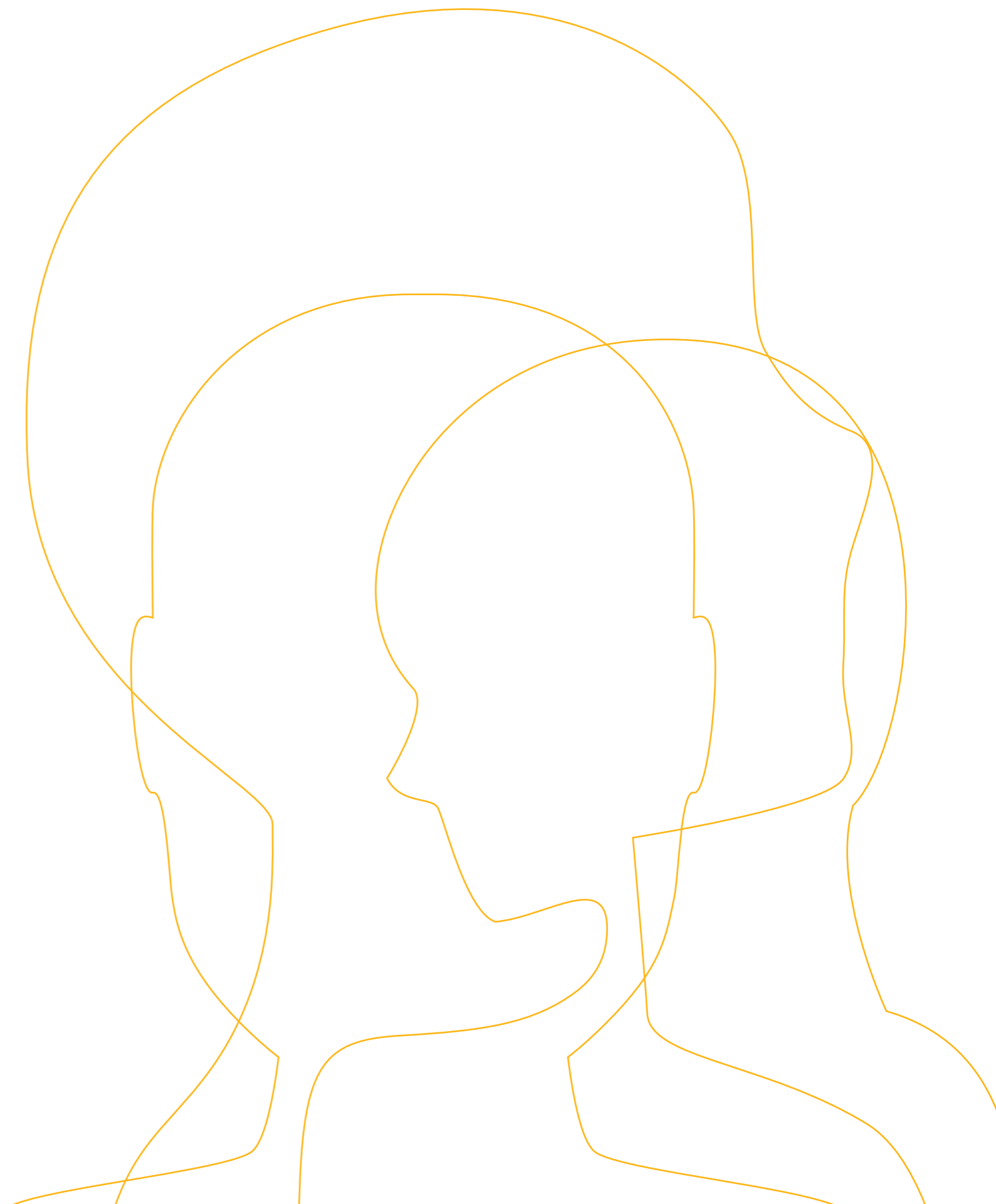
emergencies and displacement (pp. 90-98). IOM. <https://www.iom.int/sites/default/files/mhpss/IOM%20Manual%20on%20Community-Based%20MHPSS%20in%20Emergencies%20and%20Displacement.pdf>

Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. Companhia das Letras.

Tarakeshwar, N., Stanton, J., & Pargamen, K. (2003). Religion: an overlooked dimension in cross-cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34(4), 377-394. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.850.4307&rep=rep1&type=pdf>

Valle, E. R. (1998). *Psicologia e experiência religiosa*. Loyola.

Zaia, M. (2006). *O véu não cobre pensamento* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/2015>



6. FAMÍLIA E MIGRAÇÃO

Gabriela Mantaut Leifert

O acelerado desenvolvimento tecnológico e a rapidez da transmissão das informações e das viagens intercontinentais aproximam grupos de diferentes nacionalidades e etnias, gerando consequências tanto para quem se desloca quanto para as sociedades receptora e de origem. Compreender esse mundo globalizado e intercultural e interagir com ele representa um dos grandes desafios da atualidade para a sociedade, os indivíduos e as famílias.

A migração não é um fenômeno novo, mas a rapidez em que ocorrem as trocas dos espaços culturais é algo nunca visto. Sabemos que o encontro com uma cultura diferente tem fortes implicações na vida das pessoas e o cotidiano pode se tornar difícil e complicado. Ao migrar, o sujeito perde toda uma rede de conexões e significados que estruturam e dão sentido à sua vida. Terra natal, paisagens, costumes, comidas e hábitos, entre outras referências, são deixados para trás. A pessoa migrante entra em contato com uma realidade desconhecida e tem que aprender uma nova língua e integrar novos hábitos, valores e costumes. Fazer uma nova rede, portanto, torna-se necessário para restabelecer um sentimento de conexão e pertencimento.

Este capítulo aborda a complexidade das questões relativas ao processo de migração e seu impacto na família. Ao pensarmos na temática família e migração, alguns questionamentos se fazem presentes: por que as pessoas migram e em que condições? O processo de migração se deu de forma voluntária ou forçada? Qual é a função da rede social no destino e no país de origem para o sucesso do deslocamento? Por quais mudanças a família passa ao migrar?

O aporte teórico adotado na análise destas questões é uma interlocução entre a Psicologia Intercultural e a Teoria Familiar Sistêmica, que serão abordadas ao longo do capítulo.

DEFINIÇÃO DE FAMÍLIA

É a partir do intercâmbio social, histórico e culturalmente situado, que as pessoas ativamente produzem e constroem sentidos sobre a família. Segundo Martins et al. (2015), há muitas versões possíveis de como uma família é constituída, pois um único modelo não pode servir adequadamente em uma sociedade diversa e heterogênea. Quando falamos em família, muitos arranjos vinculares podem acontecer: famílias homoafetivas femininas e masculinas, famílias monoparentais, famílias reconstituídas, famílias onde os filhos são criados pelos avós e famílias transnacionais, que permanecem ligadas mesmo a distância. Temos que ter em mente também que cada cultura e etnia vai compor arranjos relacionais diferentes. Algumas culturas podem incluir a comunidade e



as relações ancestrais no conceito de família. Outras são mais restritas à família nuclear e ampliada.

Para Macedo (1994), a família tem uma função organizadora, que é estabelecida através de laços de consanguinidade, padrões de residência, transmissão da cultura e códigos legais, e também educativa, socializadora e normativa, entre outras. A autora, comenta, que não podemos entender a família como uma realidade em si, independente dos sujeitos que a concebem.

Na maioria das pesquisas transculturais, e apesar das especificidades de cada família, constatou-se que ela tem dois atributos básicos: levar a cabo o desenvolvimento das crianças e promover a socialização. As tarefas básicas da família vão além da criação de filhos. Estas se destinam à capacidade de gerar o desenvolvimento pessoal de cada um dos seus membros e sua incorporação ativa no ambiente social, com o objetivo de manter a identidade e a coesão familiar (Gimeno, 2003).

TERAPIA FAMILIAR E PSICOLOGIA INTERCULTURAL

Para a terapia familiar sistêmica, a família é definida como um sistema, isto é, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua interação com o meio exterior, mantendo o equilíbrio interno. A família é vista, ainda, como uma unidade de tratamento (Sampaio, 1984). Dessa forma, os terapeutas priorizam as interações entre os indivíduos e o contexto em que essas interações acontecem. O comportamento sintomático pode ser entendido de forma relacional, como um entrelaçamento de mútuas influências entre as ações dos membros da família.

Inseridos dentro de um contexto social e relacional, as interações e os problemas desse núcleo são compreendidos como respostas adaptativas, que visam manter a homeostase do sistema. Portanto, a noção de patologia fica suspensa, buscando-se entender os indivíduos dentro das interações em que a relação ocorre. A abordagem sistêmica tem como recursos clínicos o genograma, árvore genealógica que resgata a história de no mínimo três gerações. Outra ferramenta importante é a atitude do terapeuta, voltada para o contexto em que se produzem as interações, através de uma escuta ativa e uma postura focada no não saber, ou seja, uma escuta voltada para compreender e não para demarcar o lugar do *expert* ou daquele que sabe *a priori*. Portanto, o terapeuta observa os padrões relacionais que conectam as narrativas, produzindo conjuntamente novos significados.

Na abordagem intercultural, também se prioriza o contexto em que são produzidas as interações. Alguns conceitos ligados ao encontro entre culturas podem ser úteis nessa compreensão relacional. Sabemos que o contínuo encontro entre culturas leva os indivíduos a diferentes estratégias de aculturação psicológica, com maior ou menor permeabilidade na adaptação, causando diferentes níveis de integração e estresse. A aculturação psicológica é definida por Berry et al. (1992) como processo de transformação que os indivíduos experimentam em resposta às mudanças de contexto cultural. Esse fenômeno provoca mudanças na cultura de origem de ambos os grupos, ou seja, na sociedade receptora e no grupo em aculturação.

Quando pensamos em família, também podemos adotar esse modelo de compreensão, tendo o cuidado de perceber que diferentes atitudes de aculturação podem ser observadas dentro de um mesmo grupo familiar a depender da idade, do gênero e do tipo de inserção do indivíduo na sociedade ampliada.

Quanto à motivação, Suárez-Orozco e Suárez-Orozco (2003) relatam que as famílias que migram espontaneamente o fazem com a perspectiva de melhorar de vida, seja do ponto de vista econômico, seja para seu desenvolvimento profissional. Contudo, o que eles não preveem é que a experiência de migração pressupõe um alto custo afetivo e emocional, promovendo transformações profundas. Por outro lado, as migrações forçadas, como em situações de asilo e

refúgio, não dão escolha à família, aumentando consideravelmente o nível de estresse, já que o desejo de migrar não era prevalente nesse caso.

ETAPAS DO PROCESSO DE MIGRAR

Temos conhecimento de que questões adversas geopolíticas, religiosas e econômicas movimentam populações em busca de lugares mais dignos e seguros para morar. Para compreender as vivências do processo de migração e suas consequências emocionais e materiais, temos que investigar as motivações, condições e circunstâncias desse evento.

Ao migrar, a família passa por diversas fases. Sluzki (1997) estabelece um modelo explicativo que denomina os estágios do processo de migração, visualizando o indivíduo como protagonista.

PREPARAÇÃO

Primeiros movimentos concretos feitos pelas pessoas em relação à migração, que podem ser: troca de emails, requerimento de visto e planejamento da rota. O planejamento pode ser vivido de forma intempestiva ou levar meses na ruminação da ideia. Nesta fase, a família pode viver períodos de euforia e tensão. Pode também fazer alguém de bode expiatório, no sentido de desviar a atenção do evento principal que seria o deslocamento. As motivações podem ser positivas ou negativas. A mulher, em geral, se encarrega de fazer esse elo afetivo com o que se está perdendo e, por vezes, acaba sendo estigmatizada como mais sensível e vulnerável ou excessivamente sentimental. Se a mudança teve conotação positiva, melhora econômica e de padrão de vida, fica negada a possibilidade de sentir tristeza ou perda nessa hora, pois a família estaria se preparando para viver algo “melhor”.

O ATO DE MIGRAR

Existem pessoas que decidem migrar e outras que são obrigadas a fazê-lo, o que modifica consideravelmente o modo de adaptação e a qualidade da experiência para cada um. Algumas famílias buscam “queimar pontes”, isto é, vendem tudo o que possuem e a migração ganha um caráter definitivo, sem expectativa de volta. Outras migram deixando um porto seguro, ou seja, planejam migrar “por um tempo”, mas mantêm a ideia de retorno sempre presente. Existem famílias que migram regularmente, enquanto outras o fazem de forma irregular, ficando à margem das instituições da sociedade ampliada e vivendo uma situação de medo e estresse constante. Algumas pessoas migram em família ou sozinhas; em grandes grupos ou em uma rota solitária; com preparação ou sem conhecimento prévio. Muitas famílias enviam um membro para explorar o local de destino e verificar as possibilidades de emprego e moradia, antes que o restante da família o siga. Como não há clareza do tempo que essa separação pode durar, as crianças podem ser as mais prejudicadas caso a pessoa migrante seja um dos pais.

PERÍODO DE MORATÓRIA

Tudo parece agradável, interessante, como se fosse temporário. Esta é uma fase de moratória. A família se concentra em satisfazer as necessidades e em compartilhar a sobrevivência. Neste primeiro momento, vive-se a “lua de mel”, pois tudo é novo, agradável e temporário, como se estivessem de férias prolongadas. Em seguida, as dissonâncias culturais são percebidas, mas não são levadas em conta em prol da adaptação familiar. O estresse ocasionado pelo processo de deslocamento não se manifesta intensamente nas primeiras semanas. Isso não se aplica a famílias refugiadas ou solicitantes de refúgio, pois elas migraram de maneira forçada pelas circunstâncias.

PERÍODO DE DESCOMPENSAÇÃO OU CRISE

Nesta fase, as dificuldades passam a ser sentidas de forma severa. A família percebe que não está de férias e que o evento é definitivo. Aquilo que incomoda passa a ser vivido de forma extrema. É um período repleto de conflitos, sintomas e dificuldades. As regras que funcionavam no país de origem já não são efetivas na cultura do novo país. Nas famílias formadas por casais heterossexuais, observamos tensões específicas nessa fase no que se refere às questões de gênero. Eles percebem que têm somente um ao outro para resolver as tensões. A dissociação feita no estágio anterior – homem centrado nas situações presentes e futuras e mulher mais centrada no presente e no passado, relacionado ao país de origem – torna-se conflitiva após os primeiros meses de migração, pois o casal passa a vivenciar seus papéis de forma diferente. A mulher permanece mais conectada com o passado, e o homem, com o futuro, polarizando os *rols* (papéis sociais) e provocando crise no casal. Neste período, podem ocorrer sintomas como depressão e abuso de álcool, e as crianças podem apresentar dificuldades escolares e de adaptação. Muitas vezes, é neste momento que a família procura ajuda profissional.

IMPACTO TRANSGERACIONAL

Os esforços de adaptação da família vão ser percebidos fortemente pela segunda geração. Nesse sentido, pode ocorrer um choque transgeracional e negociações precisam ser feitas entre a cultura paterna e a nova cultura adotada pelos filhos no país de migração. Os filhos apresentam comportamentos e modos de pensar diferentes dos de seus pais. Eles podem assumir a cultura e os valores do país de acolhida de maneira distinta, o que pode gerar conflitos entre gerações. O idioma dos pais, os valores, os costumes do país de origem e a transmissão ancestral podem ser fontes de questionamento pela nova geração de crianças que migraram pequenas ou que nasceram no país de acolhida.

MUDANÇAS NOS PAPÉIS E NAS DINÂMICAS FAMILIARES DOS REFUGIADOS

Segundo a OIM (2021), em seu caderno de saúde mental e reassentamento de pessoas refugiadas, as famílias podem enfrentar conflitos internos devido às mudanças nos papéis dos seus membros de diferentes gerações (IOM, 2021). Os membros da geração mais velha podem se tornar dependentes

de seus filhos ou netos em certos aspectos de suas vidas, e as crianças são mais facilmente capazes de aprender a nova língua, portanto, de adaptar-se e fazerem-se de intérpretes dos seus avós.

Por sua vez, os refugiados mais jovens podem receber mais responsabilidades do que em seu país de origem, como, por exemplo, encontrar um emprego para sustentar financeiramente suas famílias. Essas alterações de funções e responsabilidades têm impactos diferentes sobre as identidades e o bem-estar dos membros da família. Os mais jovens podem viver o aumento da responsabilidade com estresse e raiva pela pressão de sustentar suas famílias, enquanto os idosos podem desenvolver baixa autoestima e sentimento de não pertencer à comunidade, ou sentir-se frustrados e sem função. Por outro lado, essas mudanças na dinâmica também podem estimular os membros da geração mais jovem, levando-os a ser proativos na aprendizagem de novas habilidades necessárias em casa, flexíveis e adaptáveis às mudanças, favorecendo seu amadurecimento e desenvolvimento.

