

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Mariana Reis de Souza Lima

AÇÃO HUMANITÁRIA E SAÚDE MENTAL:
a recepção de migrantes e refugiados venezuelanos

Brasília

2022

Mariana Reis de Souza Lima

AÇÃO HUMANITÁRIA E SAÚDE MENTAL:
a recepção de migrantes e refugiados venezuelanos

Trabalho de Dissertação apresentado à
Escola de Governo Fiocruz como requisito
para obtenção do título de mestre em
Políticas Públicas em Saúde. (Linha de
Pesquisa: Saúde e Justiça Social)

Orientador(a): Profa. Dra. Roberta de Freitas
Campos

Brasília

2022

Ficha Catalográfica
Gerência Regional de Brasília
Escola de Governo Fiocruz Brasília
Biblioteca de Escola de Governo Fiocruz Brasília

L732a Lima, Mariana Reis de Souza.
Ação humanitária e saúde mental: a recepção de migrantes e refugiados venezuelanos. / Mariana Reis de Souza Lima. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.
138 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, 2022.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Roberta de Freitas Campos.

1. Assistência à Saúde Mental. 2. Migrantes. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Campos, Roberta de Freitas. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 614.2

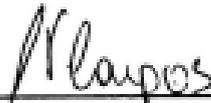
Mariana Reis de Souza Lima

Ação Humanitária e Saúde Mental: o caso da recepção de migrantes e refugiados venezuelanos.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

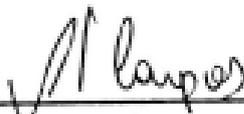
Aprovado em 22/08/2022.

BANCA EXAMINADORA

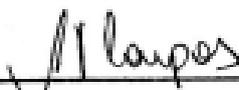


Dra. Roberta de Freitas Campos - Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Maria Fabiana Damásio Passos – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



x | Dra. Muna Muhammad Odeh – Membro Externo – Universidade de Brasília - UnB



p | Dra. Francini Lube Guizardi – Suplente - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTOS

Ofereço este trabalho às mulheres da minha família, que sempre me deram a mão para eu chegar um passo mais longe e me acolheram em momentos de escuridão. Em especial à minha mãe, Marília, por me incentivar acreditando no meu melhor. Ofereço à minha dinda, Miriam, e à minha prima, Clarissa, por acreditarem e trabalharem em prol da saúde pública desse país. À minha avó, Arésia, sempre uma figueira frondosa e com galhos largos para que eu possa me deitar à sombra.

Ao meu pai, Gilson, por dizer frases confortantes e acreditar que “tudo irá se resolver” e sempre desejar “ânimo e altivez”. Agradeço ao meu filho, Santiago, pela paciência e compreensão quando a mamãe estava trabalhando à noite. Ao meu companheiro, Renan, pelo incentivo, pelo colo nos momentos mais desanimadores e por acreditar junto comigo em dias melhores. Agradeço a minhas amigas e amigos do nosso grupo peculiar chamado Recalgrados, por compartilharem momentos de leveza e provarem que quem tem um amigo tem tudo (imagine ter dezesseis!).

Agradeço à minha orientadora, Roberta, por confiar no meu potencial profissional e pela flexibilidade e paciência ao longo da construção desta dissertação. Ainda, sou grata à equipe da Secretária Acadêmica e da Biblioteca da Fiocruz, pela disponibilidade e auxílio ao longo destes anos.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar a relação entre as organizações internacionais com atividades de apoio em saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Boa Vista, no âmbito da resposta humanitária a refugiados e migrantes venezuelanos no Brasil, entre 2019 e 2021. O trabalho apresenta três artigos, sendo os dois primeiros uma revisão de literatura, que associam os conceitos de Ação Humanitária e Direito à Saúde, e Saúde Mental e Migração Forçada, respectivamente, e o terceiro é um estudo de caso com metodologia quali-quanti. Os resultados são que este fluxo migratório impactou a RAPS ao trazer novas demandas em saúde mental. Em contextos de migração forçada, o risco do adoecimento mental atrelado a aspectos psicossociais é evidenciado pela literatura. Ações das organizações internacionais como capacitação em saúde mental e apoio psicossocial para profissionais locais e apoio para estruturação do fluxo de matriciamento foram citadas como estratégias de impacto positivo no fortalecimento da rede local. Mais familiaridade de gestores e profissionais humanitários com a temática de saúde mental é necessária para aumentar estratégias que promovem bem estar e mitigar aquelas que impactam negativamente a população atendida, assim como ações de cooperação para o desenvolvimento devem acontecer em paralelo à resposta emergencial, a fim de fortalecer as capacidades locais e beneficiar a todos, inclusive, a população não migrante.

Palavras-Chave: Ajuda Humanitária; Atenção Psicossocial; Migração Humana; Refugiados; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the relationship between international organizations with mental health support activities and the Psychosocial Public Services of the city of Boa Vista, in the context of the humanitarian response to Venezuelan refugees and migrants in Brazil, between 2019 and 2021. The work presents three articles, the first two being a literature review, which associate the concepts of Humanitarian Action and Right to Health, and Mental Health and Forced Migration, respectively, and the third is a case study with quali-quantitative methodology. The results are that this migration flow impacted the Psychosocial Public Services by bringing new demands in mental health. In contexts of forced migration, the risk of mental illness linked to psychosocial aspects is evidenced by the literature. Actions of international organizations such as training in mental health and psychosocial support for local professionals and support for structuring the flow of public services were cited as strategies with positive impact on strengthening the local capacities. More familiarity of managers and humanitarian professionals with the mental health theme is necessary to increase strategies that promote wellbeing and mitigate those that negatively impact the population attended, as well as development cooperation actions should occur in parallel to the emergency response in order to strengthen local services and benefit everyone, including the non-migrant population.

Key words: Humanitarian Aid; Psychosocial Support; Migration; Refugees; Mental health services.

RESUMEN

Esta disertación tiene como objetivo analizar la relación entre las organizaciones internacionales con actividades de apoyo a la salud mental y la Red de Atención Psicosocial (RAPS) de la ciudad de Boa Vista, en el contexto de la operación humanitaria a los refugiados y migrantes venezolanos en Brasil, entre 2019 y 2021. El trabajo presenta tres artículos, los dos primeros son una revisión bibliográfica, que asocian los conceptos de Acción Humanitaria y Derecho a la Salud, y Salud Mental y Migración Forzada, respectivamente, y el tercero es un estudio de caso con metodología cuali-quantitativa. Los resultados son que este flujo migratorio impactó en el RAPS al traer nuevas demandas en salud mental. En contextos de migración forzada, la literatura científica evidencia el riesgo de enfermedades mentales vinculadas a aspectos psicosociales. Las acciones de las organizaciones internacionales, como la formación en salud mental y el apoyo psicosocial a los profesionales locales y el apoyo a la estructuración del flujo de servicios fueron citadas como estrategias con un impacto positivo en el fortalecimiento de la red local. Es necesaria una mayor familiarización de los gestores y profesionales humanitarios con el tema de la salud mental para aumentar las estrategias que promueven el bienestar y mitigar las que impactan negativamente en la población atendida, así como que las acciones de cooperación al desarrollo se realicen en paralelo a la respuesta de emergencia para fortalecer las capacidades locales y beneficiar a todos, incluida la población no migrante.

Palabras clave: Ayuda Humanitaria; Atención Psicosocial; Migración Humana; Refugiados; Servicios de Salud Mental.

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Significado
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
AH	Ação Humanitária
AVSI	Associação Voluntários para o Serviço Internacional
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
DHA	Departamento de Assuntos Humanitários
ECHO	European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IASC	Comitê Permanente Interagências
IMDH	Instituto Migrações e Direitos Humanos
MSF	Médicos Sem Fronteiras
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
UE	União Europeia
OBMIGRA	Observatório das Migrações Internacionais
OCHA	Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários
OI	Organizações Internacionais
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde

Sigla	Significado
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SJMR	Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados
SMAPS	Saúde Mental e Apoio Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	26
3. METODOLOGIA	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1 Artigo I: Ação Humanitária e Direito à Saúde: de onde viemos e onde estamos	30
4.2 Artigo II: Aproximações históricas e atuais entre Saúde Mental e Migração Forçada	59
4.3 Artigo III: Saúde mental e Apoio Psicossocial na resposta ao fluxo de migrantes venezuelanos em Boa Vista: assistência humanitária e cooperação	76
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICE A – Roteiros de Entrevistas	131
ANEXO A – Carta de Aceite do Artigo I	137
ANEXO B – Carta de Aceite do Artigo II	138

1. INTRODUÇÃO

Durante o ano de 2019, eu trabalhei em Boa Vista, Roraima, na resposta humanitária ao fluxo migratório de pessoas saindo da Venezuela que adentravam no estado, através de uma organização internacional de saúde, no posto de psicóloga. Este foi o meu primeiro contato com a temática das migrações forçadas desde o lugar de profissional de saúde mental. No ano seguinte, mudei de trabalho, atuando como coordenadora de Apoio Psicossocial em instituição da sociedade civil de assistência humanitária para refugiados e migrantes, sediada em Brasília, onde atuei até dezembro de 2021. Destas vivências práticas, surgiu a temática do presente texto, que busca aproximar e fortalecer a perspectiva de saúde mental e promoção de bem estar em situações de crises e emergências para refugiados e migrantes.

O conceito de Ação Humanitária (AH) é atualmente entendido como a resposta a crises causadas tanto por desastres naturais quanto por ação humana. Segundo o Instituto de Direito Internacional, “Humanitarian assistance means all acts, activities and the human and material resources for the provision of goods and services of an exclusively humanitarian character, indispensable for the survival and the fulfillment of the essential needs of the victims” (1).

Na mesma direção, a União Europeia (UE) traz que a “ajuda humanitária” consiste principalmente no apoio material e logístico às pessoas afetadas por catástrofes naturais ou humanas, como conflitos armados, guerras, seca, sismos etc. Coloca que, entre aqueles que necessitam da ação humanitária, estão populações vítimas de malnutrição e de fome, refugiados e pessoas deslocadas internamente, vítimas dos conflitos armados e de outras formas de violência física ou psicológica, pessoas cujas casas e meios de subsistência foram destruídos etc (2). Já a Organização das Nações Unidas (ONU), ela mesma não traz uma definição do que seja a ação humanitária, mas as resoluções sobre o

tema deixam evidente a característica de resposta rápida após desastres naturais e causados pelo homem, em áreas além da capacidade de assistência das autoridades nacionais (3) (4) (5). No caso de auxílio externo, a ação humanitária deve ser solicitada pelo Estado afetado ou este deverá ser consultado pelos atores humanitários sobre suas reais necessidades, para que a ação humanitária seja adequada e efetiva – desde a fase de solicitação, coordenação das instituições envolvidas e realização das medidas com a urgência necessária –, visando a atingir os melhores resultados e sem ferir a soberania nacional (6).

Não é encontrada uma diferenciação, em português, entre as expressões “ajuda humanitária”, “assistência humanitária” e “ação humanitária”, sendo estes termos usados como sinônimos em diversos textos e artigos acadêmicos. No entanto, a expressão “ajuda” pode remeter à ideia de caridade, que tem conotação religiosa no idioma e, afim de distanciar-se deste significado e fortalecer que esta é uma responsabilidade a nível de direitos internacionais e não deve estar relacionada, como prática, a questões religiosas, utilizar-se-ão, neste trabalho, os termos “ação” ou “assistência”. Esta preocupação quanto ao sentido dos termos utilizados foi despertada pelas considerações de Rey Marcos para aqueles usados no idioma espanhol, que são equivalentes aos do português. Este pondera que “a diferencia del inglés donde el uso de términos como compassion, charity, aid (...) no tiene tantas connotaciones religiosas, en español esos términos (...) sí las tienen” (7).

Uma diferenciação terminológica, no entanto, ocorre com o termo “Intervenção humanitária”, utilizado para retratar ações militares “para fins humanitários” relacionados à “responsabilidade de proteger”, o que é questionado pelos críticos do direito humanitário, visto que a militarização viola, por natureza, os princípios da AH (8), explicados adiante.

O início do que é conhecido hoje como campo humanitário remonta ao século XIX: depois da publicação do livro “Lembrança de Solferino”, que continha as inquietações do autor, Henri Dunant, sobre o que viu e vivenciou na Batalha de Solferino, houve um rebuliço na opinião pública suíça que culminou na organização que se reconhece como o primeiro ator humanitário, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), em 1863, e na aprovação da I Convenção de Genebra, em 1864 (9), que se restringia ao direito ao socorro para feridos em campos de guerra.

Junto com o CICV, e criados por ele, nascem os princípios básicos da ação humanitária: “humanidade”, “neutralidade”, “imparcialidade” e “independência”. Estes foram originalmente desenvolvidos como uma estrutura ética e pragmática para orientar o comportamento de organizações humanitárias e facilitar o envolvimento humanitário em zonas de crise. O princípio da humanidade diz respeito a mitigar o sofrimento humano em todas as circunstâncias e proteger a vida e a saúde; a neutralidade refere-se à abstenção de tomar parte de ordem política, racial, religiosa e ideológica; a imparcialidade diz do socorro aos indivíduos na medida dos seus sofrimentos, atendendo às suas necessidades sem distinções e preconceitos; a independência é sobre manter a autonomia e estar livre de quaisquer interesses econômicos, políticos ou militares (10).

Após a Segunda Guerra Mundial, houve a assinatura das quatro Convenções de Genebra, em 1949, por quase todos os Estados, e o direito à proteção dos feridos em campos de batalhas foram expandidos para os civis afetados por situações de conflitos. Destaca-se que um dos alicerces que fundamenta a criação da ONU, em 1945, segundo a Carta das Nações Unidas, é a preocupação com o sofrimento que as guerras trouxeram à humanidade, e a preocupação com o “humanitário” e o “sofrimento humano” já é apresentada de maneira vinculada aos direitos humanos, sendo um dos propósitos “conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de

caráter econômico, social, cultural ou humanitário e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos (...) sem distinção de raça, sexo, língua ou religião” (11).

Mesmo com a Declaração dos Direitos Humanos em 1948 e outros tratados internacionais de proteção, o pós guerra também foi caracterizado pela corrida armamentista da Guerra Fria e o consequente armamento de grupos de guerrilhas e revolucionários diversos no Terceiro Mundo e Ásia Oriental, assim como as batalhas pela descolonização e expansão ou contenção do imperialismo estadunidense. Este cenário foi recheado por guerras civis e grupos paramilitares. Entre as décadas de 70 a 90, os países capitalistas desenvolvidos estavam, como um todo, mais ricos e mais produtivos, porém com mais pessoas miseráveis e sem-teto. Em regiões particulares na África, América Latina e Ásia Ocidental, a situação era de severa depressão econômica, e as pessoas estavam em processo de empobrecimento contínuo (miséria, desemprego em massa e instabilidade) (12). As guerras e conflitos e os contextos sociais de miséria geraram movimentos de migração em massa em alguns países, com destaque para países da África e da América Latina (13). Neste contexto, a miséria torna-se também campo do olhar e de práticas do sistema humanitário (14).

O campo humanitário se expande ainda mais quando, entre 1988 e 1991, a assembleia da ONU formulou as resoluções A/RES/43/131, A/RES/45/100, A/RES/46/182 sobre ação humanitária, estendendo as situações de legitimidade de ações humanitárias às catástrofes naturais (3) (4), considerando que estas deixam as pessoas tão vulneráveis quanto os conflitos armados. Logo após a adoção desta última resolução, o Secretário-Geral estabeleceu o Departamento de Assuntos Humanitários (DHA) (5) que, em 1998, seria reorganizado no Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários (Ocha, em inglês), que atualmente é o responsável, no sistema ONU, pela coordenação da resposta humanitária, o desenvolvimento de políticas e a defesa humanitária (15). A

criação da UE, em 1993, também ocupa um lugar em relação à história da Ação Humanitária. Um ano antes do Tratado da União Europeia, 1992, foi instituído o European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (ECHO, em inglês) que, junto com os Estados membros da Comissão Europeia, são atualmente os maiores doadores de fundos para a AH internacional (16).

Apesar de que a ONU é hoje apoiada pela comunidade internacional para coordenar as operações de ação humanitária, representada por suas diferentes agências, há uma diversidade de atores no sistema humanitário - governos, blocos econômicos, instituições religiosas, Organizações Internacionais (OI), sociedade civil, atores privados e militares - e isto tem trazido propostas que diferem entre uma abordagem clássica de ação humanitária, como ela está definida – resposta rápida de provimento de bens e serviços diretamente à população afetada -, e uma outra denominada “movimento humanitário contemporâneo” ou “assistência humanitária sustentável” (17), que inclui o cuidado paliativo clássico mas, enfaticamente, traz a dimensão da redução de riscos e cooperação para o desenvolvimento. Em verdade, muito se fala atualmente no nexo entre ação humanitária e cooperação para o desenvolvimento (18) (19).

Até o fim da Guerra Fria, a arquitetura do sistema humanitário era guiada majoritariamente por doadores de países desenvolvidos e por organizações internacionais e agências tradicionalmente humanitárias. Apesar de que esta estrutura foi pouco alterada, é observável, nas últimas décadas, um papel mais importante de organizações com mandatos múltiplos de desenvolvimento e ação humanitária e por atores de países emergentes ou tradicionalmente excluídos, trazendo para o cenário suas próprias percepções sobre o humanitarismo e as práticas adjacentes (20). Inclusive, foi no período final da Guerra Fria e seu pós que forças militares terceiras se envolveram com frequência em esforços humanitários, sob o jargão de “intervenção humanitária” (8).

É importante registrar que as crises e emergências humanitárias, além das perdas humanas e materiais, podem ter como consequência a movimentação forçada de pessoas dentro do próprio Estado afetado (deslocamento interno) ou internacionalmente (com cruzamento da fronteira estatal e ingresso em outro Estado) (6). O contexto deste trabalho é, justamente, a ação humanitária relacionada à migração forçada.

Nos dados mais recentes, estima-se que 82.4 milhões de pessoas estavam forçosamente deslocadas (“forcibly displaced”) ao final de 2020 em função de perseguições individuais, conflitos e violências generalizados, violação de direitos humanos ou outros eventos de origem histórica e social que seriamente perturbam a ordem pública. Destes, 48 milhões são deslocados internos (“internally displaced”), 26,4 milhões são refugiados, 4,1 milhões são solicitantes de refúgio (“asylum-seeker”) e 3,9 milhões são migrantes venezuelanos em outras categorias jurídicas que não refugiados e solicitantes (21).

Em relação às terminologias jurídico-políticas que envolvem os migrantes, há muita discussão acerca dos significados, construção histórica dos termos e situações práticas relacionadas de acordo com o contexto de cada região do globo (para mais detalhes ver Sartoretto, 2018). Para fins de discussão deste trabalho, utilizaremos os conceitos básicos, com a ressalva de não empobrecer toda a complexidade histórica e política em torno destas terminologias.

Refugiados são pessoas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, como também que tenha fugido de seu país devido à violência generalizada, agressão estrangeira, grave violação de direitos humanos e conflitos armados (22) (13). O instituto do refúgio é regido pelo princípio da não-devolução, em que o país acolhedor está obrigado a não devolver

tais pessoas a países em que suas vidas, segurança ou liberdade possam estar ameaçadas (21). Solicitantes de refúgio são pessoas que solicitam às autoridades competentes serem reconhecidas como refugiados, mas que ainda não tiveram seus pedidos avaliados definitivamente pelos sistemas nacionais de proteção e refúgio (22). Já os deslocados internos são pessoas que tiveram de deixar suas casas e territórios pelos mesmos motivos de um refugiado ou devido a catástrofes climáticas, mas que não atravessaram uma fronteira internacional para buscar proteção (22).