Mudanças nos papéis de gênero também podem ocorrer em famílias reassentadas. Por exemplo, em algumas culturas, os homens são responsáveis por sustentar financeiramente sua família, enquanto as mulheres devem cuidar da casa e dos filhos. No país de reassentamento, as mulheres podem ter que começar a trabalhar para sustentar a família. Nesses casos, pode ocorrer desconforto e até mesmo conflito quando os membros da família confrontam seus valores e cultura tradicionais. Dependendo do contexto, as mulheres podem se sentir fortalecidas por suas novas funções e pela ampliação dos seus direitos. Segundo Falicov (2005), a migração envolve um grande sistema de relações interconectadas. Não é uma experiência que pertence somente a quem sai de um país, pois inclui aqueles que ficam e aqueles que irão surgir nas gerações que virão. Filhos transnacionais também podem desenvolver laços com seus lares ancestrais. Na atualidade, com a rapidez nas comunicações, famílias permanecem interconectadas, e esses vínculos continuam a evoluir com o tempo.

Ao tratar as famílias, temos que ter em mente essa complexa interação dinâmica e observar, através dos seus relatos, as nuances de conflitos que podem ser mediados a partir de uma escuta inclusiva, que respeite os valores familiares e ilumine suas competências. Também é importante colocar em perspectiva todas as demandas a que a família foi submetida, que podem ressignificar sentimentos negativos como resposta.

INTERFERÊNCIA DAS CONDIÇÕES DA MIGRAÇÃO NA VIVÊNCIA DO PROCESSO

VOLUNTÁRIA OU INVOLUNTÁRIA

Segundo Falicov (2011), as migrações diferem significativamente caso sejam realizadas de forma voluntária ou involuntária. Pessoas refugiadas forçadas a abandonar as suas famílias, seja por motivos religiosos ou políticos, seja por guerras, muitas vezes experimentam trauma e sentem-se intensamente ambivalentes em relação à saudade, ao retorno e à necessidade da partida. Essa angústia pode ser menor para aquelas famílias que deixam voluntariamente o seu país em busca de uma vida melhor.

As famílias e pessoas refugiadas vivem uma ambiguidade dolorosa por terem escapado de uma situação terrível, sem garantia de um futuro seguro. Seu futuro é incerto, pois fica à mercê de uma decisão sobre sua condição jurídica que implicará na sua permanência ou não no país de acolhida.

DOCUMENTADO OU INDOCUMENTADO

Ainda segundo Falicov (2011), o *status* da migração cria contextos físicos, sociais e emocionais muito diferentes. Uma pessoa ou família que migra sem documentação sofre danos potenciais, que podem variar de uma perigosa passagem por uma fronteira à morte por desidratação, roubo ou violação por contrabandistas. Em vários casos, os abusos sofridos por essas pessoas envolvem escravidão ou prostituição infringida pelo empregador. Diversas vezes, as famílias são divididas, e um dos genitores por se encontrar indocumentado pode ser extraditado. Muito estresse psicológico resulta em viver “no escuro” por causa do medo e da detenção, que pode culminar na deportação.

PROXIMIDADE DA TERRA NATAL

A possibilidade de visitar a terra natal medeia a intensidade da perda e a possibilidade de um ganho. A capacidade de fazer visitas ao país de origem, ou mesmo residir nos dois países, tendo uma vida “transnacional”, alivia a dor de migrantes. Trata-se de uma opção menos viável para aqueles cujos países estão muito longe.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR NA MIGRAÇÃO

As tensões de separação, reunificação ou adaptação à cultura hospedeira variam de acordo com o tipo de composição familiar e a forma como esse processo vai se dar: se em etapas ou de uma só vez, e se a migração acontece em conjunto como casal, família ou grupo estendido. A composição das famílias antes ou após a migração (famílias de três e quatro gerações para arranjos nucleares de duas gerações, ou único pai ou indivíduo sozinho) tem implicações importantes para as conexões e desconexões familiares, que afetam os resultados da empreitada como um todo (Falicov, 2011).

RECEPÇÃO NO PAÍS DE ACOLHIDA E INSERÇÕES NA COMUNIDADE

Recepções ambivalentes ou negativas e falta de oportunidades econômicas e sociais adequadas, por causa da raça e/ou discriminação de classe, alteram a capacidade para absorver as perdas envolvidas na migração. Os apoios sociais também variam no que se refere a recriar espaços culturais em bairros étnicos ou em ambientes de trabalho. Sem essas conexões, o isolamento pode contribuir para uma série de consequências biopsicossociais (Falicov, 2011).

Todos esses fatores determinarão condições específicas de recursos e desafios para cada família, bem como o significado da experiência de migração em si.

A IMPORTÂNCIA DA REDE SOCIAL NA ADAPTAÇÃO E NO EQUILÍBRIO EMOCIONAL DA FAMÍLIA

Uma das perdas mais importantes no processo de deslocamento é a da rede social pessoal e familiar. Esse desenraizamento promove uma ruptura que o indivíduo e a família precisam reconstruir no novo ambiente.

Para Sluzki (1997), a rede social pessoal são todas as relações que o indivíduo percebe como

significativas, ou seja, seu nicho particular de vínculos. Constitui um dos fatores fundamentais para a experiência individual de identidade e bem-estar. O mapa da rede social pessoal pode ser desenhado em quatro quadrantes: família, amigos, relações de trabalho e/ou escolares e relações comunitárias ou de serviço. A confecção desse mapa com as famílias mostra-se um ótimo exercício a ser aplicado quando queremos trabalhar os recursos pessoais que elas possuem e incentivar as vantagens de ampliar a rede para o bem-estar pessoal. Segundo Sluzki (1997), a rede social tem uma série de funções na vida cotidiana, entre as quais destacamos:

- *Convívio social*, no que diz respeito à realização de atividades compartilhadas e a apoio emocional, compreensão e empatia.
- *Compartilhamento de informações*, dicas do dia a dia, indicação de especialistas ou ajuda física, incluindo serviços de saúde, e informação sobre novos contatos para a conexão com pessoas ou redes.
- Interações que promovem uma *regulação social*, neutralizando possíveis desvios de comportamento em relação às expectativas coletivas, bem como facilitação da resolução e mediação de conflitos.
- Participação ativa de amigos e parentes na *regulação dos dilemas familiares*, inclusive em situações de violência intrafamiliar, e oferecimento de ajuda material e serviços.

Para os profissionais que trabalham com essas famílias, é importante compreender o mapeamento da rede pessoal familiar e entender que muitos problemas podem ser entendidos como subprodutos dessa perda. Encorajar a família a contar sobre seu passado, bem como lembrar sua história e suas vivências no país de origem, resgata os recursos e dá um novo sentido ao momento atual.

Fazer uma nova rede no país de acolhida é fundamental para o sucesso da adaptação e para a superação das adversidades, assim como manter a rede social do país de origem, para obter o máximo de conforto possível no enfrentamento dessa jornada. Os profissionais da saúde precisam ter uma escuta atenta para as histórias narradas e fomentar que elas possam ser contadas. Neste momento, fazer perguntas que mostrem uma curiosidade genuína é fundamental.

OS PROCESSOS DE PERDA NA EMIGRAÇÃO

Todas as pessoas migrantes experimentam algum tipo de perda. Isso pode ser vivenciado de forma ambígua, pois tudo o que foi perdido pelo ato de migrar não deixou de existir, apenas ficou para trás (Falicov, 2011).

Uma exceção é o caso de migrantes forçados, incluindo refugiados e solicitantes de refúgio, cuja migração é consequência de desastres, conflitos ou perseguições. Seres queridos dessas pessoas podem ter desaparecido ou morrido, suas comunidades podem ter sido devastadas, e seus percursos migratórios, realizados em condições precárias. Para estes grupos, as perdas podem ser maiores e menos ambíguas do que para migrantes que se deslocam por vontade própria, pois eles não podem voltar ao país de origem, dado o risco à sua integridade física ou até de perda da própria vida.

O conceito de “perda ambígua” foi proposto pela psicanalista Pauline Boss (1999) para descrever situações nas quais a perda é confusa, incompleta ou parcial e se aplica a algumas situações enfrentadas pelas pessoas durante o processo migratório:

- Presença psicológica, mas ausência física: por exemplo, as migrações em que um ou ambos os pais se separam dos filhos.
- Presença física, mas ausência psicológica: por exemplo, quando algum membro da família está emocionalmente isolado, por depressão ou algum outro transtorno, mas fisicamente presente.

Na migração, os dois tipos de perda ambígua são vividos simultaneamente. As pessoas e os lugares estão fisicamente ausentes e, ao mesmo tempo, a saudade e as lembranças os tornam presentes na mente da pessoa migrante. Por outro lado, a nostalgia e o estresse da adaptação ao novo país podem deixar alguns membros da família psicologicamente ausentes, mesmo quando fisicamente presentes.

APLICAÇÕES PRÁTICAS

Ajudar a família a reconstruir sua história, fortalecer seus pontos fortes e recontar seu percurso pode ser um poderoso fio condutor para restabelecer laços perdidos e riquezas adormecidas. As famílias raramente têm a oportunidade de conversar sobre o evento da migração pois sua preocupação normalmente gira em torno do sustento e da adaptação. Por vezes, falar sobre os sentimentos ou sentir saudades não são prerrogativas bem-vindas, pois podem ser vividas pela família como abertura de brecha para desconfortos e tristezas. Portanto, encontrar um ambiente seguro para falar desses assuntos se torna reconfortante.

Escutar o outro em um ambiente seguro favorece a empatia e possibilita construir novos significados. As perguntas geram respostas que são ouvidas por todos os familiares, fornecendo perspectivas individuais e coletivas que podem ajudar a tecer uma nova narrativa mais confortável, agora no país de acolhida.

PERGUNTAS QUE PODEM AMPLIAR O ENCONTRO COM FAMÍLIAS

A narrativa de migração de uma família pode ser estimulada por perguntas. É aconselhável que o facilitador ou facilitadora inclua atenção ao passado e às complexas interações atuais entre todos os atores, seja de forma objetiva, seja imaginária, com o intuito de coconstruir uma narrativa atualizada e integrada ao presente (Borsca, 2016).

- que o seu país de origem significa para você?
- que o seu país de acolhida significa para você?
- Qual foi o motivo da migração?
- Qual era o contexto de vida familiar no momento da migração?
- Quem teve a ideia de migrar? Quem gostou mais e quem gostou menos?
- Alguém na família havia migrado? Se sim, quando?
- Como foi a escolha do país de acolhida?
- Alguém ajudou e/ou incentivou a realização deste projeto?
- A família participou igualmente da decisão?
- Qual foi a primeira impressão da chegada para cada um?
- Do que sentiram saudade? (Perguntar para cada um).

Quais são as principais diferenças no país de origem e no de acolhida?

Do que cada um gostou mais?

Qual é a principal dificuldade para cada um?

Qual é a maior facilidade para cada um?

Qual língua você usa no seu dia a dia em família?

Faça um desenho do país de origem e do país de acolhimento (pedir para todos da família ou sugerir um desenho coletivo).

Estas perguntas abrem possibilidades de mapear motivações, valores e atitudes perante a migração e fazem a família refletir em conjunto sobre o impacto que cada um sofreu nesse deslocamento. O facilitador ou facilitadora deve ter uma atitude de curiosidade genuína, favorecendo o lugar de fala de cada um. Caso as crianças não consigam verbalizar com clareza, pode-se pedir desenhos ou propor outra atividade lúdica. Cabe lembrar que esta atividade não tem caráter diagnóstico, mas sim visa possibilitar que a criança participe do encontro familiar de forma lúdica e espontânea. A temática mais comum e abrangente nesses casos é pedir para as crianças uma representação sobre o país de origem e o de acolhimento. O importante é que todos possam se expressar à sua maneira e ser ouvidos uns pelos outros. Coconstruir as motivações e os detalhes do processo ajudam a todos na ressignificação de uma nova história no país de acolhida e fortalece a família na apropriação de seus recursos. Para que o processo de adaptação seja bem-sucedido, a família precisa lembrar que possui recursos pessoais, embora em um novo contexto. Ela já traz valores e crenças que podem servir para restabelecer conexões, fomentar aprendizados no novo ambiente e suspender o sentimento de inadequação e inabilidade para recuperar a confiança em si e nos próprios recursos.

Os profissionais que trabalham com as famílias migrantes precisam ser agentes dessa mudança, iluminando as habilidades e normalizando os sentimentos de sofrimento pelas perdas vividas. Esse processo apoiará a família a seguir adiante mais fortalecida e coesa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos ao longo deste capítulo, o processo de migração afeta as interações tanto dos indivíduos como das famílias. A família pode passar por vários estágios, desde a preparação até o ato de migrar, o período de moratória e a crise transgeracional (Sluzki, 1997). A migração é um processo contínuo e afeta a família, inclusive, de forma transgeracional. As segundas e terceiras gerações ainda têm contas a acertar com a primeira. Os impactos positivos ou negativos do processo se fazem presentes na memória e na vivência familiar. Por isso, é importante que aqueles que trabalham com essas populações tenham uma postura curiosa e partam do não saber para escutar essas histórias e trazer à tona as riquezas e os sofrimentos dessas etapas.

A perda da rede social pessoal e familiar promove uma fragilização

das referências habituais do sujeito. A rede social faz parte do nicho pessoal de relações do indivíduo e, para que a adaptação aconteça, é muito importante consolidar uma nova rede. Os profissionais que trabalham com essas famílias podem favorecer o mapeamento, o estímulo e a formação de novos vínculos de pertencimento social.

O nível de estresse e a complexidade da adaptação vão depender das condições em que o deslocamento se deu. As migrações forçadas, como o refúgio, têm características diferenciadas e podem produzir maior estresse do que no caso das famílias que migram voluntariamente. No refúgio, a migração se impõe devido a uma situação de ameaça à vida ou de calamidade. Em muitos casos, a pessoa refugiada ou solicitante de refúgio não pode voltar ao país de origem, o que torna a experiência traumática, com o luto da perda se dando de forma definitiva. Nas migrações voluntárias, observamos a vivência da perda ambígua, na medida em que a totalidade ou parte dos entes queridos ficou para trás, mas continua presente na vida dos migrantes.

Para finalizar, a escuta atenta e a curiosidade genuína dos técnicos, bem como uma postura isenta de preconceitos, que encoraje a família a contar sua história, estimula as pessoas a reconstruir seu caminho, trazendo o melhor de si e percebendo que, no novo ambiente, existe a possibilidade de seguir adiante. O encontro intercultural pode significar o encontro das diferenças entre as culturas. É aconselhável trabalhar para que essas diferenças sejam vistas e sentidas de forma apreciativa. Estimular a vivência do duplo pertencimento cultural é o maior desafio de todos aqueles que trabalham com essas populações.

REFERÊNCIAS

- Berry, J. et al. (1992). Acculturation and culture contact. In J. Berry, *Cross-cultural psychology: research and applications* (pp. 271-369). Cambridge University.
- Borcsa, M., & Hille, J. (2016). Virtual relations and globalized families: the Genogram4.0 Interview. In M. Borcsa & P. Straton. *Origins and originality in family therapy and systemic practice* (pp. 213-234). European Family Therapy Association Series. Springer, Cham, 2016.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Harvard University Press.
- Falicov, C. J. (2005). Emotional transnationalism and family identities. *Family Process*, 44(4), 339-406.
- Falicov, C. J. (2011). Immigrant family processes: a multidimensional framework. In F. Walsh, *Normal family process: Growing diversity and complexity* (pp. 297-323). Guildford.
- Gimeno, A. (2003). *A família: O desafio da diversidade*. Instituto Piaget.
- International Organization for Migration (OIM). (2021). *Mental health and psychosocial support for resettled refugees*. <https://eea.iom.int/publications/mental-health-and-psychosocial-support-resettled-refugees>

Macedo, R. M. (1994). A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? *Cadernos de Pesquisa*, (91), 62-68. <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/877>

Martins, P. P. S., McNamee, S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2015). Família como realização discursiva: uma explicação relacional. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 24(52), 1-16.

Sampaio, D. (1984). Terapia familiar sistêmica: um novo conceito, uma nova prática. *Acta Médica Portuguesa*, 5, 67-70.

Sluzki (1997). Migration and Family Conflict. *Family process*, 18(4), 379-90.

Suárez-Orozco, C.; Suárez-Orozco, M. M. (2003). La reconstrucción de las identidades. In: C. Suárez-Orozco & M. M. Suárez-Orozco, *La infancia de la inmigración* (pp. 153-207) Ediciones Morata.