Migrante, na definição das Nações Unidas, é um termo “guarda-chuva” que se refere a indivíduos que se deslocam de país ou região geográfica ao território de outro país ou região geográfica. É um termo abrangente utilizado para pessoas em situação de deslocamento (23). A migração é consequência e causa de insegurança e restrições de direitos humanos. Uma série de fatores influencia as tendências migratórias contemporâneas, incluindo mercado de trabalho global, pobreza/perda de meios de subsistência, insegurança alimentar, oportunidade de educação, riscos ambientais, violência, perseguição política e religiosa, discriminação étnica e de gênero, etc. As famílias fragmentadas são uma consequência importante da migração (24).

Quando se fala em migração forçada, esta inclui fluxos de refugiados, deslocados internos e solicitantes de refúgio e está sob a influência de relações políticas e geográficas de poder. Um aspecto-chave da migração forçada é que ela é considerada como involuntária e, conseqüentemente, difere de outros tipos de migração, que geralmente ocorrem de acordo com a escolha da pessoa (6). Em verdade, a área de estudos sobre migrações, principalmente as internacionais, tradicionalmente é pautada pela divisão entre as migrações voluntárias e as migrações forçadas. O diferencial entre as migrações parece residir, assim, na contraposição entre desejo e violência (25).

No entanto, um olhar mais atencioso, indica que pode haver desejo em processos migratórios caracterizados como compulsórios, ao mesmo tempo em que se verifica violência também nos fluxos tidos como voluntários (25). Além disso, é muito frequente que em um mesmo fluxo migratório haja aqueles considerados, tradicionalmente, como migrantes voluntários e migrantes forçados. Para isto, fala-se em fluxo misto migratório, pois congrega pessoas com motivações diversas. Estes fluxos são os mais comuns atualmente.

A preocupação a nível global quanto à migração não é novidade. Em 1990, a ONU aprovou a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e de seus Familiares. Desde então, outros instrumentos foram adotados para abordar assuntos relacionados a populações migrantes. Mais recentemente, em 2013 e 2015, é reconhecida a migração como um fator chave para o desenvolvimento sustentável na Declaração do Diálogo de Alto Nível sobre Migração e Desenvolvimento e na Agenda 2030, respectivamente. Em 2016, é aprovada a Declaração de Nova York para refugiados e migrantes, a qual manifesta a vontade política por parte dos líderes mundiais de salvar vidas, proteger os direitos e compartilhar as responsabilidades em escala mundial. Em 2018, os Estados Membros da Assembleia Geral da ONU declararam o Pacto Mundial para uma Migração Segura, Ordenada e Regular (26).

Isto porque diversas crises humanitárias, além de situações individuais de violação de direitos, forçaram e ainda forçam as pessoas a fugir, ficando dentro ou fora das fronteiras de seu país, o que exige uma abordagem conjunta a nível de comunidade internacional. Afeganistão, Somália e Iêmen continuam a ser pontos críticos, enquanto o conflito na Síria já ultrapassou mais de dez anos. Na região do Sahel, na África, quase três quartos de milhão de pessoas foram recentemente deslocadas. Na Etiópia, só em 2020, mais de um milhão de pessoas eram deslocados internos, enquanto mais de 54.000

fugiram da região de Tigré para o leste do Sudão. No norte de Moçambique, centenas de milhares escaparam da violência mortal, com civis testemunhando massacres por grupos armados não estatais em várias aldeias. A eclosão das hostilidades entre a Armênia e o Azerbaijão deixou um impacto devastador sobre os civis em ambos os países e deslocou dezenas de milhares de pessoas (21).

Na América Latina, a Colômbia continuou a registrar o maior número de deslocados internos, com 8,3 milhões no final de 2020, segundo estatísticas do governo. No final de 2020, cerca de 900 mil pessoas originárias de El Salvador, Guatemala e Honduras permaneciam deslocadas por motivos de força maior. Aqueles que buscaram proteção dentro de seus países ou cruzando fronteiras internacionais estavam escapando da persistente violência de gangues, extorsão e perseguição, entre outros fatores (21). Em relação à Venezuela, estima-se que mais de cinco milhões de venezuelanos tenham deixado suas casas, em que 4,1 milhões estão vivendo em países que fazem fronteira com o país (27), sendo o terceiro maior fluxo migratório internacional, ficando atrás do fluxo de sírios (21) e, mais recentemente, de ucranianos (28).

Em 2018, em especial nas Américas, as migrações em massa aumentaram e os assuntos de migração tiveram maior visibilidade nas agendas nacionais e regionais. A Organização dos Estados Americanos (OEA) reconhece que, pelo alcance, prevalência e importância do fenômeno migratório atual, praticamente cada Estado da região americana é um país de origem, trânsito, destino ou retorno para os migrantes e, por isso, a migração é uma prioridade na agenda política e diplomática do continente (29). Um exemplo é a Declaração de Quito sobre a Mobilidade Humana de Cidadãos Venezuelanos, emitido em 2018 por oito países latino-americanos. O Plano de Ação desta declaração reconhece o setor de saúde como um pilar da resposta, com enfoque em controle de doenças, vacinação e acesso de migrantes a sistemas de saúde (26).

Em verdade, a relação entre migração e saúde varia segundo situação de vulnerabilidade e subgrupo migratório, como etnia, gênero, raça e país de origem e destino. Vários estudos epidemiológicos indicam uma associação entre piora de saúde dos migrantes em situação de vulnerabilidade intensificada pela duração de residência no país de acolhida quando se identifica uma aculturação¹ negativa alinhada a adoção de hábitos prejudiciais prevalentes na sociedade anfitriã, como elevado consumo de tabaco e álcool, por exemplo. Os fatores psicossociais também podem influenciar no nível de saúde e bem estar, inclusive depois da migração. Por exemplo, a discrepância entre os antecedentes acadêmicos e profissionais dos migrantes e suas possibilidades ocupacionais no país de destino, assim como a necessidade de criar uma nova rede social, podem constituir fonte de estresse (24).

Estes fatores expõem os migrantes a um risco maior de lesões laborais, abuso sexual, violência, abuso de drogas e transtornos psicológicos, assim como de contrair enfermidades infecciosas, como as de transmissão sexual, e outras relacionadas a ambiente precários, como tuberculose e hepatite. Estes riscos se exacerbam devido ao acesso limitado a assistência social e a serviços de saúde dentro dos territórios de origem, trânsito e destino (24). Além destes riscos associados a condição de migrante, a Organização Mundial da Saúde (OMS) chama atenção para o fato de que quase todas as pessoas afetadas por situações de emergência sofrerão de estresse psicológico, que podem ou não trazerem prejuízos ao quadro de saúde a médio ou longo prazo, além das pessoas que já tinham uma fragilidade mental prévia estarem em risco de deterioração do quadro (30).

¹ A aculturação foi definida como o conjunto de transformações culturais resultantes dos contatos entre dois ou mais grupos com características culturais distintas.

Considerando este cenário, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) aprovou diversas resoluções que promovem direitos humanos e seguridade nas políticas, planos, programas e leis de saúde para fortalecer a resiliência das populações migrantes que se encontram em vulnerabilidade. São elas: La salud y los derechos humanos (2010); Salud, seguridad humana y bienestar (2010); Plan de acción sobre salud en todas las políticas (2014); Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (2014); Política de la OPS en materia de igualdad de género (2005); y la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2014) (24) e La Salud de los Migrantes (2016).

Em verdade, meados da década de 2010 marcou o início de um movimento sistemático de saída de venezuelanos de seu país, em virtude de crônicos problemas de abastecimento de produtos básicos e situação de fome generalizada (31). Desde 2014, 80% dos venezuelanos que deixaram o próprio país estão hospedados em países latino-americanos. Colômbia e Peru estão hospedando o maior número de venezuelanos, seguidos por Chile, Equador, Estados Unidos e Brasil (32).

De fato, o fluxo mais intenso de migrantes internacionais ao Brasil é o de venezuelanos (27), sendo o país o segundo com maior número de reconhecimento de status de refugiado para pessoas venezuelanas (33), e a maioria destas solicitações aconteceram em Roraima (27). Este fluxo de refugiados e migrantes venezuelanos observados levou a um decreto federal, em fevereiro de 2018, que reconheceu a situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório para o Estado de Roraima, provocado pela crise humanitária na Venezuela (33).

Vale destacar que Roraima, estado com maior número de venezuelanos refugiados/as e migrantes, é, dentre os estados do Norte, o que expressa maior nível de desigualdade social e pobreza, tendo contribuído com apenas 0,2 por cento do PIB em 2019 (32). É

também um dos menores estados do Brasil, com uma população de cerca de 630.000 pessoas em 2020.

O Brasil tem em sua legislação o Estatuto dos Refugiados (Lei 9.474, de 1997) e a Lei de Migração (Lei 13.445, de 2017). São Paulo e Rio Grande do Sul, por exemplo, possuem políticas estaduais de acolhimento a esta população, mas não é uma realidade comum a todos os estados do país, inclusive Roraima não possuía qualquer tipo de política estadual, mesmo sendo um estado fronteiriço. Em geral, o trabalho de acolhimento direto e de assistência a esses imigrantes é realizado por organizações não governamentais, resultado do empenho da sociedade civil, com apoio de agências da ONU, em especial o ACNUR (34).

Em levantamento realizado no Brasil com 53 organizações da sociedade civil que atendem pessoas em situação de refúgio e migrantes sendo que a maioria atua há mais de 5 anos, foi identificado que as principais demandas trazidas por este público no atendimento em saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) são dificuldades de integração socioeconômica, dificuldades de acesso a serviços de saúde, angústia pela separação dos familiares que ficaram no país de origem e pela responsabilidade de enviar remessas financeiras, violência sexual e violência contra as mulheres, sensação de não ser compreendido devido a barreiras linguísticas e discriminação e xenofobia (35).

De maneira específica, com a intensidade do fluxo de venezuelanos ao Brasil, o governo federal criou a resposta humanitária conhecida como Operação Acolhida, em 2018, que conta com o apoio de entes federativos, agências da ONU, organizações internacionais e da sociedade civil e entidades privadas, totalizando mais de 100 parceiros. A Operação e seus parceiros oferecem assistência humanitária aos refugiados e migrantes venezuelanos que entram no Brasil, com ações concentradas no estado de

Roraima e Amazonas, mas capilarizadas em todo o território nacional. A resposta é baseada nos pilares de ordenamento de fronteira, abrigo² e interiorização³ (36).

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) tem reforçado, em consonância com a Declaração do Diálogo de Alto Nível sobre Migração e Desenvolvimento e com a Agenda 2030, que fluxos migratórios são oportunidades de desenvolvimento e fortalecimento de mecanismos locais, que a longo prazo podem favorecer, além da população migrante, também a população de nacionais, através de melhorias na disponibilidade, acesso e qualidade a serviços, e criação de outros tipos de serviço ou centros de apoio (37).

Este contexto migratório visto sob a perspectiva da oportunidade de analisar e investir nos mecanismos de apoio local, considerando a saúde um pilar chave, desperta a pergunta de se esta tem sido realmente aproveitada no contexto da migração venezuelana para o Brasil, em especial na cidade de Boa Vista, capital de Roraima. Em relação à atenção em saúde mental, ela é desafiada historicamente no país por questões de ordem social, econômica e política e fica evidente e ainda mais complexa através dos desafios que traz o fluxo migratório.

A percepção geral das organizações não governamentais que atendem refugiados e migrantes no Brasil em saúde mental e apoio psicossocial é que a oferta de atendimentos públicos nesta área está abaixo da demanda em todo o território nacional. Soma-se a isso o fato de que os estados do norte do Brasil, onde há maior contingente da população venezuelana migrante, sofrem de maneira crônica por uma menor oferta de serviços em saúde (38), e em Roraima não é diferente. Ao mesmo tempo, as regiões com maior

² A Operação Acolhida estabeleceu, na área urbana de Boa Vista, 12 abrigos para acolhimento de venezuelanos, inclusive população indígena.

³ A Interiorização é baseada no deslocamento de migrantes e refugiados venezuelanos que, voluntariamente, sinalizam o desejo de começar uma nova vida em outros estados brasileiros. Esta é a principal estratégia do Governo Federal para diminuir a pressão sobre os serviços públicos do estado de Roraima e promover mais oportunidade de integração econômica para os migrantes.

número de organizações da sociedade civil que atendem refugiados e migrantes quanto à saúde mental e apoio psicossocial concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, aumentando ainda mais esta desigualdade (35). No entanto, algumas organizações internacionais parceiras da Operação Acolhida situadas em Boa Vista tem ações em SMAPS pensadas para a resposta humanitária e considerando tanto as necessidades do público migrante quanto a capacidade do sistema de saúde local.

A pesquisa sobre como está acontecendo a interação entre o que é proposto pelas organizações internacionais para a saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pode iluminar alguns caminhos práticos de como tal interação pode contribuir para o fortalecimento do sistema local para a comunidade em sua totalidade, incluindo os migrantes e as pessoas locais. Por isso, o problema deste trabalho está circunscrito na pergunta de como se dão as práticas das organizações internacionais na resposta de ação humanitária no contexto das políticas de saúde mental, considerando o atual fluxo dos/as migrantes e refugiados/as venezuelanos/as em Boa Vista, Roraima.

Este trabalho foi estruturado em três artigos, sendo que os dois primeiros trazem aproximações teóricas e reflexões sobre interfaces entre ação humanitária, direito à saúde, saúde mental e migrações forçadas, e o terceiro analisa as aproximações práticas entre a atuação de instituições internacionais e os serviços da rede local de apoio psicossocial e saúde mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre as organizações internacionais com atividades de apoio em saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Boa Vista, no âmbito da resposta humanitária a refugiados e migrantes venezuelanos no Brasil, entre 2019 e 2021.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Compreender as interfaces entre Ação Humanitária e Direito à Saúde;
- b) Identificar como a relação entre Saúde Mental e Migração Forçada é retratada na literatura científica;
- c) Compreender os impactos da migração e do deslocamento forçado de venezuelanos desde a perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e de trabalhadores de organizações internacionais com atividades de Saúde Mental e Apoio Psicossocial, atuantes na cidade de Boa Vista;
- d) Verificar se houve articulação entre os organismos internacionais acima citados e a Rede de Atenção Psicossocial de Boa Vista e como ela contribuiu para o fortalecimento e sustentabilidade da rede local de saúde mental.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que contempla a) revisão de literatura integrativa sobre Ação Humanitária; Saúde Mental; Refugiados e Migrantes, apresentada nos dois primeiros artigos; e b) estudo de caso sobre a articulação entre as organizações internacionais com atividades de apoio em saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Boa Vista, no âmbito da resposta humanitária a refugiados e migrantes venezuelanos no Brasil, entre 2019 e 2021, apresentado no terceiro artigo.

Em relação aos artigos de revisão de literatura integrativa, a busca pelas fontes utilizadas ocorreu na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). No primeiro artigo, foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DeCS) “Socorro em Desastres”, “Direito à Saúde”, “Saúde Mental” e “Refugiados” com a seleção de artigos em português, inglês e espanhol, sem delimitação de tempo. Já no segundo, utilizou-se os DeCS “Saúde Mental”, “Migração Humana” e “Refugiados”, e selecionou-se artigos publicados entre 2017 e 2020. Esta variação ocorreu devido à quantidade de artigos encontrados, sendo que a primeira busca ofereceu menor quantidade de artigos que a segunda. Foram descartados os artigos cujo título e resumo não traziam elementos que dialogassem com o objetivo desta dissertação.

Também se buscou artigos diretamente pelo nome de autores consagrados do campo de saúde global, como Deisy Ventura, Lawrence Gostin, Ligia Giovanella e outros. Para obter mais informações sobre ação humanitária e discussões atuais acerca desta, foi realizada busca em publicações do Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH), que agrupa um conjunto de especialistas nas áreas de conflitos e assistência humanitária, desde uma perspectiva teórica e prática, com experiências em muitas organizações de ajuda humanitária e outras entidades de cooperação, e na Forced Migration Review, publicada pelo Centro de Estudos de

Refugiados no Departamento de Desenvolvimento Internacional da Universidade de Oxford, que possui uma edição dedicada a Saúde Mental e Apoio Psicossocial para população forçosamente deslocadas e refugiadas.

Além disso, incluiu-se documentos e guias de agências da ONU e de outras organizações internacionais sobre o tema de saúde mental em situações de emergência ou de migração forçada e livros disponíveis sobre saúde de populações migrantes e sobre fenômenos migratórios e ação humanitária, identificados através de sua relevância ou especificidade do contexto.

Em relação ao terceiro artigo, este é um estudo de caso realizado através de entrevistas semiestruturadas (39) que aconteceram entre julho de 2020 e julho de 2021 com profissionais que atuaram em Boa Vista entre 2019 e 2021, tanto profissionais dos serviços de saúde locais que fazem parte da RAPS do município, como profissionais de organizações internacionais que coordenavam ou executavam ações de SMAPS. Participaram das entrevistas treze respondentes, sendo seis trabalhadores de organizações internacionais variadas, seis servidores de saúde e um membro do Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes no âmbito da Operação Acolhida.

Quanto ao perfil das organizações em que estes profissionais estavam incluídos, foram três organizações internacionais e duas agências da ONU, sendo cinco instituições ao total. Destas cinco instituições, três operavam no campo saúde e duas no campo social. Além disso, duas delas tinham projetos específicos de saúde mental, enquanto as demais realizavam atividades relacionadas e utilizavam o termo guarda-chuva “apoio psicossocial”.

Inicialmente, tentou-se contato com os diretores clínicos dos estabelecimentos de saúde da RAPS, disponíveis no CNES, e com os coordenadores de projetos das instituições internacionais mapeados, através de *e-mails* institucionais e

telefones disponíveis dos estabelecimentos, mas esta estratégia não gerou retorno dos contatados. Sendo assim, houve uma mudança de estratégia, em que a amostra desta pesquisa se tornou intencional e de conveniência, visto que buscou-se as pessoas que a pesquisadora já tinha contato para que participassem ou que indicassem outros participantes que poderiam contribuir com a pesquisa. As entrevistas ocorreram via Google Meet. As entrevistas foram transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, e somente tiveram acesso às mesmas a aluna e a professora orientadora. Todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/12.

O sigilo dos participantes foi garantido e o nome das organizações e serviços não serão citados, sendo esta também uma forma de proteger o anonimato dos entrevistados. Os profissionais de organizações internacionais e da rede local foram nomeados com as letras A a L, de forma aleatória.

Para análise dos dados das entrevistas, categorias de análise de conteúdo foram criadas e agrupadas com os enxertos citados em uma tabela, como orientado por Bardin (40), e a partir dela foi possível identificar a frequência (dimensão quantitativa) em que um tema ou uma ideia aparecem, assim como a qualidade destes (dimensão qualitativa), exposta através de algumas falas transcritas dos entrevistados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Artigo I: Ação Humanitária e Direito à Saúde: de onde viemos e onde estamos

Artigo aprovado para publicação a ser lançado Revista de Direito Sanitário – volume 22, com previsão de divulgação em meados de julho de 2022 (Anexo 1).

Ação Humanitária e Direito à Saúde: de onde viemos e onde estamos

Humanitarian Aid and the Right to Health: where we come from and where we are

RESUMO

Este artigo tem por objetivo identificar pontos de encontro entre ação humanitária e direito à saúde. Para tal, foi realizada busca na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e em publicações do Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH). Também se buscou artigos diretamente pelo nome de autores consagrados do campo de saúde global. A associação entre AH e DS vem desde os primórdios do campo humanitário e ainda hoje é caracterizada pelo acesso a tratamento, bens e serviços e direito do paciente, mas a dimensão moderna do conceito de saúde ainda não está muito clara na prática da ação humanitária. Sobre esta última, a diretriz geral, inclusive da Agenda pela Humanidade, é que ocorra concomitante a ações de cooperação para o desenvolvimento, mas pouco se discute AH em paralelo com o fortalecimento do Regulamento Sanitário Internacional. O encontro entre AH e DS ainda é permeado pelos paradoxos e dificuldades internos destes dois campos.

Palavras-Chave

Ajuda Humanitária; Direito à Saúde; Direitos Humanos; Agenda pela Humanidade.