LEITURAS COMPLEMENTARES

Cernadas, P. C. (2016). A linguagem como instrumento de política migratória. *Sur*, 13(23), 97-112. <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2016/09/8-sur-23-portugues-pablo-ceriani-cernadas.pdf>

International Organization for Migration (OIM). (2021). *The manual on community-based mental health and psychosocial support (MHPSS) in emergencies and displacement*. <https://www.iom.int/mhpsed>

Lee, M. J. (2013). *Pachinko*. Intrínseca.

Ramos, M. (2007). *Autobiografia do exílio: Sou daqui e sou de lá*. Ágora.

Reis, B. (2017, 26 de janeiro). Livros para falar de imigração com crianças. *O Estado de S. Paulo*. <https://cultura.estadao.com.br/blogs/estante-de-letrinhas/livros-para-falar-sobre-imigracao-com-as-criancas/>

SUGESTÕES DE FILME

O clube da felicidade e da sorte (1993): conta as histórias de vida de quatro mulheres do Leste Asiático e suas filhas, que refletem e guiam umas às outras.

Minari – em busca da felicidade (2020): nos anos 1980, um menino coreano-americano de 7 anos se depara com um novo ambiente e um modo de vida diferente quando seu pai muda sua família da costa oeste para a zona rural do Arkansas.

7. POPULAÇÕES ORIGINÁRIAS E MIGRAÇÕES: HISTÓRIA, CULTURA E MOBILIDADE

Pablo Quintero

As chamadas populações originárias ou indígenas representam todos aqueles grupos – sociedades, comunidades, famílias e unidades domésticas – que possuem um acervo histórico-cultural próprio e, em muitos casos, profundamente diferente do produzido pelas sociedades nacionais. Essas distinções em relação aos modos de vida social estão atreladas, no caso das populações indígenas, às ligações históricas ou às ancestralidades compartilhadas com as populações que habitavam o continente americano antes da colonização europeia. Nesse sentido, é fundamental considerar que a antiguidade civilizatória das sociedades indígenas contemporâneas em alguns casos pode remontar a mais de 18.000 anos. A presença dos seres humanos no continente americano foi forjada a partir de diversas ondas migratórias, entre as quais algumas provenientes da Ásia, que povoaram o continente, partindo da Sibéria e do Alasca, e outras da Oceania, que vieram para o continente desde a Polinésia, alcançando o Chile (Bengoa, 2000).

A menção à antiguidade civilizatória não pretende identificar padrões de um suposto atraso ou anacronismo histórico, mas destacar a extraordinária herança cultural dos povos indígenas e a continuidade transformativa dessa herança ao longo do tempo. Por mais de dezoito séculos, essas populações têm ocupado e reproduzido formas de vida diferenciadas nos territórios do continente americano.

À diferença do que em geral é invocado como “Novo Mundo”, os mundos culturais e sociais do continente americano são profundamente antigos e diversos. Nesse sentido, a diversidade e a heterogeneidade são duas das características mais importantes das sociedades indígenas. A referência a uma ancestralidade originada antes da colonização europeia não remete, de modo algum, à existência de uniformidades ou homogeneidades culturais. Assim, cada sociedade ou povo indígena possui um conjunto de matrizes simbólicas e dinâmicas materiais que são próprias a esse grupo e o diferenciam de outros. As populações indígenas não devem ser consideradas como portadoras da mesma cultura, linguagem, costumes, religiosidades e sistemas de saúde, mas como unidades sociais diferentes e autônomas entre si. Embora possamos definir as populações originárias ou indígenas com referência a um conjunto distinto de ancestralidades, anterior à colonização, essa característica comum não representa a existência de uma única e exclusiva cultura indígena, senão de múltiplas formações culturais.



Comumente, a cultura é definida como um conjunto articulado de estruturas simbólicas e práticas socialmente aprendidas que fundamenta a percepção e a atuação dos seres humanos no mundo. Toda pessoa está imersa dentro da cultura na qual foi socializada, aprendendo uma língua – em alguns casos, mais de uma – e desenvolvendo um sentido de religiosidade ou espiritualidade, padrões de comportamento e uma variedade de formas e modos de entender e explicar o mundo social e natural. A cultura define, da mesma forma, valores morais, expectativas, desejos, concepções do tempo e do espaço e entendimentos sobre saúde, além de modos de classificação social. Toda a nossa singularidade biológica enquanto espécie humana é necessariamente diversificada pela ação da cultura. Nesse sentido, a cultura deve ser entendida como um operador radical de diferenciação da experiência humana. Todos os seres humanos têm cultura, mas ela se apresenta de forma diferenciada em cada sociedade e em cada grupo social (Laraia, 1986).

Da mesma forma, a cultura é escalar, podendo referir-se a diversos conjuntos populacionais. Na medida em que tratamos com populações de diversos tamanhos e de distinta complexidade demográfica, os elementos estruturantes da cultura podem ser gerais (no sentido de descrever uma população ampla com pouca especificidade e a grandes rasgos) ou específicos (na medida em que descrevem com profundidade os fundamentos da vida de comunidades locais e demograficamente pequenas). Não é uma tarefa impossível agrupar a diversidade da formação social brasileira sob a expressão “cultura nacional” ou “cultura brasileira”, fazendo alusão à existência de uma cultura comum, desenvolvida e reproduzida no Brasil. Não obstante, também é possível reduzir a escala nacional e falar de culturas regionais que, dentro do Brasil, demarcam especificidades sociais e simbólicas em comparação com outras regiões, como pode ser percebido partir das expressões “cultura nordestina” ou “cultura gaúcha” – neste caso, referenciando diretamente um dos estados da União. Continuando esse exercício, pode-se observar que cada unidade territorial dentro das regiões e dos estados do país terá características culturais que a aproximaram da experiência social de outras cidades territorialmente próximas, mas, ao mesmo tempo, a afastaram de outras unidades socioterritoriais. À medida que reduzimos a escala populacional, aprofundamos na complexidade das culturas e percebemos que a diversidade e as diferenças são cada vez maiores e mais marcadas (Laraia, 1986).

O movimento escalar, tal como descrito acima, também ocorre no caso das populações originárias, pois estas podem, às vezes, ser vistas a partir de um núcleo comum que, todavia, não seriam formações nacionais senão famílias ou troncos linguísticos. Por exemplo, o tronco Tupi-Guarani abrange mais de 50 grupos étnicos e diversos territórios desde o Norte do Brasil até o Norte da Argentina, passando pelo Paraguai e por parte da Bolívia. Só no Brasil, conta com mais de 120.000 falantes. Isso quer dizer que todos os grupos étnicos que formam parte do tronco linguístico Tupi-Guarani são culturalmente homogêneos? Não, mas significa que algumas características subjetivas podem ser comuns ou semelhantes, com valores, dinâmicas e costumes compartilhados.

Neste ponto, verifica-se como as formações culturais indígenas, pensadas a partir de troncos linguísticos, transcendem as fronteiras dos países, o que tem consequências nas práticas sociais das populações originárias.

SOCIEDADES, GRUPOS E COLETIVOS INDÍGENAS

Uma questão fundamental, e comumente esquecida, está relacionada com a definição das identidades das populações originárias. Ainda que a ancestralidade, em geral, represente um fator invocado nos processos de reconhecimento étnico, é comum que essa condição seja contrastada pelas pessoas não indígenas com representações e ideias essencializadas ou folclorizadas das culturas indígenas, para as quais é importante prestar a devida atenção.

Todo grupo humano, como identidade social portadora de especificidade, produz estereótipos para representar os outros grupos humanos. Isso pode acontecer em uma escala local e reduzida, por exemplo, nas torcidas rivais de futebol, que representam seus adversários como essencialmente portadores de características negativas. Pode também acontecer em relação a regiões geográficas ou estados que disputam a centralidade dentro de uma formação nacional, como no caso de cariocas e paulistas. Porém, a produção de representações sociais no âmbito nacional, em geral, tem dois grandes objetos de marcação da diferença: o exterior – contemplando outros países e pessoas de outras nacionalidades – e grupos minoritários que formam parte da nação, mas são pensados como não representativos do “nacional”. É o caso das sociedades indígenas dentro das formações nacionais, mas também de outros grupos étnicos (como ciganos e árabes, por exemplo), sobre os quais se elaboram representações negativas e preconceituosas que fundamentam suas matrizes culturais e trajetórias históricas. Distribuídas pelos meios de comunicação, essas imagens têm uma importante repercussão na maneira como a população, em geral, concebe os “outros”, produzindo mitos ou ficções sobre o suposto caráter atemporal dessas populações particulares. Ficções como o cigano delinquente, o judeu ganancioso e o árabe terrorista, por exemplo, são invocados pela mídia e pelo público em geral, embora evidentemente não representem características culturais ou societárias desses grupos étnicos e/ou religiosos (Sayad, 1998).

Estereótipos e preconceitos dizem mais respeito às sociedades que os produzem do que aos grupos que vêm a representar. Eles também atuam dentro de formações sociais e relações de poder para invisibilizar ou menosprezar grupos historicamente subalternizados, como no caso da população negra no Brasil, a qual absolutamente não representa uma “minorias” em termos demográficos e muito menos culturais.

As populações originárias não estão isentas de ser assimiladas pelas sociedades nacionais conforme essas dinâmicas representacionais. Além de constituírem minorias em termos étnicos e demográficos, historicamente elas têm sido objeto de muitas representações preconceituosas, desde o suposto canibalismo no século XVI até as lamentáveis associações com ideias como preguiça e indolência. Diferentemente do que expressam tais imagens, os coletivos indígenas representam matrizes culturais particulares, com valores e dinâmicas igualmente distintas, as quais, na maioria dos casos, não podem ser comparadas a valores da sociedade nacional.

As ideias representacionais que se tem sobre os indígenas, em geral, contrastam fortemente com as realidades dessas populações. Representações geográficas, culturais e de costumes que objetificam os indígenas como ocupantes de um espaço selvagem, comumente vestidos com poucas peças de roupa e sem contato algum com a tecnologia moderna, não passam de formações estereotipadas da realidade dessas populações. Mas, ao condicionar a percepção da sociedade nacional sobre essas populações, tais concepções distorcidas têm a tendência de excluir da categoria “indígena” as pessoas que não se encaixam nessas representações.

Portanto, é importante desmitificar alguns desses estereótipos e salientar que a principal característica de definição de uma pessoa indígena é seu autorreconhecimento como parte de uma sociedade indígena ou de um grupo étnico. Ou seja, uma pessoa é indígena sempre que se identifica como tal e pertence a um grupo indígena. Outros marcadores da identidade, como falar uma língua indígena, morar numa terra indígena, usar roupas “tradicionais” ou ser portador de um fenótipo específico, não representam necessariamente e tampouco obrigatoriamente o pertencimento a uma sociedade indígena.

Alguns exemplos são pertinentes para evidenciar a diversidade e a heterogeneidade das identidades indígenas. Falar uma língua indígena não representa uma pré-condição da identidade indígena, principalmente porque muitas dessas sociedades perderam suas matrizes linguísticas ou as fundiram com as línguas dos colonizadores, embora tenham mantido suas identidades e dinâmicas sociais distintas do resto da sociedade. Da mesma forma, falar uma língua indígena não

significa, necessariamente, fazer parte de um grupo indígena. Por exemplo, a maioria da população paraguaia é falante de guarani, que, com o espanhol, são as línguas oficiais do Paraguai. Ambas são estudadas nos ensinamentos fundamental e médio e faladas na televisão, nas rádios e nos jornais. Apesar disso, apenas uma pequena porcentagem da população paraguaia é etnicamente indígena e se reconhece enquanto tal (Melià, 1997).

Da mesma forma, diversos grupos indígenas – por exemplo, os Kaingang da Região Sul, que constituem o terceiro grupo étnico em importância demográfica no Brasil, depois dos Tikuna e dos Guarani – não podem ser distinguidos por um traço fenotípico ou outro tipo de característica epidérmica comum a seus membros. Dentro das dinâmicas culturais Kaingang, toda pessoa que estabeleça uma relação de parentesco com uma pessoa Kaingang imediatamente é considerada parte da sociedade Kaingang, sendo socializada dentro dela, aprendendo sua língua e desenvolvendo suas matrizes culturais. Isso produz uma estrutura de parentesco exógama que, historicamente, desenvolveu redes de casamentos interraciais com pessoas dos mais diversos fenótipos, que cultural e identitariamente eram consideradas Kaingang. As distinções corporais Kaingang, assim como a língua, não deixam pairar dúvidas sobre quem são as pessoas desse povo indígena, ainda que não sejam, em si mesmas, medidas para determinar a identidade social e o sentimento de pertencimento (Maréchal, 2017).

Assim, é preciso se afastar de considerações de índole geral sobre marcadores, como vestimenta e fenótipo, e passar a considerar a identificação das pessoas como o fator principal das identidades indígenas e do seu sentido de pertencimento.

MIGRAÇÕES E MOBILIDADE SOCIAL

Embora as sociedades contemporâneas tenham padrões de assentamento fixos e estáticos, uma análise histórica revela que essa característica não é universal. No mundo todo, existem sociedades com padrões de assentamento móveis. Em alguns casos, grupos sociais deslocam-se sazonalmente por diversas áreas de um território comum a fim de aproveitar a variedade de recursos disponíveis nesse ambiente. Exemplos emblemáticos são os das comunidades Bereberés, no Norte da África, ou Mongol, do deserto de Gobi (Steward, 1972).

Na América Latina, diversas populações originárias também apresentam, historicamente, características de mobilidade territorial. Evidentemente, essa tendência não pode ser generalizada a todas as populações indígenas. É importante diferenciar populações indígenas que integram movimentos migratórios e de mobilidade às suas dinâmicas sociais de outras que têm empreendido processos migratórios mais recentemente e por outros motivos.

Há dois tipos de processo migratório dos povos indígenas na América Latina. O primeiro está vinculado às matrizes culturais e às formas de vida tradicionais que incluem deslocamentos dentro de um espaço comum, que se considera e reivindica como próprio, e que nem sempre tem relação com as fronteiras formais dos Estados nacionais. É o caso do grupo étnico Mbyá, um dos subgrupos do povo Guarani. Seus membros moram em diversas aldeias e terras indígenas desde o estado de São Paulo até o Rio Grande do Sul, no Brasil, o Norte da Argentina – especificamente a Província de Misiones – e quase um terço do território paraguaio. A população Mbyá-Guarani considera que essa ampla região faz parte dos seus territórios ancestrais e reivindica a possibilidade de ter livre circulação pelas fronteiras desses três países (Ladeira, 2008). Embora existam aldeias e comunidades Mbyá fixas e estáticas, as famílias Mbyá se deslocam por esse grande território em diversos momentos das suas vidas, sendo comum que pessoas Mbyá nascidas e criadas no Brasil passem sua vida adulta no Paraguai e sua velhice na Argentina. Essas trajetórias de vida são comuns dentro da cultura Mbyá e não são pensadas como grandes mudanças, já que as pessoas consideram estar em seus territórios e com seus parentes, independentemente do país.

Realizado principalmente na história recente do subcontinente, o segundo tipo de processo migratório e mobilidade das populações indígenas não decorre de ciclos de deslocamento ou nomadismo enquanto característica intrínseca. Pelo contrário, trata-se de processos migratórios que se originam, na sua maioria, por acontecimentos de extrema violência, por falta de recursos ou pela expropriação arbitrária dos seus territórios ancestrais.

É fundamental saber distinguir ambos os processos de mobilidade populacional, lembrando mais uma vez a necessidade de destacar e considerar a diversidade e a heterogeneidade das populações originárias.

DESAFIOS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA E MIGRANTE

A população indígena e migrante no Brasil enfrenta diversos desafios devido às suas características diferenciadas com relação ao restante da população. Primeiramente, seus modos de vida e suas matrizes culturais introduzem o desafio de forjar pontes e traduções culturais entre suas concepções de saúde, doença, vida, morte, bem-estar e aquelas provenientes da sociedade nacional. Em muitos casos, as experiências hospitalares ou em postos de saúde representam o primeiro contato das pessoas indígenas com o sistema de saúde público e, em geral, com o saber médico. Para pessoas que nunca estiveram em contato com essas matrizes de conhecimento e tradições de cuidado, a experiência do choque pode ser difícil e até traumática. O que parece simples, fácil e evidente para pessoas que têm contato habitual com esses sistemas de saúde e de atendimento pode ser completamente misterioso e incompreensível para outras populações. É importante lembrar que as populações indígenas, em muitos casos, possuem sistemas de saúde formados por matrizes subjetivas próprias que desenvolvem e reproduzem entendimentos específicos sobre as condições de bem-estar e do que é denominado como saúde mental. Nesse sentido, cada sociedade e cada comunidade podem ter ideias absolutamente diferentes e até opostas sobre essas importantes questões.