ABSTRACT

This article aims to identify meeting points between humanitarian aid and the right to health. To this end, a search was performed on Virtual Health Library (VHL) and on publications by the Institute for Conflict Studies and Humanitarian Action. Articles were also searched directly by typing the name of renowned authors in the field of global health on VHL. The association between HA and RS comes from the origin of the humanitarian field and is still characterized by access to treatment, goods and services and by the right of patient, but the modern dimension of the concept of health is not very clear in humanitarian actions. Regarding the latter, the general guideline, including the one proposed in the Agenda for Humanity, is that it must occur concomitantly with development cooperation actions, but little is discussed about HA in parallel with the strengthening of the International Health Regulations. The encounter between HA and RS is still permeated by the paradoxes and internal difficulties of these two fields.

Keywords

Humanitarian Aid. Right to health. Human Rights. Agenda for Humanity.

INTRODUÇÃO

Segundo o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (Ocha), estamos no momento com número mais elevado de pessoas vivendo em situações críticas de ameaça à vida e à dignidade desde a Segunda Guerra Mundial⁴. A previsão é que situações de crises humanitárias aumentem em quantidade e intensidade, principalmente pelo aumento das

⁴ ESCRITÓRIO DE COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS HUMANITÁRIOS – Ocha. *Agenda for humanity*. Disponível em: <https://www.unocha.org/about-us/agenda-humanity>. Acesso em: 13 Mai. 2021.

desigualdades econômicas e sociais, guerras e conflitos armados, aquecimento global, insegurança alimentar e degradação ambiental⁵.

Fato é que em toda crise humanitária, o que está em jogo é a vida e a saúde da população atingida, ao mesmo tempo em que também há discussões sobre os impactos a níveis globais ou transfronteiriços de uma crise localizada. Tanto por seu caráter imediato quanto mediato, é imprescindível discutir a situação da ação humanitária considerando o direito à saúde.

Este artigo tem por objetivo identificar pontos de encontro entre ação humanitária e direito à saúde através de fontes encontradas na literatura e em documentos internacionais. Está organizado em quatro seções: a primeira com aproximações conceituais e históricas sobre estes dois conceitos, a segunda com as interfaces entre estes campos, a terceira com os desafios e práticas desde estas interfaces e a quarta com uma síntese de críticas quanto à Agenda pela Humanidade.

A busca pelas fontes aqui utilizadas ocorreu na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através dos descritores “Socorro em Desastres”, “Direito à Saúde”, “Saúde Mental” e “Refugiados” com a seleção de artigos em português, inglês e espanhol, sem delimitação de tempo. Também se buscou artigos diretamente pelo nome de autores consagrados do campo de saúde global, como Deisy Ventura, Lawrence Gostin, Ligia Giovanella e outros. Para obter mais informações sobre ação humanitária e discussões atuais acerca desta, foi realizada busca em publicações do Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH), que agrupa um conjunto de especialistas nas áreas de conflitos e assistência humanitária, desde uma perspectiva teórica e prática, com experiências em muitas organizações de ajuda humanitária e outras entidades de cooperação.

⁵ MUGURUZA-CHURRUCA, Cristina. The Changing Context of Humanitarian Action: Key Challenges and Issues. In: HEINTZE, Hans-Joachim; THIELBÖRGER, Pierre; (Eds). *International Humanitarian Action: NOHA Textbook*. Bochum: Springer; 2018. p. 3-18.

I. Aproximações conceituais e históricas

O conceito de ação humanitária é por definição a resposta que engloba ações, atividades e recursos materiais e humanos imediatos para satisfação de necessidades essenciais e provimento de bens e serviços indispensáveis à sobrevivência de vítimas de desastres naturais ou ação humana⁶. Não é encontrada uma diferenciação entre as expressões, em português, “ajuda humanitária”, “assistência humanitária” e “ação humanitária”, sendo estes termos usados indiscriminadamente em diversos textos e artigos acadêmicos. Já em inglês, encontram-se as expressões “*humanitarian aid*” e “*humanitarian action*”. Rey Marcos traz uma preocupação de que “a diferencia del inglés donde el uso de términos como compassion, charity, aid (...) no tiene tantas connotaciones religiosas, en español esos términos (...) sí las tienen”⁷. O mesmo acontece em português. Por isso, neste artigo, optou-se por utilizar o termo “ação”, em detrimento de “ajuda”, como lembrete de que esta é uma responsabilidade a nível de direito internacional.

As Convenções de Genebra e seus Protocolos Adicionais permitem seguir duas direções para pensar a “ação humanitária”: uma referente ao que as organizações humanitárias fazem (prestação de socorro e proteção física); e outra referente aos princípios pelos quais a ação humanitária é tradicionalmente norteada (humanidade, neutralidade, imparcialidade e independência)⁸.

⁶ INSTITUTE OF INTERNATIONAL LAW. [Sixteenth Commission]. *Humanitarian Assistance*. Rapporteur: M. Budislav Vukas, 2 september 2003. Bruges Session, p. 3, 2003.

⁷ REY MARCOS, Francisco. Los orígenes del humanitarismo en las culturas española y latinoamericana: algunas consideraciones terminológicas. In: MOSEL, Irina; BENNETT, Christina; KREBS, Hanna (Eds). *Aproximaciones a la historia del humanitarismo en América Latina y el Caribe*. Londres: HPG Working Paper, 2016. p. 1-8. Disponível em: <https://www.odi.org/publications/> Acesso em 7 Abr. 2020.

⁸ SEZGIN, Zeynep; DIJKZEUL, Dennis. New Humanitarians Getting Old? In: SEZGIN, Zeynep; DIJKZEUL, Dennis (Eds). *The New Humanitarians in International Practice: Emerging Actors and Contested Principles*. Abington: Routledge; 2016. p. 1–22.

A Organização das Nações Unidas (ONU) é hoje apoiada pela comunidade internacional para coordenar as operações de ação humanitária, na perspectiva de resposta rápida após desastres naturais e causados pelo homem, ao mesmo tempo em que se enfatiza a necessidade de fortalecer a capacidade dos Estados para respostas de emergência em seus territórios ou mesmo de regiões extra fronteiriças próximas. No entanto, além de agências da ONU, o campo humanitário engloba diversos atores como organizações internacionais, governos, instituições religiosas, atores privados e organizações da sociedade civil.

Em verdade, este que conhecemos hoje como campo humanitário surgiu, em 1863, com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), organização reconhecida como o primeiro ator humanitário. Um ano após, aprovou-se a I Convenção de Genebra, que garantia o direito ao socorro para feridos em campos de guerra. Em anos posteriores, mais três Convenções foram realizadas, sendo que cada uma delas expandiu a proteção em situações de guerra a determinados grupos – militares e náufragos, prisioneiros de guerra e civis⁹. Estas Convenções e seus Protocolos Adicionais compõe hoje o núcleo do Direito Internacional Humanitário.

Destaca-se que um dos alicerces que fundamenta a criação da ONU, em 1945, segundo a Carta das Nações Unidas, é a preocupação com o sofrimento que as guerras trouxeram à humanidade, e a preocupação com o “humanitário” e o “sofrimento humano” já é apresentada de maneira vinculada aos direitos humanos¹⁰. Após a Segunda Guerra Mundial, houve a assinatura das quatro Convenções de Genebra, em 1949, por quase todos os Estados. Sendo assim, o campo humanitário passa a ser pauta de direitos humanos a nível internacional.

⁹ GENEVA CONVENTION RELATIVE TO THE PROTECTION OF CIVILIAN PERSONS. Geneva, Switzerland, 12 August 1949 p. 163–228. Disponível em: <https://ihl-databases.icrc.org/ihl/INTRO/380> Acesso em: 7 Abr 2020

¹⁰ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Carta da Organização das Nações Unidas*, 1945. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/carta/>. Acesso em: 20 mar 2020.

Entre o fim da Segunda Guerra e o fim da Guerra Fria, outros atores internacionais independentes de saúde surgiram, como a Médicos Sem Fronteiras, a Médicos do Mundo e a AMI – Assistência Médica Internacional. Durante este período, o comum eram organizações e agências baseadas no Norte Global com missões de ação humanitária no Sul Global ou Oriente¹¹. No início dos anos 90, estendeu-se as situações de legitimidade da ação humanitária também para situações causadas por desastres naturais^{12 13}. Logo após esta adoção, deu-se origem ao que é hoje o Ocha¹⁴.

Já o Direito à Saúde aparece formulado em diversos documentos internacionais, como na Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁵, 1948, em seu artigo 25, na Constituição da Organização Mundial da Saúde¹⁶, em 1946, no artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966¹⁷. Explícita ou implicitamente, também está presente em diferentes outros documentos de ordem internacional relativos a populações gerais e específicas. São exemplos destes documentos a Convenção sobre os

¹¹ HIRST, Monica. Conceitos e práticas da ação humanitária latino-americana no contexto da securitização global. *Estud. int.* (Santiago, en línea), Santiago, v. 49, n. spe, p. 143-178, oct. 2017. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-37692017000300143&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-3769.2017.47537>.

¹² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Resolução nº 43/131, de 8 de dezembro de 1988*. Humanitarian assistance to victims of natural disasters and similar emergency situations.

Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/43/131> Acesso em: 5 Mar 2020

¹³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Resolução nº 45/100, de 14 de dezembro de 1990*. Humanitarian assistance to victims of natural disasters and similar emergency situations.

Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/45/100> Acesso em: 5 Mar 2020.

¹⁴ ESCRITÓRIO DE COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS HUMANITÁRIOS - Ocha. *History of Ocha*.

Disponível em: <https://www.unocha.org/about-ocha/history-ocha> Acesso em 6 Abr. 2020.

¹⁵ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019

¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 22 de julho de 1946*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 10 set. 2019.

¹⁷ BRASIL. *Decreto n. 591, de 06 de julho de 1992*. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 10 set. 2019

Direitos da Criança¹⁸, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher¹⁹, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência²⁰ e a Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial²¹.