Deve-se considerar, também, que essas populações são diferentes não apenas por fazerem parte de culturas tradicionais, mas também por serem migrantes em um contexto regional no qual a língua portuguesa é falada apenas no Brasil. Deste modo, por mais que essas pessoas indígenas talvez tenham desenvolvido as competências linguísticas no idioma espanhol, passam a adentrar um novo mundo linguístico.

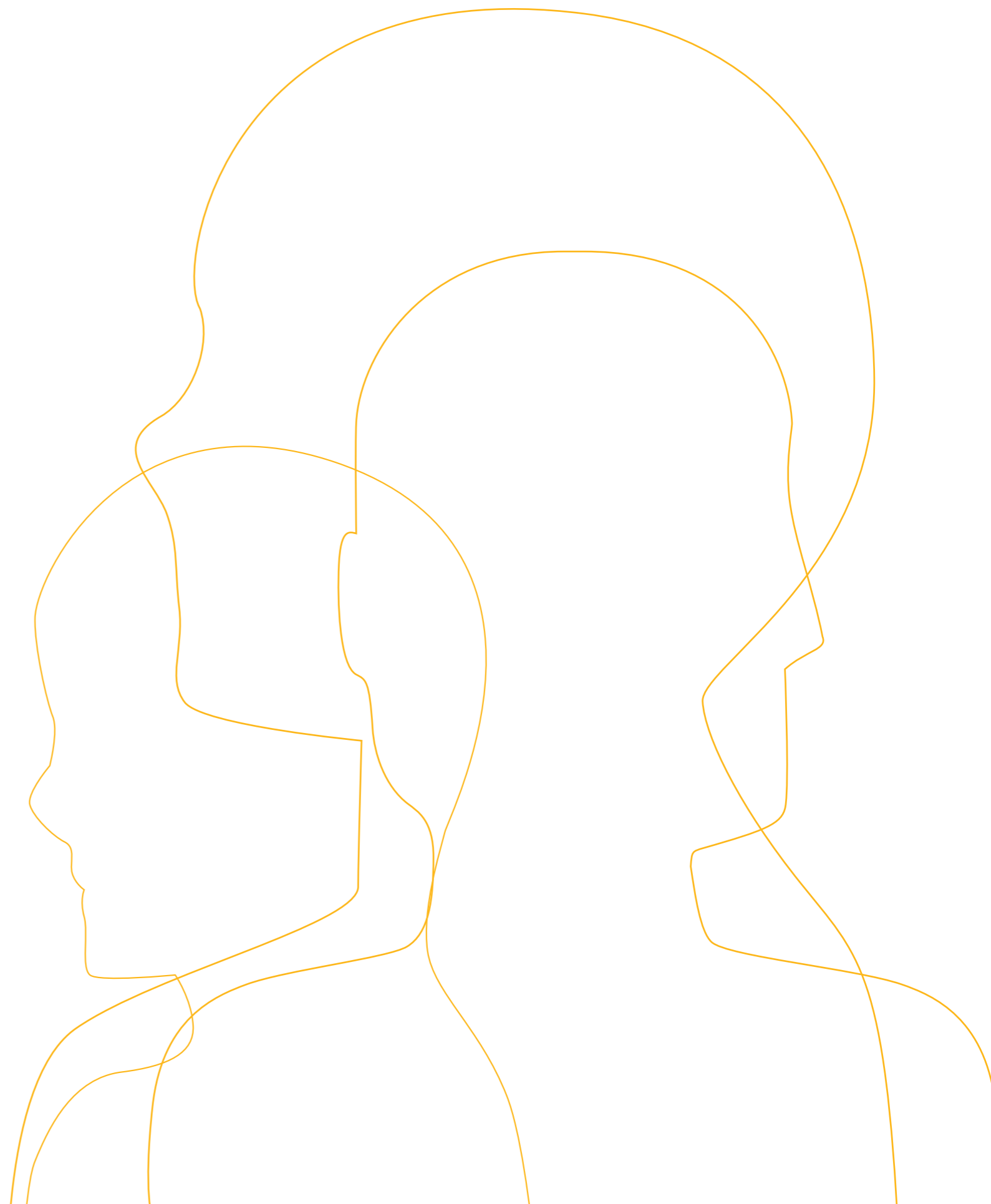
Em alguns casos, a documentação portada por migrantes indígenas – que, em geral, encontram-se em uma situação de extrema vulnerabilidade –, quando existe, não é tida como suficiente ou não corresponde àquela requerida no país de acolhida – passaporte, documento de identidade do país de origem, carteira de vacinação. Esse desencaixe entre a documentação solicitada pelos funcionários do Estado nacional e os papéis que migrantes indígenas possuem no momento da entrada é uma importante fonte de conflito a ser considerada, pois confronta diferenças que obedecem a lógicas distintas: a cultural e a nacional.

Diante disso, a fim de preservar a dignidade de indígenas que optam por migrar, faz-se necessário um cuidadoso processo de tradução e diálogo intercultural que lhes propicie a melhor relação possível no atendimento às suas necessidades elementares. Longe de partir de concepções fechadas sobre a saúde mental e o bem-estar, é fundamental ter abertura para escutar, compreender e começar a considerar os entendimentos culturais locais que cada grupo e comunidade têm sobre esses importantes assuntos. Cabe lembrar que algumas ideias, práticas e dinâmicas sociais que podem parecer estranhas, erradas e até absurdas desde a perspectiva de especialistas podem ser parte de complexos universos subjetivos, que devem ser entendidos não apenas de um ponto de vista moral e normativo, mas de uma visão aberta e compreensiva. Isso não implica fechar os olhos diante de práticas de violência ou de violação de direitos humanos que atentem contra a vida e a dignidade das pessoas, justificando-se com base em um argumento particularista, mas sim

tentar entender outros modos de vida com valores e referências culturais e sociais que podem ser radicalmente diferentes, porém igualmente respeitáveis e aceitos dentro de um marco de entendimento intercultural.

REFERÊNCIAS

- Bengoa, J. (2000). *La emergencia indígena en América Latina*. Fondo de Cultura Económica.
- Ladeira, M. I. (2008). *Espaço geográfico Guaraní-Mbya: Significado, constituição e uso*. Edusp.
- Laraia, R. (1986). *Cultura: Um conceito antropológico*. Zahar.
- Maréchal, C. (2017). *Sonhar, curar, lutar: Colonialidade, xamanismo e cosmopolítica Kaingang no Rio Grande do Sul*. Prismas.
- Melià, B. (1997). *El Guaraní conquistado y reducido*. Universidad Católica.
- Sayad, A. (1998). *A imigração: Ou os paradoxos da alteridade*. Edusp.
- Steward, J. (1972). *Theory of culture change*. University of Illinois.



8. IDENTIDADE, CICLO VITAL, BILINGUISMO E MULTILINGUISMO

*Sylvia Dantas
Elizabete Flory*

Neste capítulo serão abordados o conceito de identidade psicossocial e as fases de desenvolvimento psicossocial. Aponta-se a importância de compreender a relação entre migração e momento do ciclo vital da pessoa migrante. Serão apresentadas questões de pertencimento relativas ao contato entre culturas e aos conflitos intergeracionais. Será discutido o processo de aquisição de uma língua, além de mitos sobre bilinguismo e multilinguismo. Buscamos mostrar a importância de entender esses aspectos e sua relação com a identidade cultural e a saúde mental daquele que adentra uma nova sociedade.

FORMAÇÃO IDENTITÁRIA E FASES DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL NA MIGRAÇÃO

A experiência migratória poderá ser vivenciada de diferentes formas, conforme fatores como classe, raça, gênero, religião, os motivos e as condições em que se deu a migração e a faixa etária da pessoa migrante. Enquanto, para um adolescente, deixar o grupo com o qual se identifica em seu país de origem pode ser uma vivência difícil, para uma criança, o mais importante é estar junto de seus pais ou cuidadores. As reações emocionais e cognitivas ao processo migratório serão influenciadas pelo estágio de desenvolvimento da pessoa. E os desafios próprios de cada estágio serão acirrados pela experiência migratória.

IDENTIDADE PSICOSSOCIAL

A identidade remete à pergunta crucial “quem sou eu?”, que emerge quando se adentra uma nova cultura. Estar entre dois mundos, o da cultura de origem e o da cultura de acolhida, significa ingressar em diferentes jogos de espelho, realizados pelos outros. Ao mudarmos de cultura, é como se viéssemos ao mundo novamente, pois entramos em um novo *modus operandi* social. O espelhamento que recebemos por parte dos membros da sociedade de acolhida pode afetar, tanto positiva quanto negativamente, o sentimento de competência e valorização do self. A identidade não existe senão contextualizada e, como um processo em construção, pressupõe o

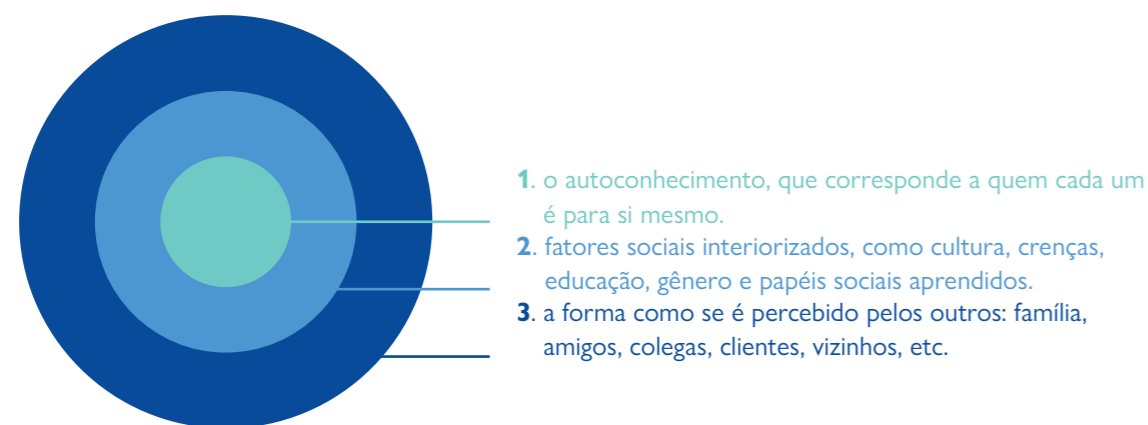


reconhecimento da alteridade para a sua afirmação. Nosso senso de identidade é desenvolvido a partir da conexão com os outros. A identidade psicossocial, segundo Erikson (1968), caracteriza-se por um entrelaçamento concomitante entre o subjetivo e o objetivo, o individual e o social. Há uma complementaridade entre a história pessoal e a História.

O estudo da identidade psicossocial requer avaliar os elementos de identificação atravessados por representações coletivas, hierarquizadas e consideradas positivas e negativas a depender do momento histórico e do ciclo vital de cada um (Dantas et al., 2010). Identidades são identificações em curso. Somos introduzidos à cultura através das figuras primárias com as quais nos identificamos, e essas identificações vêm carregadas de afeto. Em termos psicanalíticos, as identificações são um processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa (Laplanche & Pontalis, 1983). Nesse processo, identificações conscientes e inconscientes entram em jogo na formação da pessoa e em sua relação com o mundo.

Conforme Schininà (2019), na maioria das teorias psicológicas e sociológicas, a identidade pode ser considerada um sistema construído pela inter-relação de três componentes: 1) o autoconceito, que corresponde a quem cada um é para si mesmo; 2) os fatores sociais interiorizados, como cultura, crenças, educação, gênero e papéis sociais aprendidos; e 3) a forma como se é percebido pelos outros, ou seja, família, amigos, colegas, clientes, vizinhos etc.

FIGURA 1 – IDENTIDADE: SISTEMA CONSTRUIDO PELA INTER-RELAÇÃO DE TRÊS COMPONENTES



Fonte: Schininà (2019).

Identidade é sempre um conceito relacional, contrastivo, resultado de um processo de negociação, com uma dimensão política sem a qual é impossível entendê-lo. Como vimos nos capítulos anteriores, as questões de gênero não podem ser compreendidas à parte de seu fator histórico e político, pois implicam relações de força que afirmam e contestam crenças naturalizantes sobre o feminino e o masculino. Nesse sentido, identidades culturais, ou seja, os aspectos de nossas identidades que surgem do pertencimento a culturas étnicas, raciais, linguísticas, religiosas e nacionais (Hall, 2003), estarão também em constante negociação.

FASES PSICOSSOCIAIS DA IDENTIDADE

É importante considerar a fase da vida pela qual cada migrante está passando e os desafios psicossociais na formação identitária, relativa a como cada um se percebe e se sente ao longo da vida. Há teorias psicológicas que se atêm a distintos aspectos do desenvolvimento, por exemplo, a teoria piagetiana de aprendizagem e a teoria psicosssexual freudiana. A teoria de Erikson (1956), que apresentaremos brevemente, enfoca as crises próprias da formação identitária.¹² Erikson estipulou oito fases, em um processo de desenvolvimento contínuo, em que as mudanças físicas, cognitivas e sexuais e o confronto com o meio social geram um conflito comum, próprio daquele período do ciclo vital e do processo de crescimento. Consideradas normativas, essas crises diferem das crises impostas, traumáticas e patológicas. A identidade vai sendo formada por sucessivas sínteses e ressínteses desses conflitos enfrentados ao longo da vida, gerando sentimento em relação a si, que podem ser favoráveis ou desfavoráveis, e formando um ego mais integrado ou fragilizado. O processo migratório, a depender de uma série de fatores, poderá impactar o desenvolvimento, acirrando o conflito de cada fase. Nesse sentido, para além do conhecimento do processo migratório, é importante que o profissional compreenda por que fase do ciclo vital o migrante está passando a fim de propiciar, na medida do possível, condições favoráveis ao seu crescimento.

1º Estágio (primeiro ano): **Confiança vs. Desconfiança.** É o estágio sensorial da criança, que gradualmente aprende a confiar em seus cuidadores, dos quais depende para satisfazer suas necessidades básicas. Essa relação pode gerar um sentimento de confiança com relação à sociedade e a si própria. Em casos de separação da criança de seus cuidadores primários, como em situações de deslocamento, vemos o risco para a construção da confiança e a necessidade de esforços para construir novos laços com cuidadores substitutos.

2º Estágio (segundo ano): **Autonomia vs. Dúvida e Vergonha.** Ao começar a andar e falar, a criança percebe seu comportamento como próprio e ganha crescente autonomia. Ao cuidador, caberá o papel de incentivar o senso de autocontrole, pois, quando a criança é desestimulada ou desacreditada por ele, isso pode acirrar o sentimento de dúvida e vergonha.

3º Estágio (3–4 anos): **Iniciativa vs. Culpa.** As crianças experimentam as coisas por conta própria, exploram suas habilidades, passam a brincar de ser adultas. Quando não são incentivadas a ser criativas, podem se sentir constrangidas. Caso suas iniciativas sejam recebidas com desaprovação, podem sentir-se culpadas.

4º Estágio (6–12 anos): **Engenho vs. Inferioridade.** As crianças tornam-se entusiastas em aprender novas habilidades e conhecimentos. Muitas vão à escola e conhecem as expectativas da cultura em relação a elas para além da família. Elas podem concluir que são membro participante da sociedade ou que seu status como migrantes ou suas habilidades são inadequados, instaurando um sentimento de inferioridade de longa duração.

5º Estágio (12–21 anos): **Identidade vs. Confusão de Identidade.** Fase que ocorre por volta da puberdade, transição entre infância e fase adulta, em que há grandes mudanças biológicas, fisiológicas e emocionais, levando os adolescentes a se perguntarem quem são. Muitas vezes, migrantes enfrentam o desafio de viver diante dos vários papéis sociais que se apresentam ou que lhes são atribuídos ou impostos pela cultura de acolhida, em contraste com a cultura da família. Tais experiências podem gerar uma confusão identitária ou um sentimento de integração. Novamente,

¹² Essa teoria tem sido revista e reformulada, dadas as mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, especialmente em relação às questões de gênero. São trazidos, aqui, os aspectos ainda considerados válidos para o trabalho psicossocial.

coloca-se aqui o papel de situações de aceitação ou discriminação vividos na nova sociedade, que podem levar a uma maior ou menor identificação com o próprio grupo de origem.