Sendo um direito humano, ele é também interdependente, isto é, a violação de um direito afeta outros e a promoção de um direito tem impactos positivos em outros²². O Comentário Geral nº 14 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais enfatiza que a saúde é um direito humano indispensável para o exercício dos outros direitos. Ele abarca fatores socioeconômicos que promovem condições que possibilitam aos indivíduos levarem uma vida digna²³. Em 1978, a Declaração de Alma Ata dá a mesma ênfase, reforçando que o direito à saúde depende da ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde²⁴.

Ou seja, o direito à saúde é um direito inclusivo que não só abrange o direito a bens, serviços e instalações de saúde, mas também aos principais fatores determinantes da saúde, como acesso à água limpa e potável, às condições

¹⁸ BRASIL. *Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990*. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm Acesso em: 17 maio 2021.

¹⁹ BRASIL. *Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002*. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 17 maio 2021.

²⁰ BRASIL. *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 17 maio 2021.

²¹ BRASIL. *Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969*. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html Acesso em: 17 maio 2021.

²² MANN, Jonathan Max, GOSTIN, Lawrence; GRUSKIN, Sofia; BRENNAN, Troyen; LAZZARINI, Zita; FINEBERG Harvey Vernon. Health and human rights. *Health Hum Rights*. v. 1, n. 1, p. 6-23. 1994. Disponível em: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2469/2014/03/4-Mann.pdf> Acesso em: 30 mar 2020.

²³ OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS - OHCHR. *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em: 02 Jul 2020.

²⁴ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em 17 maio 2021

sanitárias, nutricionais, habitacionais, laborais e ambientais adequadas, à educação e a informações seguras. A OMS traz que o direito à saúde, para ser gozado com plenitude, tem empoderamento e autonomia comunitária intrínsecos a ele. Políticas e programas de saúde devem incluir estas dimensões para que efetivamente estejam de acordo a visão de direitos humanos²⁵.

Através da definição ampla de saúde, a OMS ajudou a mover o pensamento em saúde além de uma perspectiva biomédica e baseada em patologia, para o polo amplo de "bem-estar". Incluindo explicitamente as dimensões mentais e sociais do bem-estar, a OMS radicalmente expandiu o escopo da saúde e, por extensão, os papéis e responsabilidades dos profissionais de saúde e sua relação com a sociedade maior²⁶. Na seção a seguir são exemplificadas algumas das interfaces entre Ação Humanitária e Direito à Saúde.

II. Interfaces entre Ação Humanitária e Direito à Saúde

Nos primórdios da Ação Humanitária, como representada nas Convenções de Genebra e seus protocolos, a associação entre a AH e a saúde é quase imediata: profissionais da saúde prestando socorro imediato a fim da conservação da vida em zonas de conflito. Mesmo após a modernização do conceito de saúde, que traz em sua dimensão a dignidade, a integralidade do bem estar e o direito a gozar do padrão de vida mais elevado dentro das condições possíveis, a saúde aparece dentro da ação humanitária^{27 28}, ainda na lógica do cuidado em saúde e disponibilidade de serviços e profissionais técnicos da área.

²⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *A human rights-based approach to health*. Disponível em: https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf Acesso em: 17 maio 2021

²⁶ MANN Jonathan Max, et al. *Health and human rights*. loc. cit.

²⁷ SPHERE ASSOCIATION. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, fourth edition, Geneva, Switzerland, 2018. Disponível em: www.spherestandards.org/handbook Acesso em 17 maio 2021.

²⁸ ESCRITÓRIO DE COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS HUMANITÁRIOS – Ocha. *Agenda for humanity*. loc. cit.

No entanto, pode-se apontar mudanças desde os primórdios até o momento da ação humanitária, como a diversificação das situações em que a ação humanitária é caracterizada como tal – não só zonas de conflito, mas regiões de trânsitos de migrantes, campos de refugiados, situações de epidemias como o Ebola, desastres naturais, desnutrição crônica e outros – e a preocupação em fortalecer sistemas de saúde locais e capacitar profissionais e líderes comunitários para temáticas de saúde, ao invés de apenas promover cuidados imediatos.

Por outro lado, a preocupação da saúde em seu sentido de “ideal do ser humano livre, liberto do temor e da miséria”²⁹ e do direito a usufruir do mais alto padrão de saúde que o leve a viver uma vida digna³⁰ ainda não é uma linguagem comum em termos de saúde em ações humanitárias, estando este discurso ainda ligado a áreas de “proteção” e\ou “direitos humanos” sem maiores especificações.

É de suma importância destacar que os campos “Ação Humanitária” e “Direito à Saúde” não são internamente pacíficos e estáveis, e toda aproximação entre eles deve considerar os desafios conceituais e práticos que se impõe. Em relação à AH, a situação atual é que seus atores estão na encruzilhada de uma mudança de cultura de reação para cultura de prevenção. O Conselho da UE, por exemplo, diferencia a AH da cooperação para o desenvolvimento, mas reforça a importância de investir em ações direcionadas às causas primeiras das vulnerabilidades e conflitos, enquanto, simultaneamente, provê “assistência humanitária”³¹. Isto porque é inegável a previsibilidade das vulnerabilidades que assolam a população desprotegida cujo sofrimento tem base em questões históricas e em dinâmicas de poder. Cada vez mais é frequente o discurso de que

²⁹ BRASIL. *Decreto n. 591, de 06 de julho de 1992*. loc. cit.

³⁰ TELES, Nair Monteiro; VANDERPLAAT, Madine. Saúde e Direitos Humanos: algumas reflexões. In: FERREIRA, Jaqueline; SCHUCH, Patrice (Orgs). *Direitos e Ajuda humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 129-147

³¹ CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. *Documento no. 9383/17, de 19 de maio 2017*. Council conclusions - Operationalising the Humanitarian-Development Nexus. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/media/24010/nexus-st09383en17.pdf> Acesso em: 17 maio 2021.

não adianta investir em ação humanitária sem repensar a própria configuração das relações geopolíticas de poder.

No entanto, apesar do reconhecimento das dinâmicas de poder que tem impacto negativo em países menos desenvolvidos, a prática é paradoxal. A União Europeia, por exemplo, ao mesmo tempo em que é a maior doadora de fundos para Ação Humanitária, alguns de seus países possuem políticas de fechamento de fronteiras para migrantes que fogem de crises humanitárias, contribuindo para situações degradantes e de frequente violações de direitos³², que podem ter em seu cerne questões relacionadas ao próprio processo de interferência política do Norte global em países do Sul global.

Esta transformação e disputa de discurso que vivencia o universo humanitário encontra momento também de controvérsia na arena do direito à saúde e saúde global. Na prática, a expressão “direito à saúde” tem sido empregada em propostas extremamente diferentes de sistemas de cuidado, como as de cobertura universal e de sistema universal. No cenário atual há uma forte disputa de discursos em relação à garantia do acesso à saúde, estando de um lado as propostas para um sistema universal (universal health system – UHS), e de outro, a cobertura universal (universal health coverage – UHC)³³. Além disso, a discussão sobre o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) que tem potencial de fortalecer sistemas de saúde e a resposta dos Estados para questões de saúde global de acordo com os interesses da população ainda está em uma posição de escanteio ou mesmo atrelado a uma decadência lucrativa que favorece

³² REY MARCOS, Francisco; VILLAVARDE, Jesús A. Nuñez. La acción humanitaria en 2015–2016: un modelo en crisis. In: Instituto de Estudios sobre Conflictos & Médicos Sin Fronteras y Acción Humanitaria. *La acción humanitaria en 2016–2017: un modelo en crisis*. p. 5-18, 19 Dez 2017. Disponível em: <http://campusiecah.org/www/Jornadas/Informe-IECAH-2017-Baja-RGB.pdf> Acesso em 27 Nov 2019.

³³ GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 Jul 2020. Epub Mar 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.

instituições financeiras como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, mas cria um ciclo de dependência difícil de ser rompido pelos países mais pobres, como citado no caso da crise sanitária do Ebola nos países da África Ocidental³⁴.

Sem entrar em pormenores, a pergunta aqui é a de como as pessoas que necessitam de assistência humanitária estão ou estariam incluídas nos dispositivos de cuidados em saúde e como os Estados podem ter sua capacidade de resposta em saúde fortalecida diante de uma crise, neste cenário em que a saúde global é permeada por interesses econômicos de instituições privadas e que dispositivos que primam pela equidade entre Estados, como o RSI, não é visto como prioridade.

Na prática, o encontro entre AH e DS engloba, majoritariamente, apenas um dos pilares do direito à saúde – o acesso a serviços. Nesta “fatia” que compõe a ideia de direito à saúde, mas não ela integralmente, é bastante discutido que as necessidades de saúde emergem rapidamente nas crises (contágio por doenças, desnutrição, gravidezes e partos inseguros, falta de vacinação, escassez de medicamentos, abuso sexual etc) e podem tomar proporções maiores que afetam populações não diretamente envolvidas.

O comentário geral número 14 quanto ao artigo 12 do PIDESC aproxima o direito à saúde da ação humanitária ao reafirmar o compromisso dos Estados em cooperar na prestação de auxílio em casos de desastre e de assistência humanitária em casos de emergência, e cita explicitamente a assistência a refugiados e a deslocados internos, e para a solução de problemas de doenças facilmente transmissíveis para além das fronteiras. Também cita a ação humanitária ao desenvolver a temática do direito ao tratamento previsto

³⁴ VENTURA, Deisy. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*, [S. l.], n. 107, p. 55-64, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115113>. Acesso em: 13 maio 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64.

pelo direito à saúde. Por fim, destaca-se a responsabilidade solidária da comunidade internacional³⁵.

A OMS traz que as situações de crise humanitárias são também oportunidades para melhorar e reforçar políticas e programas de saúde³⁶, inclusive para a população não afetada diretamente pela crise. A construção de sistemas sustentáveis que beneficiem a todos perpassa um trabalho de cooperação entre todos os atores envolvidos no cenário global, como agências e organismos internacionais, instituições financeiras, o próprio governo local e outros Estados da comunidade internacional. Para tanto, tem se realizado cada vez mais a ligação entre a ação humanitária e a cooperação para o desenvolvimento que, segundo as diretrizes de instituições internacionais que promovem este nexo entre AH e cooperação, devem acontecer de forma simultânea e não excludente^{37 38}, ao mesmo tempo em que é difícil visualizar esta sinergia de forças entre estes diferentes atores que podem ter interesses contrastantes e pouco transparentes.