6° Estágio (adulto jovem): **Intimidade vs. Isolamento**. Fase em que se estabelecem relacionamentos amorosos, responsabilidades e inserção no mundo do trabalho e na qual as pessoas tomam decisões importantes, que afetam seu desenvolvimento pessoal. A pessoa mais segura de si consegue estabelecer relações mais íntimas em vez do isolamento, podendo este ocorrer mesmo quando se está em uma relação. Para migrantes, as diferenças culturais atravessam novos relacionamentos e podem constituir um desafio a ser enfrentado. Além disso, a forma como se dá o ingresso no mundo do trabalho pode favorecer ou dificultar o sentimento de segurança de si.

7° Estágio (meia-idade): **Generatividade vs. Estagnação**. Contraste entre uma possível sensação de contribuir para a sociedade, para a próxima geração, com sentimento de propósito, e um sentimento de estagnação, quando se vive no passado e fica-se insensível às necessidades dos outros. Pessoas que migraram nessa fase da vida muitas vezes sentem que não têm o que passar para as próximas gerações, dado que não se formaram na nova sociedade. Podem, contudo, fazer a ponte entre as duas culturas ao transmitir conhecimentos e narrativas da cultura de origem.

8° Estágio (idosos): **Integridade vs. Desespero**. Neste estágio, é comum a reflexão e o autoconhecimento, que, se bem trabalhados, podem gerar um sentimento de satisfação diante do que foi possível, valorizando as experiências dos estágios anteriores. Por outro lado, quando esse olhar retrospectivo não é bem trabalhado, pode gerar amarguras e desesperos.

SUBJETIVIDADES

Como apontado no capítulo 2, muitas das teorias psicológicas aprendidas, como a de Erikson, foram desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos, com base em populações dessas regiões, não considerando a enorme diversidade humana. Nesse sentido, a partir de uma postura intercultural, a utilização dessas teorias é sempre cautelosa e dependerá de sua pertinência ao caso. Sabemos, a partir da antropologia, que o próprio conceito de identidade, como compreendido na chamada cultura ocidental, não tem correspondência em outras culturas. Isso nos indica a dimensão relativa do termo, em contraste com uma visão essencialista, ou seja, a identidade como a concebemos não é universal; há outras formas de entendimento.

A própria concepção de subjetividade varia conforme as culturas. Em culturas de orientação mais coletivista, como em muitas ditas orientais e indígenas, o indivíduo é um ser essencialmente social e seu crescimento interior, sua maturidade emocional, significa desenvolver as capacidades de empatia, interdependência e conexão. Já nas ditas culturas ocidentais, o indivíduo é um ser psicológico e sua maturidade está relacionada a um aumento de sua capacidade humana de diferenciação em relação ao outro e, portanto, de separação. Vemos, assim, um contraste entre uma concepção baseada em princípios que valorizam a lealdade familiar, a devoção filial e o grupo e outra que prega a autorrealização, a autodeterminação e o individualismo (Berry et al., 1996; Dantas et al., 2010). A busca do equilíbrio entre essas duas perspectivas constitui uma questão fundamental a ser elaborada, principalmente por migrantes provenientes de culturas que contrastam nesse aspecto. Além disso, em geral, migrantes de segunda e terceira gerações vivem

o desafio de encontrar um equilíbrio entre a própria individuação e o sentimento de dever para com a família e o grupo.

CONFLITOS INTERGERACIONAIS

A formação e os conflitos identitários estarão também marcados pelas diferenças intergeracionais no processo aculturativo. Conflitos intergeracionais são comuns no grupo familiar, como mencionado no capítulo anterior. O processo aculturativo pode levar alguns a uma maior facilidade de compreensão ou desejo de identificação com a cultura majoritária do que outros quando, por exemplo, os membros mais jovens da família estabelecem relações afetivo-amorosas com pessoas da sociedade majoritária ou mesmo de outros grupos étnicos. As relações ou os comprometimentos com parceiros, visando a casamentos ou não, podem contrastar com o desejo ou projeto familiar (Dantas, 2012; Sang & Miggiavaca, 2007). Outro aspecto gerador de conflito intergeracional é a chamada “piedade filial” (filial piety), que significa honrar pai e mãe e ancestrais, também associada à expectativa de que os filhos cuidem de seus progenitores quando eles envelhecerem. Esse traço cultural, comum entre famílias orientais e coletivistas, pode gerar desentendimentos e tensões entre as gerações, no caso de migração para uma sociedade mais ocidentalizada (Sang & Miggiavaca, 2007).

O conflito intergeracional também pode ocorrer por conta da atribuição do papel de intérprete ou tradutor de documentos ou comunicações de instituições do país receptor às crianças, que em geral aprendem o novo idioma com maior facilidade. Nesse caso, há uma inversão dos papéis sociais, o que pode significar uma carga emocional demasiada para a criança, que assume uma responsabilidade que vai além de seu estágio maturacional. Ao mesmo tempo, pais ou responsáveis sentem que perdem o papel de orientadores e guias para os filhos por não compreenderem o funcionamento da nova cultura e, muitas vezes, não dominarem a língua.

Embora, em geral, a aquisição de uma língua seja mais fácil para as novas gerações, é importante ter em conta como isso ocorre e sua relação com a formação identitária e a saúde mental dos novos cidadãos.

PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE OUTRA LÍNGUA E PLURILINGUISMO

A aquisição de uma segunda língua durante a infância é um tema bastante estudado. Contudo, crianças passando pelo processo de aquisição bilingue ainda sofrem com muitos mitos que influenciam a forma pela qual serão olhadas, avaliadas e apoiadas em seu desenvolvimento e aprendizagem. Assim, é importante fazer esclarecimentos a respeito da aquisição bilingue.

“Bilíngues são aqueles que usam duas ou mais línguas (ou dialetos) em sua vida diária” (Grosjean, 2010, p. 4). A pessoa “[...] bilingue não é a soma de dois (ou mais) monolíngues completos ou incompletos; mas tem uma configuração linguística única e específica” (Grosjean, 2010, p. 75). Assim, “a palavra bilingue primariamente descreve alguém que possua duas línguas. Este termo pode, porém, ser usado para incluir muitas pessoas no mundo que tenham diversos níveis de proficiência em duas, três ou mais línguas simultaneamente” (Wei, 2000, p. 7).

“Bilinguismo” e “multilinguismo” são muitas vezes utilizados indiscriminadamente. Wei (2000) sugere que atentemos ao fato de existirem diferentes tipos de bilinguismo, de acordo com o critério adotado para classificá-los. Por exemplo, segundo o critério “idade de aquisição”, pode-se classificar o bilinguismo como **precoce** (aquisição da segunda língua na infância) ou **tardio** (aquisição da segunda língua na idade adulta); o critério “proficiência alcançada em cada língua” leva à diferenciação entre **bilinguismo dominante** (a proficiência em uma das línguas é muito maior

do que na outra) ou **bilinguismo balanceado** (proficiência similar nas duas línguas); já o critério “valorização e manutenção da língua materna” leva à diferenciação entre **bilinguismo aditivo** (a segunda língua é adquirida e a primeira língua é valorizada e mantida) e **bilinguismo subtrativo** (a segunda língua é adquirida e perde-se a proficiência na primeira língua).

Fala-se em **aquisição simultânea** quando as duas línguas são adquiridas desde o início da vida. Nesse caso, a aquisição de cada língua segue de modo parecido, com padrões de língua materna quanto à pronúncia e ao desenvolvimento gramatical, semântico e pragmático. É como se a pessoa adquirisse a língua intuitivamente. É importante mencionar que a aquisição de cada língua vai depender do domínio dessa língua na vida da criança (Fischmann citado por Marcelino, 2009), isto é, do lugar no qual se fala a língua, dos interlocutores e dos assuntos sobre os quais se conversa. Por exemplo, uma criança que fala espanhol em casa e português na escola terá o domínio do espanhol nos diálogos com a família, no ambiente doméstico ou nos assuntos pertinentes a esse âmbito e o domínio do português nos diálogos na escola, com professores e colegas, sobre temas pertinentes ao ambiente escolar.

Fala-se em **aquisição consecutiva** nas situações em que a primeira língua já estava adquirida quando começou a aquisição da segunda língua, seja por uma criança, seja por um adulto. A idade de aquisição da segunda língua vai trazer características diferentes para esse processo. A exposição precoce a uma segunda língua está ligada à possibilidade de aquisição diferenciada dos sons e das estruturas ligadas a propriedades da língua (Marcelino, 2007). Resumidamente, quanto mais jovem for a criança, maior será a possibilidade de adquirir a nova língua com padrões de língua materna, especialmente em relação à pronúncia e à sintaxe. Contudo, também é possível para um adolescente ou adulto adquirir uma língua com proficiência excelente. Características individuais, frequência e uso das línguas e aspectos contextuais, afetivos, valorativos e sociais também influenciam esse processo.

O linguista Juergen Meisel (2007), referência no campo do bilinguismo a partir da perspectiva gerativista, sintetiza um grande conjunto de pesquisas sobre aquisição bilingue balanceada (proficiência similar nas duas línguas) e afirma: a aquisição simultânea é igual à aquisição de uma primeira língua; o desenvolvimento gramatical e a capacidade gramatical em cada língua são idênticos aos de monolíngues; e os sistemas linguísticos são diferenciados desde o início (o que contradiz um mito segundo o qual as crianças bilíngues fariam confusão entre as línguas, não sabendo diferenciá-las). Conclui afirmando que o multilinguismo é viável dentro da capacidade humana para línguas (ressaltamos que aqui falamos do sujeito epistêmico, das possibilidades do ser humano em geral), mas enfatiza que isso não significa que toda criança será bem-sucedida (aqui, falamos do sujeito psicológico, das características únicas de cada indivíduo, em determinado contexto e momento de vida).

Em relação ao mito segundo o qual o bilinguismo estaria relacionado a uma confusão entre as línguas, cabe um aprofundamento no chamado *code-switching*, o “uso alternado de duas línguas em uma mesma enunciação ou conversação” (Grosjean, 1982 citado por Mello, 1999, p. 85-86) – por exemplo, na frase “Eu quero brincar com a *ball*”. Inicialmente baseado em padrões monolíngues de julgamento, avaliava-se as construções verbais de crianças em aquisição bilingue como “erradas” e “desviantes”, como um sinal de que elas não podiam diferenciar as línguas. Com o tempo, pesquisas mostraram que as crianças diferenciam o interlocutor desde muito cedo (já antes dos 2 anos), usando preferencialmente a língua do interlocutor (Genesee et al., 1995). Elas constroem frases gramaticais (que respeitam e se orientam pela gramática de uma das línguas em questão) e mostram, por meio do *code-switching*, um trabalho ativo e criativo de construção linguística. A escolha da língua a ser utilizada não é aleatória. A mudança de código marca a posição do interlocutor no contexto social e sinaliza suas intenções discursivas, veiculando sua mensagem significativamente (Mello, 1999). Quando se passou a levar em consideração o bilinguismo como ponto de partida para olhar para o *code-switching*, percebeu-se que, em vez de uma “confusão entre as línguas”, ele implica uma habilidade linguística e comunicativa, que pode enriquecer a possibilidade de comunicação do indivíduo.

O MITO DE PREJUÍZOS NO DESENVOLVIMENTO LIGADOS AO BILINGUISMO

Até os anos 1940 a 1960, acreditava-se que aprender dois idiomas estava relacionado à dispersão de recursos cerebrais e a deficiências no desenvolvimento não só da língua, mas também de outros aspectos (Milroy & Muysken, 1995). A teoria do semilinguismo, em voga naquela época, partia do princípio de que o ser humano tinha um quantum determinado no cérebro para a aquisição de línguas e de que, se fosse exposto a duas línguas simultaneamente, esse quantum teria que ser dividido entre elas, podendo ser insuficiente para uma boa aquisição de pelo menos uma delas.

Hoje, sabemos que as pesquisas que sustentavam a visão de que o bilinguismo estaria relacionado a dificuldades acadêmicas e intelectuais sofriam de sérias falhas metodológicas. Por exemplo, comparavam o desempenho de crianças estadunidenses falantes de inglês como língua materna, com o desempenho de crianças migrantes recém-chegadas ao país, muitas vezes sem proficiência no inglês e em condições socioeconômicas difíceis, em testes de QI verbal e não verbais. Os resultados eram erroneamente atribuídos ao bilinguismo e não às diferenças socioeconômico-culturais, de oportunidade de estudos e da proficiência na língua em que as crianças estavam sendo testadas. Essa foi a chamada “fase dos efeitos negativos do bilinguismo”.

A partir de uma pesquisa feita no Canadá por Peal e Lambert em 1962 (Baker & Prys Jones, 1998) com crianças falantes de inglês e francês, duas línguas oficiais no país, e ajustados esses problemas metodológicos mencionados anteriormente, concluiu-se que pode haver benefícios cognitivos ligados ao bilinguismo infantil. Inaugurou-se, então, a chamada “fase dos efeitos positivos do bilinguismo”, que perdura até hoje. Muitas pesquisas feitas nas últimas décadas apontam que o bilinguismo pode antecipar aspectos do desenvolvimento cognitivo e ensinar maior criatividade e flexibilidade de pensamento, no sentido de encontrar respostas novas e criativas (Baker & Prys Jones, 1998; Bialystok, 2006).

Esses benefícios cognitivos vinculados ao bilinguismo acontecem a toda criança bilíngue? Essas vantagens cognitivas podem não acontecer em casos de bilinguismo subtrativo, aquele em que a aquisição da segunda língua ocorre às custas da primeira língua em contextos de desvalorização da língua e da cultura de origem. Para além do aspecto cognitivo, Lambert já relacionava, na década de 1980, o bilinguismo aditivo (quando uma segunda língua e cultura é adquirida sem pressão para substituir a primeira língua e cultura) a um autoconceito positivo, e o subtrativo, ao possível desenvolvimento de um autoconceito menos positivo e de uma perda de identidade cultural e ao perigo de fracassar na educação e no trabalho (Lambert, 1980 citado por Baker & Prys Jones, 1998).

BILINGUISMO E SAÚDE MENTAL

Berry et al. (2006) conduziram um estudo sobre aculturação e adaptação de jovens migrantes, com dados coletados de 26 contextos culturais em 13 países. Nesse estudo, “adaptação psicológica” referia-se ao bem-estar pessoal e à boa saúde mental e “adaptação sociocultural” referia-se à competência social individual para manejar a vida cotidiana em contexto intercultural. Os resultados mostraram um padrão claro, segundo o qual estar envolvido com as duas culturas, valorizando-as positivamente, promove melhor adaptação psicológica e sociocultural. Não estar envolvido, por sua vez, com nenhuma das culturas ou estar confuso sobre a própria situação enfraquece as duas formas de adaptação. O estudo, feito por meio de um questionário estruturado, também apontou uma influência negativa da percepção de discriminação sobre a adaptação de jovens migrantes.

Hamers e Blanc (2003) explicam que, se a herança cultural dupla não for valorizada, a criança poderá identificar-se somente com uma das culturas ou não se identificar com nenhuma delas. Já

se o ambiente encorajar a valorização das duas culturas, a criança poderá integrar os elementos em sua identidade cultural, lidando com tensões, contradições e conflitos e encontrando soluções pessoais sem precisar negar uma de suas culturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, trouxemos ferramentas conceituais e teóricas acerca da formação identitária e suas fases psicossociais, que sempre devem ser relativizadas. Também abordamos os conflitos geracionais decorrentes das expectativas culturais e o processo de aquisição de uma segunda língua para as novas gerações. A partir dessa ampliação e inter-relação de conhecimentos, é possível evitar o risco de patologizar, estereotipar ou exotizar o outro. Por meio de ferramentas conceituais e teóricas, em vez de desconforto, pode-se ter um olhar de compreensão. Esse olhar acalma tanto aquele que chega, seja uma criança, adolescente ou adulto, como o profissional que o acolhe, gerando um clima emocional que propicia o encontro.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

Ouçá o episódio 3 do podcast Vozes que Carrego na Mochila. Depois, responda às perguntas propostas a seguir.

Sinopse do episódio:

A pandemia trouxe uma pausa na viagem e um encontro com Dione. Sua história nos fez pensar sobre as feridas do passado que carregamos ainda abertas – como elas fazem parte de quem somos e como podem nos guiar num caminho de transformação.

Duração: 27 minutos

1. Em geral, afirma-se que a língua é a principal barreira no trabalho com migrantes. A partir do relato de Dione, o que você acha dessa afirmação?
2. Como a reflexão sobre a própria identidade impacta o trabalho com migrantes e vice-versa?

REFERÊNCIAS

Baker, C., & Prys Jones, S. (1998). Encyclopedia of bilingualism and bilingual education – School or education. Multilingual Matters.

Berry, J., Poortinga, Y., Segal, M., & Dasen, P. (1996). Cross-cultural psychology: Research and applications. Cambridge University Press.

Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant youth: acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55(3), 303-332.

Bialystock, E. (2006). *Bilingualism in development: Language, literacy & cognition*. Cambridge University Press.

Dantas, S. (2012). *Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais*. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.

Dantas, S., Ueno, L., Leifert, G., & Sugiura, M. (2010). Identidade, migração e suas dimensões psicossociais. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 18(34), 45-60.

Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56-121. DOI:10.1177/000306515600400104.

Erikson, E. H. (1968). Psychosocial identity. In D. Sills & R. Merton (Eds.), *International encyclopedia of the social sciences* (v. VII, pp. 61-65). Macmillan-Free Press.

Genesee, F., Nicoladis, E., & Paradis, J. (1995). Language differentiation in early bilingual development. *Journal of Child Language*, 22(3), 611-631.

Grosjean, F. (2010). *Bilingual: Life and reality*. Harvard University Press.

Hall, S. (2003). *A identidade cultural na pós-modernidade*. DP&A.

Hamers, J. F., & Blanc, M. H. A. (2003). *Bilingualism and bilingualism*. Cambridge University Press.

Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1983). *Vocabulário da psicanálise*. Martins Fontes.

Marcelino, M. (2007). O parâmetro de composição e a aquisição/aprendizagem de L2. Tese de doutorado. Unicamp. Campinas: SP.

Marcelino, M. (2009). Bilinguismo no Brasil: significado e expectativas. *Revista Intercâmbio*, vol. XIX: 1-22. LAEL/PUC-SP.

Meisel, J. (2007). The weaker language in early child bilingualism: acquiring a first language as a second language? *Applied Psycholinguistics*, 28, 495-514.

Mello, H. A. B. (1999). *O falar bilíngüe*. Ed. da UFG.

Milroy, L., & Muysken, P. (1995). *One speaker, two languages*. Cambridge University Press.

Sang, E. R., & Miggiavaca, E. M. (2007). Amor de devoção familiar (xiashún) na família chinesa: filiação na migração. *Travessia Revista do Migrante*, (59), 43-46.

Schininà, G. (2019). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*. IOM.

Wei, L. (2000). *The bilingualism reader*. Routledge.

9. PRECONCEITO, RACISMO, XENOFOBIA, POR QUÊ? IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL DE MIGRANTES

*Sylvia Dantas
Alessandro de Oliveira Campos*

Preconceito, racismo e xenofobia têm sido grandes fatores de estresse vivenciados por migrantes e refugiados em diversos países receptores, entre eles, o Brasil, contrariando uma imagem comumente disseminada de país hospitaleiro e acolhedor. Ações xenófobas e racistas são frequentemente relatadas por migrantes e denunciadas nos meios de comunicação. Relatório sobre denúncias de violações de direitos humanos da Secretaria Especial de Direitos Humanos do governo federal constatou um crescimento de 633% das denúncias de xenofobia no Brasil em 2015 em comparação com 2014. Demonstrações de preconceito, racismo e xenofobia são vividas ao alugar um imóvel, no atendimento à saúde, no ambiente escolar e universitário e no mercado de trabalho, de forma sutil ou explícita. Nos últimos anos, foram noticiadas diversas situações em que empregadores dispensam a pessoa entrevistada ao saberem que ela é refugiada ou migrante, além de situações de extrema exploração, principalmente quando as contratações são feitas por empresas terceirizadas. Violência física e mesmo assassinato de indivíduos migrantes e refugiados são ocorrências presentes na sociedade brasileira. Tais manifestações dirigem-se, sobretudo, a migrantes e refugiados racializados, como negros e indígenas.¹³ Essa intolerância estende-se, ainda, a pessoas que falam árabe ou professam o islamismo.

O estresse aculturativo está diretamente vinculado às características da sociedade de recepção, como visto no capítulo 2. Mas por que no Brasil, um país tão diverso e com larga história de migração, os novos cidadãos se deparam com essa experiência tão avassaladora? Neste capítulo, a partir de aportes da psicologia social e clínica, assim como da história, sociologia e antropologia, buscaremos entender como se configura o preconceito, o racismo e a xenofobia, o porquê de sua existência e os mecanismos envolvidos na sua reprodução. Por fim, discutiremos como esses fenômenos impactam a identidade e a saúde mental da pessoa que migra.

¹³ A racialização é um processo objetificante, ou seja, de destituição da humanidade do outro ao qual se atribuem qualidades morais e traços culturais ou econômicos com base em sistemas de classificação social hierarquizantes de pretensas “raças” (Faustino, 2018).



O preconceito combina crenças e juízos negativos de valor dirigidos a membros de um grupo ou categoria social (Johnson, 1997). Conforme Crochik (2006), apesar de o preconceito ser uma reação individual, o que leva uma pessoa a ser ou não preconceituosa é a sua socialização, cujas formas, instrumentos e conteúdos pertencem à cultura. Isso significa que o preconceito não é inato; não se nasce preconceituoso. Devido à impotência que a pessoa sente para lidar com os sofrimentos provenientes da realidade, reage transformando seus sentimentos em onipotência e se julga superiora ao seu objeto – no caso, o outro estereotipado. Quanto maior é a debilidade para experimentar e refletir, maior é a necessidade de nos defendermos de quem nos causa estranheza.

Se o preconceito é uma manifestação individual, as ideias estereotipadas que o formam são produtos da cultura. Assim, o estereótipo é um dos elementos do preconceito. Dessa forma, dizemos que a compreensão sociológica, ou seja, de como o sistema social funciona, de como a sociedade se organiza, tem primazia sobre a compreensão psicológica no entendimento do comportamento do indivíduo. Os conflitos sociais acarretam regressões individuais, mas estas não podem ser entendidas apenas na esfera individual. Precisamos estar atentos para não psicologizar e reduzir ao individual o que é da esfera social e uma produção coletiva.

Por meio de suas agências e instituições, como família, escola, meios de comunicação de massa e redes sociais, a sociedade produz estereótipos cujas definições sobre o outro são disseminadas como dadas. O estereótipo é uma crença rígida, excessivamente simplificada, frequentemente exagerada, aplicada a uma categoria de pessoas (Johnson, 1997). O discurso da estereotipia é um discurso imperativo, repetitivo, caricatural, em que as diferenças e multiplicidades do outro são apagadas (Albuquerque Jr., 2007). A estereotipia do pensamento diz respeito não somente aos seus conteúdos, como também à forma de pensar. Esse tipo de pensamento exclui a reflexão sobre outras possibilidades de vida, o que o torna reacionário, ou seja, repetitivo quanto aos seus procedimentos (Crochik, 1999).

No período de socialização, as crianças podem perceber que o outro é diferente sem que isso impeça o relacionamento com ele. Mas essa percepção é dificultada quando o preconceito é introjetado sob a forma de ameaça. A criança internaliza ideias e imagens preconceituosas adquiridas por identificação com pais ou cuidadores, a quem está vinculada por busca de aceitação e amor, por medo de perder seu amor e pela tentativa de evitar sua agressão. Esses valores são, assim, introjetados de forma inconsciente, mediados pela percepção e pelo mundo interno, o que não ocorre, portanto, de forma inteiramente objetiva (Crochik, 1999).

O que determina o desenvolvimento ou não do preconceito é a possibilidade de ter experiências e refletir sobre si mesmo e os outros. Essas experiências podem ser facilitadas ou dificultadas pelas diversas instâncias sociais presentes no processo de socialização. Contudo, uma sociedade competitiva, que se sustenta pela ameaça da exclusão, gera a necessidade contínua de estabelecer e manter preconceitos como forma de defesa individual. Parte do processo reflexivo, a dúvida é sentida como inimiga da ação e tida como algo que deve ser eliminado do pensamento. Ocorre um falseamento da realidade em que o indivíduo se defende de ameaças imaginárias, dividindo o mundo em bom e mau. Projeta-se no outro aquilo que é mau, e a pessoa inclui-se naquilo que é bom. Assim, o outro é visto como perigoso, como uma ameaça, enquanto o preconceituoso se vê como alguém com direito a defender-se e proteger-se daquele mal (Crochik, 2006). Nesse recorte, o sujeito estigmatizado sofre por ser percebido como indesejado ou nocivo aos olhos do outro. Quando estigmatizada, a pessoa migrante responde por uma marca, impressa pelo outro, sem a oportunidade inicial de se defender. O estigma é uma deterioração da identidade do outro (Goffman, 1988).

A dominação é um componente constante do preconceito. O preconceito pode ser de diferentes formas, entre as quais, duas são bastante comuns. De um lado, pode haver uma complacência

benevolente, um exagero de aceitação; de outro, uma rejeição, em que não se dá valor à pessoa que sofre preconceito. O profissional que trabalha com migrantes e refugiados, embora bem-intencionado, corre o risco de adotar a primeira postura sem se dar conta de que está reproduzindo estruturas de dominação. É comum ver a pessoa em situação de refúgio como “vulnerável”, “coitadinha”, carente de “salvação”. Conforme apontado no capítulo 2, forma-se um triângulo no qual há os perseguidores, a vítima e o salvador em uma narrativa pré-estabelecida (Losi, 2020). Não se dá espaço para as experiências subjetivas da pessoa colocada no lugar de vítima, e priva-se o interlocutor de narrar suas próprias experiências, dificuldades, angústias e, portanto, da capacidade de mudar e progredir com base na própria experiência. De outra forma, a pessoa pode ser vista como um grande exemplo de superação. Torna-se um ícone, uma imagem em que as complexidades da vida, tanto passada como presente, ficam invisibilizadas.

O preconceito pode ser contra diferentes grupos e pessoas, expressando-se como racial, de gênero, religioso, linguístico, etário, contra origem geográfica e de lugar, contra deficientes, entre outros. Uma pessoa migrante ou refugiada pode sofrer um ou mais tipos de preconceito, e estes podem se entrelaçar. Assim, uma migrante negra que professa uma religião não cristã, por exemplo, pode sofrer tanto racismo como preconceito religioso e de gênero, como apontado pelos estudos interseccionais mencionados no capítulo 4. Para entender as estruturas de dominação, às quais o preconceito está ligado, é importante analisar o racismo e a xenofobia.

RACISMO

Em relatório sobre a discriminação racial no Brasil, a Organização das Nações Unidas (ONU) concluiu que o racismo é estrutural e institucionalizado no país, permeando todas as áreas da vida (Morais, 2018). Isso significa que a organização social, econômica e política da sociedade é moldada pelo racismo. Em outras palavras, não se trata de um fenômeno anormal ou patológico, e sim de um sistema que fornece sentido, lógica e tecnologias para a reprodução das formas de desigualdade e violência que constituem a vida social. As expressões do racismo no cotidiano, seja nas relações interpessoais, seja na dinâmica das instituições, são manifestações de algo mais profundo, que se desenvolve nas entranhas políticas e econômicas da sociedade e que, como ideologia, molda inclusive o inconsciente (Almeida, 2019).

De acordo com a ONU, o racismo é uma construção ideológica que atribui poder a uma determinada “raça” e/ou grupo étnico com base em atributos físicos, culturais e posição econômica, envolvendo relações hierárquicas, em que a “raça” superior exerce dominação e controle (UN, 2001). O sentido desse termo está inevitavelmente atrelado às circunstâncias em que é utilizado, pois é um conceito relacional e histórico.

As origens da noção de raça, como referência a distintas categorias de seres humanos, remontam à expansão colonialista ultramarina europeia dos séculos XV e XVI. Mas foi no século XIX que se construiu o moderno ideário filosófico e as explicações científicas acerca das diferenças humanas em termos de “raça”, que transformariam o europeu no “homem universal” diante de povos considerados menos evoluídos (Almeida, 2019). Surgiu, assim, o racismo científico. A cor da pele e outros traços fenotípicos europeus foram estabelecidos como norma de civilização e padrão único do humano, sendo os outros grupos vistos como marginais, desviantes ou inferiores. Nesse contexto, o Estado brasileiro adotou a ideologia do branqueamento da população brasileira, que supostamente levaria à modernização da nação. Houve o incentivo à imigração europeia e o desestímulo à imigração de pessoas de ascendência africana, asiática ou indígena. Supunha-se que, através da miscigenação com descendentes de europeus, os descendentes de negros e indígenas se tornariam gradativamente mais brancos a cada nova geração, sendo sua existência progressivamente anulada.

Embora o racismo científico tenha sido amplamente refutado desde então, seu ideário ainda permeia as relações sociais. Seus reflexos podem ser vistos, por exemplo, nos altos índices de jovens negros brasileiros assassinados nas periferias urbanas. Junto a isso, a população negra brasileira sofre com maiores taxas de desemprego e recebe os menores salários, sendo, ainda, a maior parte da população carcerária (Westin, 2020). Indivíduos migrantes e refugiados racializados também sofrem as consequências dessa estrutura social, sendo, por exemplo, relegados a postos de trabalho precários, que não condizem com sua formação.

Esse sofrimento é invisibilizado através do “mito da democracia racial”, que, conforme o mencionado relatório da ONU, continua presente na sociedade brasileira, uma vez que boa parte dela ainda nega a existência do racismo. A ideia de “democracia racial” aparece em análises da sociedade brasileira feitas a partir dos estudos sociológicos de Gilberto Freyre. Esse autor defendia que a relação de mestiçagem biológica e cultural entre negros, brancos e indígenas, as três “raças originárias” do Brasil, era harmônica e abrandava, inclusive, a realidade social do passado escravocrata do país. Essa é uma ideia vinculada à crença de que a realidade brasileira é menos segregadora do que a estadunidense¹⁴ e a de outras partes do mundo, como a África do Sul.¹⁵ As elites dominantes disseminaram essa imagem de que aqui todos convivem bem e de que o povo brasileiro se caracterizava por uma índole pacífica. Não haveria, portanto, preconceito racial, apenas uma conflitiva de classes (Ianni, 2004; Munanga, 2004), ou seja, as barreiras sociais ou discriminações vividas por pessoas racializadas não eram reconhecidas para além dos fatores relacionados à renda.

Esse mito teve profunda penetração na sociedade brasileira, permitindo às elites dissimular as desigualdades e frequentemente impedindo os membros das comunidades não brancas de ter consciência dos sutis mecanismos de exclusão social dos quais eram vítimas (Munanga, 2004). Não raro, migrantes chegam acreditando que, porque o Brasil é um país “miscigenado”, encontrariam aqui relações de igualdade e respeito entre pessoas de diferentes grupos étnico-raciais. Para alguns, a vivência do racismo ocorre pela primeira vez no Brasil, sendo uma experiência de forte impacto psicológico, gerando sofrimento e confusão identitária.

Como mencionado no capítulo 2, uma postura intercultural implica a compreensão dos contextos social e histórico dos grupos em contato. Nesse sentido, cabe ao profissional que trabalha com pessoas migrantes e refugiadas não apenas entender como elas são percebidas na sociedade e a angústia que a vivência do racismo gera, mas dar-se conta de seu próprio lugar nessa estrutura. Essa questão tem sido trazida no Brasil pelos estudos da branquitude, que surgem da percepção de que abordar relações raciais focando somente os grupos marginalizados recoloca o branco numa posição de normatividade, insinuando que quem tem “raça” é o outro. A branquitude refere-se às construções das identidades raciais brancas e ao lugar de vantagem estrutural de pessoas brancas em sociedades colonizadas pelos europeus e, portanto, estruturadas pelo racismo.

Comumente ouvimos falar em “racismo reverso”, ou seja, um racismo das minorias, dirigido às majorias.¹⁶ Contudo, pessoas de grupos raciais minoritários podem até ser preconceituosas ou praticar discriminação, mas não podem impor desvantagens sociais a membros de grupos majoritários, direta ou indiretamente. Como explica Almeida (2019), homens brancos não deixam de ser selecionados para vagas de emprego pelo fato de serem brancos, pessoas brancas não são “suspeitas” de roubo por sua condição racial, muito menos têm sua inteligência ou sua capacidade profissional questionadas devido à cor da sua pele. A ideia de “racismo reverso” acaba servindo para deslegitimar as demandas por igualdade racial.

¹⁴ Refere-se às leis Jim Crow, que tiveram início em 1870 e vigoraram até 1965. Essas leis obrigavam a segregação racial nos equipamentos públicos nos estados do sul dos Estados Unidos.

¹⁵ Refere-se ao regime de segregação na África do Sul, que três anos após a independência, em 1913, adotou a Lei da Terra (Natives Land Act), por meio da qual a população negra era obrigada a residir em reservas; e ao posterior regime de Apartheid, instituído em 1948 e em vigor até 1994.

¹⁶ “Minoria” no sentido de menor representatividade e poder político, pois, em termos numéricos, grupos denominados minoritários são, muitas vezes, maioria.