III. Ação Humanitária e Direito à Saúde: práticas e desafios

É bastante discutido os impactos que as crises humanitárias têm na saúde das pessoas. Uma discussão diferente é o impacto que a própria ação humanitária exerce. Cita-se com frequência os campos de refugiados e\ou de acolhida de migrantes em relação à propagação de doenças contagiosas e à dimensão interdependente entre os direitos humanos e os determinantes sociais da saúde: os centros podem não ter condições adequadas de água, saneamento

³⁵ OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS - OHCHR. CESCR General Comment No. 14. loc. cit.

³⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Mental health in emergencies*. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-> Acesso em 28 novembro 2019.

³⁷ CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. *Documento no. 9383/17, de 19 de maio 2017*. loc. cit.

³⁸ ESCRITÓRIO DE COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS HUMANITÁRIOS – Ocha. *Agenda for humanity*. loc. cit.

e moradia, o que contribui para a propagação de doenças infecciosas e respiratórias^{39 40} e arrisca a saúde da população migrante e local, uma vez que as pessoas ali acolhidas e os profissionais humanitários também compartilham espaços de convivência com a população local.

A reflexão sobre quando a AH tem funcionamento e estrutura de serviços com potencial impacto negativo na saúde das pessoas existe, seja por questões de água, saneamento e moradia, contribuindo para quadros mórbidos de saúde e transmissão de doenças⁴¹, ou mesmo pela disposição do espaço físico, a exemplo, banheiros afastados das moradias a fim de favorecer controle de doenças de infecção oral-fecal mas que tal isolamento pode ser um fator de risco para casos de violência sexual contra mulheres e crianças⁴²; seja pela não clareza nos critérios de distribuição de itens básicos, o que pode contribuir para mais um fator ansiogênico e estressante, ou na potencialidade de favorecer um ciclo de dependência difícil de ser quebrado⁴³

A resposta a epidemias em complexas crises humanitárias também é um destaque relevante, este, inclusive, um desafio a nível de saúde global. Exemplos são as epidemias de cólera, no Yemen, e Ebola, na República Democrática do Congo, ambas tendo matado milhares de pessoas. Atualmente, os cenários de crises humanitárias estão ainda mais complexos devido a pandemia da COVID-19. A saúde pública em países vivenciando crises

³⁹ BEOGO, Idrissa et al. Critical assessment of refugees' needs in post-emergency context: the case of Malian war refugees settled in Northern Burkina Faso. *BMC Int Health Hum Rights*; v. 18 n. 38, 2018. Disponível em: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-018-0176-0> Acesso em 17 maio 2021. DOI <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0176-0>

⁴⁰ HERMANS, Maaïke P J et al. Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur J Epidemiol*; v.32 n. 9, pp 851-854, 2017. DOI: 10.1007/s10654-017-0269-4

⁴¹ DERDERIAN, Katharine; SCHOCKAERT, Liesbeth. Respostas a fluxos migratórios mistos: uma perspectiva humanitária. *Sur, Rev. Int. Direitos Human.*, São Paulo, v. 6, n. 10, jun. 2009, p. 116-119

⁴² POOLE, Danielle N. et al. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crises. *International Journal for Equity in Health* v. 19, n. 41, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01162-y>

⁴³ EASTON-CALABRIA, Evan; HERSON, Maurice. In praise of dependencies: dispersed dependencies and displacement. *Disasters*, v. 44, 1, p. 44-61, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/disa.12366>. Acesso em 30 Nov 2020. <https://doi.org/10.1111/disa.12366>

humanitárias geralmente está em desvantagem para desenvolver estratégias que freiam a contaminação, uma vez que identificar casos suspeitos, testar, manter laboratórios, equipar profissionais com EPI adequados demandam logística, cooperação entre população e governo e capital financeiro geralmente fora da realidade destes países⁴⁴.

Fator complicador de crises humanitárias atravessadas por epidemias é o posicionamento de países outros diante da situação, como o fechamento de fronteiras e o cancelamento de voos. Isto, além de dificultar a chegada da própria ajuda humanitária, seja de insumos para controle das crises seja de profissionais de saúde e humanitários, contribui para a migração por vias alternativas nos países de destino, o que pode dificultar o rastreamento de doenças transmissíveis devido ao não controle de fronteiras e ao medo de buscar serviços de saúde oficiais devido a sua situação documental. Esta restrição da mobilidade também contribui, junto com narrativas de mídia xenofóbicas e racistas, para estigma e preconceito a uma dada população ou de populações com potencial de serem confundidas⁴⁵.

A crise do Ebola, por exemplo, impactou o tratamento que migrantes negros, independentemente de sua região de origem, recebiam em diversos países, a exemplo do que aconteceu com os haitianos no Brasil. Também foi perpassada por posicionamentos de autoridades públicas que feriram a privacidade de pacientes com suspeita de Ebola, sendo um atentado contra o direito à saúde destas pessoas, mas também da população em geral, pois esta forma de lidar desestimula aquelas pessoas com sintomas suspeitos de buscarem ajuda em instituições de saúde oficiais por receio de exposição, o que é um risco para a saúde pública. Ainda, durante a crise do Ebola, houve relatos de

⁴⁴ POOLE, Danielle N. et al. Ibid. Id.

⁴⁵ VENTURA, Deisy. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 13, n. 23, p. 61-75, 2016.

profissionais de saúde hostilizados por sua comunidade quando retornaram de missões em países afetados pelo Ebola⁴⁶.

Outro ponto de encontro e desafio entre situações humanitárias e direito à saúde está no fato que estabelecimentos de saúde seguem sendo atacados em contextos de guerra, podendo estes ataques serem resultado direto ou indireto de uma ação de guerra de um Estado. A Médicos Sem Fronteiras relata casos, desde sua origem há mais de quarenta anos até a atualidade, de estruturas de saúde que foram atacadas. A narrativa do engano, de que o ataque foi um “erro de cálculo”, tem sido naturalizada e usada como subterfúgio para evitar o cumprimento de responsabilidades penais e políticas⁴⁷.

A preocupação de garantir serviços de saúde de direitos sexuais e reprodutivos para mulheres e meninas desde uma perspectiva de empoderamento e proteção é ascendente em contextos humanitários. Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em crises humanitárias, há a preocupação com a violência sexual que tende aumentar em zonas de situação humanitária⁴⁸. Muitas ações de saúde a nível de ações humanitárias voltadas a mulheres tem a dimensão da saúde sexual e reprodutiva, do direito à prevenção à gravidez e de interrupção desta, principalmente em contextos de violência. As nuances entre a autonomia nacional, cultura, benefício à pessoa assistida, entendimento de direitos humanos e interpretação da lei estão entre o rol de desafios quando se propõe uma ação em saúde reprodutiva⁴⁹.

⁴⁶ VENTURA, Deisy; HOLZHACKER, Vivian. Saúde global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 98, p. 107-140, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6445107-140/98>.

⁴⁷ POZO, Alejandro. Cuando el derecho no protege: retos en relación con el bombardeo de hospitales. In: INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE CONFLICTOS Y ACCIÓN HUMANITARIA & MÉDICOS SIN FRONTERAS. *La acción humanitaria en 2016-2017: un modelo en crisis*. p. 75-79. 19 Dez 2017. Disponível em: <http://campusiecah.org/www/Jornadas/Informe-IECAH-2017-Baja-RGB.pdf> Acesso em 27 Nov 2019.

⁴⁸ SAILLANT, Francine. A Responsabilidade na Intervenção Humanitária: indiferença ou engajamento? In: FERREIRA, Jaqueline; SCHUCH, Patrice; (Orgs). *Direitos e Ajuda Humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 49-75

⁴⁹ MÉDICOS SIN FRONTERAS – MSF. *Preservar La Salud Y La Vida De La Mujer: Atención para la interrupción voluntaria del embarazo*. Disponível em

Também em relação a serviços de saúde em casos de violência sexual, pouco se fala a respeito de quando os sobreviventes são homens, mas esta demanda é existente em contextos de conflitos e deslocamentos forçados. Identifica-se que, muitas vezes, é invisível para os serviços de saúde por motivos de que estes geralmente são pensados apenas o público feminino, pelo medo da vítima de buscar cuidados a depender da sua situação migratória, pela construção simbólica da “masculinidade” e por aspectos culturais que podem colocar estes homens e meninos em posição de inferioridade diante de seus pares, caso venha à tona⁵⁰. Outro desafio é que muitos migrantes forçados a se deslocarem, durante suas travessias, e pessoas em situação de conflitos podem ter sofrido violências brutais - tortura física e psicológica, cárcere, violência sexual, privação de comida e sono - e estas, conseqüentemente, têm impactos diretos sobre a saúde e demanda por serviços⁵¹.

Desde a perspectiva de fortalecimento de sistemas locais e integração a serviços, agências da ONU como a OMS, o Alto Comissariado para Direitos Humanos e a Organização Internacional para as Migrações sustentam que o acesso equitativo e não discriminatório à saúde engloba refugiados e migrantes em geral, independentemente de sua situação migratória⁵². Também por parte das organizações internacionais de ação humanitária, estas muitas vezes realizam seus serviços em parceria com a rede do sistema local, através de disponibilidade de profissionais dentro das unidades de saúde locais e capacitações técnicas.

https://bibop.ocg.msf.org/docs/9/L0090BSM12S-E_Abortion_leaflet_internal_2015_ESP.pdf
Acesso em 16 maio 2021.

⁵⁰ CHYNOWETH, Sarah K et al. Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. *Reprod Health Matters*; v. 25, n. 51, pp. 90-94, 2017. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29227205/> Acesso em 17 maio 2021 DOI: 10.1080/09688080.2017.1401895

⁵¹ MANN, Jonathan Max, et al. Health and human rights. loc. cit.