A fim de reconhecer essa estrutura e seus padrões, formula-se a ideia de letramento racial, para que as pessoas brancas percebam o lugar que ocupam nas relações raciais e incorporem um conjunto de práticas baseado em cinco fundamentos (Farias, 2019). O primeiro é reconhecer a branquitude, isto é, que a condição de branco confere privilégios. O segundo é entender que o racismo é um problema atual, que se legitima e se reproduz cotidianamente, e não apenas um legado histórico. O terceiro é compreender que as identidades raciais são o resultado de práticas sociais e, portanto, são aprendidas. O quarto é tomar posse de uma gramática e de um vocabulário racial. O quinto é ser capaz de interpretar códigos e práticas racializados, ou seja, perceber quando algo é uma expressão de racismo e não tentar dissimular como um mal-entendido ou apenas uma brincadeira.

XENOFOBIA

Xenofobia é uma palavra de origem grega composta a partir de *xenos*, que significa estranho, estrangeiro, e *phobos*, que quer dizer medo. O termo refere-se ao medo, à rejeição, à antipatia e à aversão ao estrangeiro. Envolve desconfiança e preconceito em relação a pessoas consideradas estranhas ao território, à cultura daquele que julga. Pode se manifestar de diferentes maneiras, desde uma recusa de aproximação ou contato até atitudes de extrema hostilidade e tentativas de eliminação física ou simbólica do outro. Como a xenofobia é uma atitude carregada de ambiguidades, bem como de conflitos conscientes e inconscientes, o corpo considerado exótico pode inspirar desejo, pois a diferença atrai, fascina, mas, ao mesmo tempo, ameaça (Albuquerque Jr., 2016).

O contato com o outro pode suscitar o medo da perda da identidade individual ou coletiva. Muitas vezes, a xenofobia expressa-se de forma sutil e quase imperceptível, em fantasias de pureza cultural que aparecem em discursos ou práticas que condenam a utilização ou mistura de elementos culturais vindos de fora (Albuquerque Jr., 2016). No Brasil, anteriormente à aprovação da nova Lei de Migração, grupos que se intitulavam defensores das “culturas puras” alegavam que ela propiciaria a invasão de estrangeiros, a entrada massiva de “terroristas, comunistas e traficantes”, o perigo da modificação da língua materna e a sobrecarga dos serviços públicos. Manifestações como essas têm sido observadas em diversas partes do mundo, especialmente em períodos de crise econômica. Diante do medo da perda do emprego ou da capacidade de adquirir bens, não só para sobrevivência, mas também como marcador de distinção de classe, a reação xenofóbica constitui uma defesa em relação ao suposto perigo. Atribui-se àquele que vem de fora a culpa de todas as mazelas sociais; a pessoa migrante torna-se, assim, o bode expiatório, e sua presença, uma explicação fácil para os problemas vividos.

Dados da Secretaria Especial de Direitos Humanos do governo federal mostram que, entre 2014 e 2015, os haitianos constituíram a maioria das vítimas de xenofobia, 26,8%, seguidos de pessoas árabes ou de religião muçulmana, 14,45% (Farah, 2017). Esses dados apontam para o fato de que nem todas as pessoas vindas de fora sofrerão xenofobia da mesma forma. O racismo e o preconceito para com pessoas que professam religiões não cristãs são fatores que acirram os sentimentos xenofóbicos. Comumente, a imprensa brasileira constrói uma imagem do “estrangeiro” como uma pessoa branca, vinda dos países do norte global, pertencente aos estratos abastados ou de classe média em seu país. Já o “migrante” ou “refugiado” é retratado de forma ambígua, como vítima ou problema social.

Durante a pandemia deflagrada em 2020, notícias fabricadas, descontextualizadas ou distorcidas sobre a Covid-19 espalharam a ideia de que o vírus seria uma invenção chinesa. Concomitantemente, pessoas de fenótipo oriental – descendentes de japoneses, coreanos e mesmo chineses – passaram a ser hostilizadas nas ruas, discriminadas e agredidas verbal e até fisicamente por desconhecidos

no Brasil e no mundo. Houve um aumento do preconceito e da xenofobia (Dantas, 2020). Diante disso, a OIM (2020) elaborou um guia prático para a produção de campanhas de comunicação voltadas a combater discursos preconceituosos e xenofóbicos com base em fatos.

Conforme a Organização Mundial da Saúde, “a saúde mental é um aspecto crítico para o funcionamento social e deve estar à frente e no centro de toda resposta do país para recuperar-se da pandemia da Covid-19” (Carpio, 2020, p. , tradução livre). No entanto, a estigmatização de migrantes pode levar as pessoas a não buscar auxílio em saúde por temor de ser discriminadas. Isso se soma a uma série de outros obstáculos, como barreiras linguísticas e culturais e o medo de ser preso ou deportado pelas autoridades (OIM, 2020).

SAÚDE MENTAL, PRECONCEITO, RACISMO E XENOFOBIA

A vivência de preconceito, racismo e/ou xenofobia envolve mensagens violentas e que adquirem conotações opressivas ao invadirem o mundo interno do sujeito, abalando o sentimento de bem-estar e gerando confusão identitária, dúvida sobre o próprio valor e pertencimento. Relatos de vivência de *bullying* na escola são também frequentes por parte de migrantes latino-americanos, africanos e haitianos crescendo no Brasil. Constituem, de fato, relatos de racismo. São experiências de humilhação que geram baixa autoestima e desesperança, podendo levar a quadros depressivos. A postura intercultural do profissional é central para desconstruir essas concepções que subjugam e, portanto, desvitalizam. Reconhecer as manifestações de preconceito, racismo e xenofobia é essencial para que não se silencie ou patologize um sofrimento legítimo. Há de atentar também para o risco de adotar uma postura paternalista, em que não é reconhecida a ação do outro, visto como mera vítima.

A saúde mental está diretamente vinculada à possibilidade e ao direito a uma vida digna e ao reconhecimento social (Dantas, 2017; Dantas et al., 2021). Nesse sentido, o contexto social afeta tanto o bem-estar individual quanto o da coletividade. Situações de guerra, desastres e deslocamento forçado, conforme lembra Schininà (2019), não apenas são disruptivas para a pessoa, mas também levam a um sofrimento coletivo: “esses sofrimentos requerem não só respostas individuais, mas também coletivas, para promover o restabelecimento psicossocial e o bem-estar, o que frequentemente envolve a restauração moral e social e a agência política pela criação de sentidos e narrativas compartilhadas” (p. 19, tradução livre). De forma análoga, as experiências individuais de preconceito, racismo e xenofobia demandam respostas coletivas que as visibilizem e as coloquem como uma questão da esfera social que precisa ser transformada. Com isso, a pessoa que sofreu essas violências pode sentir que não está só e que não está louca. Não se trata de uma situação imaginada. Ações coletivas e comunitárias com protagonismo de indivíduos migrantes e refugiados têm sido de grande importância no sentido de legitimar o pertencimento e direito à sociedade em que se encontram. Promovem a mudança do lugar de vítima da exclusão rumo à construção de laços de pertencimento, desenvolvimento de habilidades e autonomia (Gavazzo, 2016). Essas ações promovem saúde mental, reafirmando e valorizando identidades étnico-culturais estigmatizadas.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque Jr., D. M. (2007). *Preconceito contra a origem geográfica e de lugar*. Cortez.
- Albuquerque Jr., D. (2016). *Xenofobia: Medo e rejeição ao estrangeiro*. Cortez.
- Almeida, S. (2019). *Racismo estrutural*. Pólen.
- Crochik, J. L. (2006). *Preconceito, indivíduo e cultura*. Casa do Psicólogo.
- Dantas, S. (2017). Saúde mental, interculturalidade e imigração. *Revista USP*, (114), 55-70. <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142368>
- Dantas, S. (2020). Pandemia, mentiras e xenofobia: a saúde pública requer interculturalidade. In R. Baeninger, L. Vedovato, & S. Nandy, *Migrações internacionais e a pandemia de Covid 19* (pp. 104-108). Unicamp. <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacional/miginternacional.pdf>
- Dantas, S., Zaia, M., Souza-e-Silva, M. M., Ferreira, L. S., & Bartsch, J. (2021). A pandemia dos outros: acolhimento psicossocial intercultural como desintoxicação narrativa e ressignificação existencial. *Travessia – Revista do Migrante*, (91), 1-16.
- Farah, P. (2017). Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. *Revista USP*, 114, 11-30.
- Farias, E. (2019, 17 de maio). Pesquisadora explica conceito de branquitude como privilégio estrutural. *Agência Focruz de Notícias*. <https://agencia.focruz.br/pesquisadora-explica-conceito-de-branquitude-como-privilegio-estrutural>
- Faustino, D. M. (2018). Frantz Fanon: capitalismo, racismo e a sociogênese do colonialismo. *SER Social*, 20(42), 148-163.
- Gavazzo, N. (2016). Música y danza como espacios de participación de los jóvenes hijos de migrantes bolivianos y paraguayos en Buenos Aires. *Revista del Museo de Antropología*, 9(1), 83-94.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Guanabara Koogan.
- Ianni, O. (2004). O preconceito racial no Brasil. *Estudos Avançados*, 18(50), 6-20.
- Johnson, A. (1997). *Dicionário de sociologia*. Zahar.
- Losi, N. (2020). *Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*. Quodlibet Studio.
- Morais, P. (2018, 17 de outubro). Xenofobia no Brasil: o que gera essa intolerância? *Politize!* <https://www.politize.com.br/xenofobia-no-brasil-existe/>
- Munanga, K. (2004). *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil. Autêntica*.
- International Organization for Migration(IOM). (2020). Countering xenophobia and stigma to foster social cohesion in the covid 19 response and recovery. Issue Brief. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/documents/countering_xenophobia_and_stigma_130720.pdf
- United Nations (UN). (2001). *International migration, racism, discrimination and xenophobia. Discussion Paper for World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and related Intolerance (WCAR)*. ILO, IOM, OHCHR, UNHCR.

Westin, R. (2020, 22 de junho). Negro continuará sendo oprimido enquanto o Brasil não se assumir racista, dizem especialistas. *Agência Senado*. <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/06/negro-continuara-sendo-oprimido-enquanto-o-brasil-nao-se-assumir-racista-dizem-especialistas>

MATERIAL COMPLEMENTAR

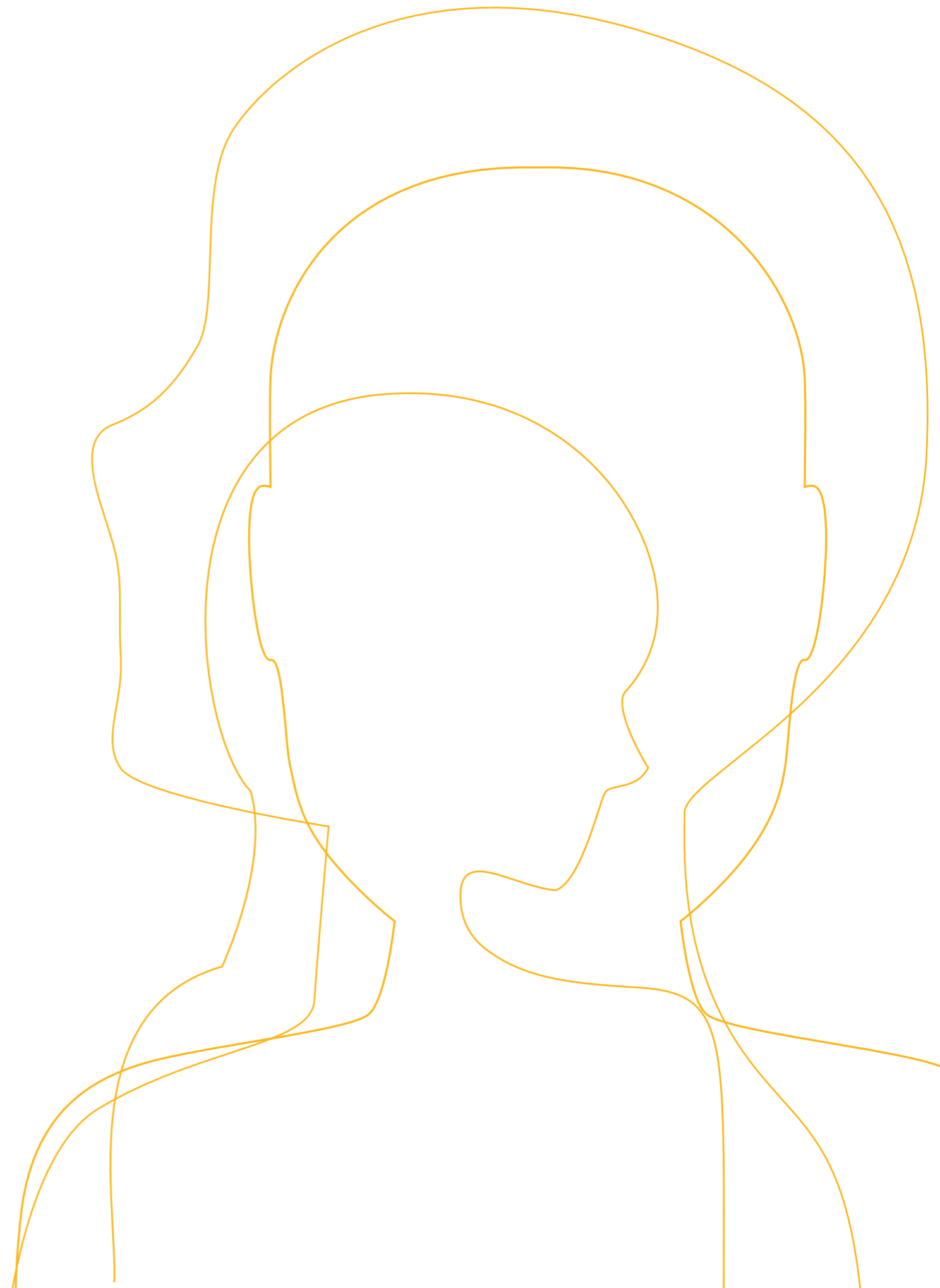
[Negro lá, negro cá](#) (2014): documentário que mostra a visão de quatro imigrantes africanos, residentes em Fortaleza (CE), sobre o que é o racismo, o que eles pensam sobre o assunto e como lidam com a opressão.

Cidade Pássaro (2020): neste filme, a imigração de um nigeriano é pano de fundo para a história de busca e reconhecimento em um doloroso processo de descobertas. Amadi chega a São Paulo em busca de seu irmão, Ikenna, que veio para o Brasil anos antes e deixou de dar notícias depois de certo tempo. A chegada do irmão, munido apenas dos e-mails para encontrar seu paradeiro, provoca uma série de reflexões no espectador, que mergulha na mente inquieta de Amadi ao mesmo tempo que compreende alguns porquês do sumiço de Ikenna.

[O perigo de uma única história](#): palestra da escritora nigeriana Chimamanda Adichie. Sobre a necessidade de pensar as histórias por diferentes perspectivas.

[Racismo: uma história](#): este documentário em três episódios feito pela BBC traça uma cronologia de eventos a partir da invenção do conceito de raça, no século XVII, e explora o impacto do racismo em escala global. Examina as mudanças na percepção de raça e a história do racismo na Europa, nas Américas, na Austrália e na Ásia, terminando na luta pela igualdade de direitos, que ainda continua.

[Boletim Racismo e Xenofobia](#) (2021), publicado pela Rede sobre Migração Mooca.



10. TÉCNICAS, MODELOS E PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL PRÓPRIAS PARA A MIGRAÇÃO

Carmen L. A. de Santana

A experiência de migração pode ser difícil e estressante. Pessoas migrantes e refugiadas são frequentemente expostas a fatores de risco à saúde física e mental como, por exemplo, pobreza, exclusão social e violência. O impacto desses fatores depende, em grande parte, das condições sociais experienciadas no processo migratório, na pré-migração e na pós-migração. Por outro lado, a diversidade cultural impõe desafios à prática do cuidado. A atenção à cultura no oferecimento dos serviços pode melhorar o acesso, a utilização e os resultados na saúde.

O presente capítulo oferece uma síntese sobre a relação entre saúde mental, migração e refúgio, apresentando especificidades do acolhimento psicossocial no contexto migratório. Discutiremos fatores de risco, barreiras de acesso a serviços e caminhos para o cuidado.

FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE PESSOAS MIGRANTES E REFUGIADAS

Para a maioria das pessoas atendidas nos serviços de atenção psicossocial, o processo de migração pode ser complicado e estressante. Envolve a saída do país de origem e a adaptação a um novo ambiente, uma nova cultura e uma nova situação de vida. Além disso, como vimos em capítulos anteriores, indivíduos migrantes e refugiados podem ser expostos a eventos estressantes antes da partida, durante a viagem e após a chegada. Independentemente de seu *status* migratório, estão chegando de uma longa jornada, em que enfrentaram adversidades extremas ou condições econômicas ruins. Além disso, muitas vezes, podem ter sido expostos a violência, guerras e outras formas de conflito armado, perseguição, discriminação ou desastres naturais antes de saírem de seus países.

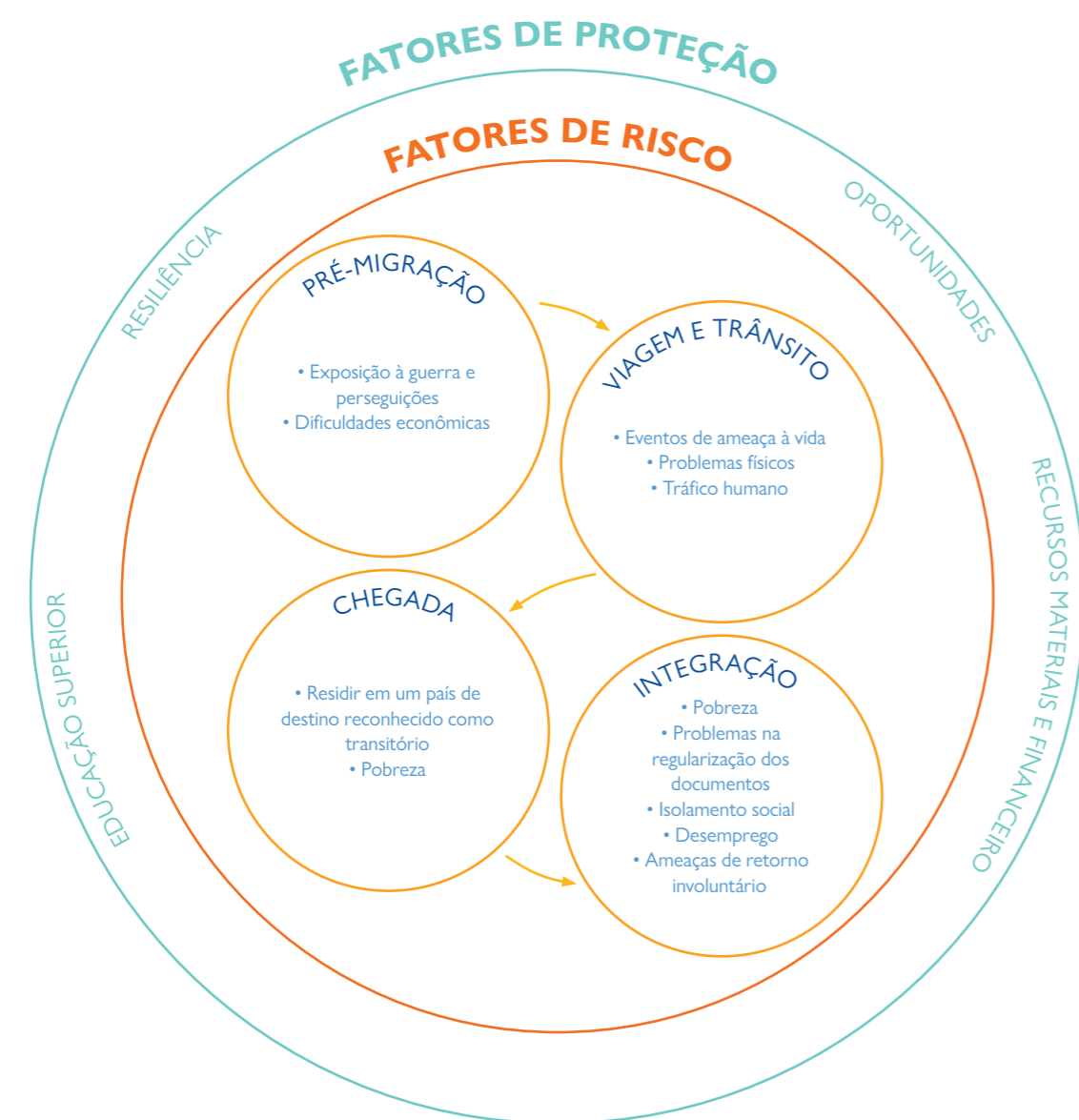
O momento de adaptação de migrantes ao chegarem ao Brasil está repleto de desafios, como



providenciar documentos para regularizar sua situação, e preocupações com a família (que veio junto ou que permaneceu no país de origem). Embora nem todas as pessoas migrantes estejam em dificuldades socioeconômicas, muitas ainda devem se esforçar para satisfazer necessidades básicas de sobrevivência.

Muitas pessoas refugiadas e migrantes podem sofrer de transtornos mentais, embora a prevalência seja variável entre os estudos. Uma maior prevalência está associada à falta de integração social e, mais especificamente, ao desemprego. Exposição a eventos estressantes antes da partida ou durante a viagem e dificuldades de integração social nos países de acolhimento também estão associadas a maiores taxas de transtornos mentais, conforme mostrado na Figura 1.

FIGURA 1 – FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO À SAÚDE MENTAL DE PESSOAS MIGRANTES E REFUGIADAS



Fonte: adaptado de WHO (2018).

Experiências traumáticas pré-migração, como guerra, perseguição ou violência, podem ocasionar

sequelas na saúde física e mental por toda a vida. O desemprego, a baixa escolaridade, as condições econômicas precárias, as redes sociais fragmentadas, as experiências de racismo e a discriminação são fatores de riscos impactantes para esse grupo (Salami et al., 2019).

Embora alguns fatores de risco estejam ligados a um estresse específico, a previsão de qual indivíduo desenvolverá um transtorno mental no país de acolhimento e qual não desenvolverá é tarefa difícil. As informações atuais sobre os fatores de risco não permitem formar um conhecimento suficientemente preciso para a predição para grupos e, menos ainda, para indivíduos (WHO, 2018). No entanto, cabe ressaltar que:

1. a maioria das pessoas migrantes apresenta respostas normais a situações extremas de vida, por isso não é correto identificar quaisquer sinais ou sintomas de sofrimento psíquico primariamente como patológicos;
2. os transtornos mentais mais comuns são depressão e ansiedade, assim como ocorre na população em geral (WHO, 2018).

BARREIRAS DE ACESSO A SERVIÇOS E CAMINHOS DO CUIDADO

É importante reconhecer que a baixa procura por apoio psicossocial não indica, *a priori*, ausência de necessidades. Em geral, as pessoas que enfrentam um processo de migração podem se beneficiar de apoio psicossocial.

Grupos minoritários geralmente não utilizam os serviços de saúde mental por temerem estigma ou discriminação (Kirmayer et al., 2014).

As barreiras ao acesso e uso de serviços de saúde mental incluem (Salami et al., 2019):

- barreiras linguísticas e culturais;
- barreiras econômicas (por exemplo, custos de transporte, impossibilidade de afastar-se do trabalho etc.);
- diferentes significados e interpretações para questões de saúde mental;
- estigma em torno da doença mental;
- medo de repercussões negativas perante a comunidade;
- falta de incentivo da família.

Do ponto de vista prático, surge a pergunta: como abordar pessoas que não querem ser tratadas porque estão desconfiadas ou simplesmente não acreditam que têm um problema mental?

A cultura molda a experiência e a expressão das emoções, dos pensamentos e dos transtornos mentais. Dessa forma, influencia as causas e maneiras de expressar o sofrimento, as estratégias de enfrentamento, a busca de ajuda, a relação com os serviços oferecidos e o autocuidado. Áreas e modelos de intervenção para promover e proporcionar uma boa atenção à saúde mental de pessoas migrantes e refugiadas incluem políticas de integração social e de ampliação de acesso aos serviços. Tal como acontece com muitas questões relacionadas à saúde de populações vulnerabilizadas, os esforços para melhorar o bem-estar envolvem compromisso e cooperação entre vários setores – incluindo cuidados de saúde mental, cuidados de saúde física e serviços sociais (WHO, 2018).

Na perspectiva da saúde pública, oito principais áreas de ação são identificadas como prioritárias orientando o cuidado e abordagem da saúde mental de pessoas migrantes e refugiadas:

- promover a saúde mental através da integração social;

- esclarecer e compartilhar informações sobre o direito a cuidados no território;
- mapear os serviços disponíveis (ou criar serviços, se necessário);
- disponibilizar serviços de intérpretes e/ou serviços de mediação cultural;
- trabalhar para a integração dos cuidados mentais, físicos e sociais;
- garantir que os profissionais da área de saúde mental sejam treinados para atender migrantes;
- investir em pesquisas de avaliação de serviços para adequar o planejamento e oferecimento de cuidados;
- compartilhar princípios de boas práticas aplicados nos diversos países.

Além disso, é importante reconhecer que o apoio psicossocial não se limita à atenção psicoterapêutica, mas também pode ser oferecido por meio de ações de fortalecimento do tecido social (laços comunitários, familiares e redes), acompanhamento dos processos de inclusão profissional e educacional e mediação de conflitos com as comunidades de acolhimento, entre outras iniciativas.

INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Ao utilizarmos estritamente as categorias do diagnóstico psiquiátrico, corremos o risco de distorcer a compreensão do discurso da pessoa atendida, promovendo uma patologização da angústia: o que pertence à dimensão da experiência social e coletiva pode ser considerado individual e biológico. Como cada indivíduo experimenta eventos de vida e o que ele diz sobre esses eventos sofre uma grande influência da cultura e dos significados compartilhados com o grupo social.

A medicina e a psicologia são também produtos culturais. Sendo assim, no cuidado à saúde mental de pessoas migrantes e refugiadas, as escalas e os sistemas diagnósticos precisam ser adaptados e relativizados. Os equívocos da comunicação entre a pessoa atendida e o profissional da saúde podem perturbar o estabelecimento de uma relação terapêutica, elemento-chave da prática psiquiátrica e psicológica. O risco de etnocentrismo é inerente às práticas de cuidado em saúde mental, pois o principal instrumento para diagnóstico e intervenção do psicoterapeuta é sua própria *psique* (Santana & Lotufo Neto, 2015).

Para enfrentar tais desafios, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, ou DSM-5,¹⁷ apresenta uma Entrevista de Formulação Cultural visando estimular e auxiliar o profissional da saúde a integrar a experiência da doença e o contexto cultural do paciente no processo diagnóstico (APA, 2014). Essa entrevista não é um instrumento de rastreio ou um sistema de classificação diagnóstica, mas provê uma série de elementos que nos ajudam a explorar a compreensão de uma pessoa acerca de sua saúde e doença.

A seguir, apresentamos um roteiro de perguntas, uma “adaptação operacionalizada” da entrevista, para apoiar na formulação cultural do caso. As perguntas têm como objetivo esclarecer aspectos centrais do problema segundo o ponto de vista da pessoa entrevistada e de membros de sua rede social. Essas informações contemplam o significado do problema para o sujeito, as fontes potenciais de ajuda e as expectativas em relação aos serviços. Conhecer essa dimensão do problema permite construir um encaminhamento mais qualificado ao serviço de saúde mental. As perguntas são divididas em seis temas, conforme descrito no Quadro 1.

17 Manual diagnóstico publicado pela Associação Americana de Psiquiatria com o objetivo de orientar o diagnóstico de transtornos mentais. Pode ser usado por profissionais não só da área clínica (medicina, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia), mas também de outros setores, como na área jurídica, organizacional e educacional.

QUADRO 1 – ADAPTAÇÃO DA ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL

<p>Introdução</p> <p>Apresente-se manifestando o seu desejo de compreender os problemas que a pessoa entrevistada está enfrentando, para poder melhor ajudar. Diga que gostaria de saber mais sobre a pessoa e os problemas que ela está enfrentando. Para isso, a conversa deverá se dar em torno do que está acontecendo, a partir do ponto de vista do indivíduo entrevistado e das pessoas que são importantes na sua vida.</p>
<p>Definição cultural do problema</p> <p>O que mais o incomoda no momento? Muitas vezes as pessoas entendem seus problemas de maneira própria, que podem ser diferentes ou semelhantes à compreensão dos profissionais. Como você descreveria o seu problema para outra pessoa? Algumas vezes, as pessoas usam determinadas palavras ou frases para contar seus problemas. Existe um termo ou expressão específicos para descrever o que está acontecendo com você? Se a resposta for sim, qual é este termo ou expressão?</p>
<p>Percepções culturais de causa e contexto</p> <p>Por que acha que isso está acontecendo com você? Na sua opinião, quais são as causas do seu problema? Algumas pessoas podem explicar seus problemas por uma causa física, algo que outros fizeram para ela, ou dar alguma razão espiritual para o que estão passando. Você faz isso? O que torna o seu problema pior ou mais difícil de lidar? O que torna o seu problema melhor ou ajuda você a lidar com ele?</p>
<p>Papel da identidade cultural</p> <p>Existe alguma coisa relacionada às suas origens – por exemplo, cultura, raça, etnia, religião ou país de origem – que esteja causando problemas a você atualmente? Se a resposta for positiva: de que forma? Por outro lado, há alguma outra coisa em sua origem que ajuda você a lidar com sua vida atualmente? Se a resposta for positiva: de que forma?</p>

Fatores culturais que afetam o enfrentamento e a busca de ajuda

O que você faz para se sentir melhor? Que tipo de ajuda você procurou para lidar com o seu problema no passado? Que tipos de ajuda ou tratamentos foram mais úteis? Como? Que tipos de ajuda ou tratamento não foram úteis? Como?

Busca atual de ajuda

Falando sobre ajudas que você poderia obter no Brasil, há alguma coisa sobre suas origens que poderia tornar difícil para um profissional brasileiro compreender ou ajudar você com o seu problema? Como eu ou outro profissional da nossa instituição poderemos ser mais úteis para você agora? Que tipo de ajuda você gostaria de receber de um profissional da saúde?

Conclusão

Agradeça a pessoa pelas explicações e pergunte se existe algo mais que ela gostaria de dizer ou de perguntar.

Fonte: adaptado de Nussbaum (2015) e APA (2015)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionamos anteriormente, o acesso aos cuidados em saúde é frequentemente dificultado por fatores como barreiras linguísticas, falta de informação sobre o sistema de saúde, diferentes modelos explicativos de sofrimento mental e diferentes atitudes em relação à medicina e aos tratamentos propostos (WHO, 2018). Um profissional atento aos impactos desses fatores no estabelecimento do vínculo pode melhorar a acessibilidade, a utilização dos serviços e os resultados dos cuidados implementados.

Instrumentos padrões para avaliação diagnóstica em saúde mental precisam ser adaptados e relativizados no acolhimento psicossocial em cenários interculturais, e a “Entrevista de Formulação Cultural” brevemente apresentada nesse capítulo nos propõe uma estratégia de enfrentamento a este desafio.

Mas a prática de acolhimento psicossocial a pessoas migrantes

e refugiadas, exige mais que desenvolvimento de ferramentas. Nesse contexto, incluir a construção de alianças entre grupos e indivíduos de diversas origens implica em um processo contínuo de desenvolvimento crítico e autorreflexivo. É importante não considerar apenas as vulnerabilidades; mas também as potencialidades e recursos existente para o seu enfrentamento

QUESTÕES PARA REFLEXÃO E DISCUSSÃO

- Como sua organização tem atuado na promoção da saúde mental da população atendida?
- Quais são os principais desafios da integração na rede intersetorial?
- Como a pandemia da Covid-19 afetou o seu processo de trabalho com pessoas migrantes?

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Artmed.
- Bosi, A. (2002). *Reflexões sobre a arte* (7. ed.). Ática.
- Dantas, S. D. (Org.). (2012). *Diálogos interculturais: Reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais*. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.
- International Organization for Migration. (2020). *Mental health and psychosocial support (MHPSS) in the COVID-19 response: Guidance and toolkit for the use of IOM MHPSS teams: Version III-final*. IOM.
- Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C. (Eds.). (2014). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. Springer.
- Nussbaum, A. (2015). *Guia para o exame diagnóstico segundo o DSM-5*. Artmed.
- Salami, B., Salma, J., & Hegadoren, K. (2019). Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 152- 161. DOI: 10.1111/inm.12512.
- Santana, C., & Lotufo Neto, F. (2015). Developing a mental health programme for refugees based on participatory action research: An experience from São Paulo, Brazil. *International Journal of Action Research*, 11, 265.
- Schininà, G. (2019). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*. OIM.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants*.



 brazil.iom.int

 iombrazi@iom.int

 @OIMBrasil

ISBN: 978-65-87187-20-4