⁵² ORGANIZATION FOR MIGRATION - IOM. *International migration, health and human rights*. Geneva: International Organization for Migration (IOM), 2013

IV. A Agenda pela Humanidade: considerações desde uma perspectiva do Direito à Saúde

Em maio de 2016, houve em Istambul a I Cúpula Mundial Humanitária (WHS), organizada pelo Ocha, para discutir, entre governos (9000 representantes de 180 Estados membros), organizações internacionais, organizações não governamentais (700 representantes) e atores privados, uma agenda humanitária global, a Agenda pela Humanidade. Esta agenda foi lançada pelo relatório “One Humanity: Shared Responsibility” do então Secretário-Geral da ONU, Ban Ki Moon. Esta invoca a Agenda 2030, a Declaração do Milênio, a DUDH, os princípios do “Movimento da Cruz Vermelha” e a resolução 46/182 da Assembleia Geral, que cria a base do sistema humanitário, já revelando o nexo entre o sistema humanitário e sistemas de cooperação internacional.

Estão expressos na própria Agenda a necessidade de respostas para diminuir o sofrimento humano nos cenários atuais e o esforço de ligar a assistência humanitária ao desenvolvimento sustentável perpassado pela cooperação para tal. Como já destacado, o campo humanitário atual é atravessado por discussões que englobam diminuição do sofrimento da população e prevenção de crises. As responsabilidades listadas na Agenda estão organizadas em cinco pontos: Prevenir e pôr fim a conflitos; Respeitar regras de guerra; Não deixar ninguém para trás; Trabalhar de diferentes formas para eliminar carências; e Investir na Humanidade⁵³.

O editorial do *The Lancet* (2016)⁵⁴ também faz outro apontamento de críticos da Agenda, como o vasto número de recomendações (mais de 120) e a falha em priorizações, e adiciona comentários de que mais sobre saúde e ação humanitária poderia ter sido explorado, citando a questão de Doenças não

⁵³ ESCRITÓRIO DE COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS HUMANITÁRIOS – Ocha. *Agenda for humanity*. loc. cit.

⁵⁴ THE LANCET. *Editorial*. An ambitious agenda for humanity. v. 387, 2016.

Comunicáveis em situações de conflito como negligenciada e o aproveitamento de habilidades de profissionais de saúde refugiados como uma força a ser somado no cuidado em saúde de populações deslocadas.

Outro ponto que acrescentamos é que, apesar da vasta literatura e pesquisas de revisão de literatura sobre o tema^{55 56} relacionando os impactos das crises humanitárias na saúde mental, nada foi explorado na agenda sobre isso. Os termos “saúde mental” e “apoio psicossocial” sequer são mencionados, mesmo já havendo recomendações da OMS e de outras instituições sobre estes em situações de emergências⁵⁷.

Além disso, muitas das recomendações presentes, por exemplo, assegurar de que as partes em conflitos armados não ataquem profissionais humanitários e de saúde ou instalações de saúde, e nem pacientes, ou mesmo a recomendação sobre direitos sexuais e reprodutivos, já estão bastante presentes em outros documentos de diretrizes em ações humanitárias⁵⁸, o que aponta para uma retórica repetitiva cujos problemas identificados se repetem desde então e poucos avanços há para a solução destes.

A Agenda pela Humanidade, em verdade, parece não trazer nada de novo, mas sim sintetizar diretrizes antigas previstas em diversos documentos para problemas já muito conhecidos. Ao mesmo tempo, o esforço para explicitar a importância de que a cooperação para o desenvolvimento e as práticas de ações humanitárias ocorram concomitantemente em um mesmo cenário, apesar do

⁵⁵ BOGIC, Marija; et al. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, v. 15, 29, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283967619> Acesso em 17 maio 2021. DOI: 10.1186/s12914-015-0064-9

⁵⁶ STEEL, Zachary et al. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, v. 302, 5, p. 537 – 549, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26716616> Acesso em 30 Nov 2020 DOI:10.1001/jama.2009.1132

⁵⁷ INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE - IASC. Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

⁵⁸ SPHERE ASSOCIATION. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, *ibid*.

tema já debatido em outros documentos e reconhecido por agências da ONU como essencial, é importante para a unificação de discursos e consequente avanço na resolução de problemas, assim como para a aproximação entre instituições internacionais e governos locais.

Vale destacar que o relatório que lançou a Agenda pela Humanidade, segundo consultores e críticos de assuntos humanitários, deve limitar-se a analisar e reformar a arquitetura da ONU e das organizações internacionais, em vez de tentar falar em nome de todos os atores humanitários. Também segundo estas críticas, a reforma do sistema ONU mais uma vez ficou sem a devida profundidade, e que, durante a Cúpula, manteve-se inalterada a dinâmica na qual agências baseadas no Norte determinam os padrões e as normas operacionais⁵⁹. Além disso, organizações humanitárias ainda tem ressalvas quanto à esta contribuição com a cooperação para o desenvolvimento, visto que esta pode não representar, ou mesmo ferir, os princípios humanitários⁶⁰.

Conclusão:

A associação entre AH e DS é, desde os primórdios, visível. Inicialmente referindo-se ao cuidado com feridos em campos de batalha até chegar à diversificação de situações de emergências e crises humanitárias nos dias atuais. Mesmo que a conceitualização moderna de saúde e do direito à saúde englobar o usufruto do mais alto padrão de vida possível, as aproximações entre ação humanitária e direito à saúde revelam que o campo da saúde em situações de emergência ainda é muito caracterizado pelo acesso a tratamento, bens e

⁵⁹ ANEJA, Urvashi. Bold Reform or Empty Rhetoric? A Critique of the World Humanitarian Summit. In: OBSERVER RESEARCH FOUNDATION – ORF. *Bold Reform or Empty Rhetoric? A Critique of the World Humanitarian Summit*. 2016. Disponível em: <https://www.orfonline.org/research/bold-reform-or-empty-rhetoric-a-critique-of-the-world-humanitarian-summit/> Acesso em: 07 Abr 2020.

⁶⁰ REY MARCOS, Francisco. El nexó entre la acción humanitaria, el desarrollo y la construcción de la paz: algunas precauciones desde una perspectiva humanitaria. In: INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE CONFLICTOS Y ACCIÓN HUMANITARIA & MÉDICOS SIN FRONTERAS. *La acción humanitaria en 2019–2020: una agenda condicionada por la pandemia*. p. 79-93, 2020.

serviços e direito do paciente. A dimensão moderna do conceito de saúde e da promoção deste direito ainda não está muito clara na prática da ação humanitária.

Talvez isto se dê porque o próprio conceito moderno de saúde, apesar de integral, é vago, sendo difícil entender este completo estado de bem estar, o que dificulta pensar em ações concretas com indicadores reais, ainda mais em situações de emergências que, em verdade, envolvem a lógica de redução de danos. Além disso, à exceção dos estudiosos do campo saúde, e citamos em especial Deisy Ventura, pouco se discute sobre a assistência humanitária em paralelo com o fortalecimento do Regulamento Sanitário Internacional quanto ao nexos com a cooperação internacional em saúde.

Em relação a Agenda pela Humanidade, um documento que parecia promissor em termos de unificar as ações dos diversos atores que compõe o sistema humanitário para o objetivo de reduzir o sofrimento humano e prevenir crises, este revela "mais do mesmo", apesar de reconhecido esforço em sintetizar e unificar uma linguagem comum para o campo humanitário. Resta saber se o discurso será uma retórica vazia ou se realmente abrirá espaços para ações de acordo com este.

Mesmo com poucos avanços práticos no campo humanitário, o paradigma atual de fortalecer sistemas de saúde locais, ao invés de substituí-los, parece ser consenso entre organizações internacionais humanitárias ou do sistema ONU e governos, em que estas primeiras realmente fazem esforços para atuar junto com o sistema local, através de capacitações, investimento em infraestrutura e financiamento. No entanto, os interesses não ficam tão claros quando instituições financeiras estão envolvidas na resposta.

Referências bibliográficas:

ANEJA, Urvashi. Bold Reform or Empty Rhetoric? A Critique of the World Humanitarian Summit. In: OBSERVER RESEARCH FOUNDATION – ORF. *Bold Reform or Empty Rhetoric? A Critique of the World Humanitarian Summit*. 2016. Disponível em: <https://www.orfonline.org/research/bold-reform-or-empty-rhetoric-a-critique-of-the-world-humanitarian-summit/> Acesso em: 07 Abr 2020.

BEOGO, Idrissa et al. Critical assessment of refugees' needs in post-emergency context: the case of Malian war refugees settled in Northern Burkina Faso. *BMC Int Health Hum Rights*,18(1): 38, 2018.

Disponível em: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-018-0176-0> Acesso em 17 maio 2021. DOI <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0176-0>

BOGIC, Marija; et al. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, v. 15, 29, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283967619> Acesso em 17 maio 2021. DOI: 10.1186/s12914-015-0064-9

BRASIL. *Decreto n. 591, de 06 de julho de 1992*. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 10 set. 2019

_____. *Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990*. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm Acesso em: 17 maio 2021.

_____. *Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002*. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 17 maio 2021.

_____. *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 17 maio 2021.

_____. *Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969*. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html Acesso em: 17 maio 2021.

CHYNOWETH, Sarah K et al. Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. *Reprod Health Matters*, v. 25, n. 51, pp. 90-94, 2017. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29227205/> Acesso em 17 maio 2021 DOI: 10.1080/09688080.2017.1401895

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em 17 maio 2021.

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. *Documento no. 9383/17, de 19 de maio 2017*. Council conclusions - Operationalising the Humanitarian-Development Nexus. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/media/24010/nexus-st09383en17.pdf> Acesso em: 17 maio 2021.

DERDERIAN, Katharine; SCHOCKAERT, Liesbeth. Respostas a fluxos migratórios mistos: uma perspectiva humanitária. *Sur, Rev. Int. Direitos Human.*, São Paulo, v. 6, n. 10, jun. 2009, p. 116-119

EASTON-CALABRIA, Evan; HERSON, Maurice. In praise of dependencies: dispersed dependencies and displacement. *Disasters*, v. 44, 1, p. 44-61, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/disa.12366>. Acesso em 30 Nov 2020. <https://doi.org/10.1111/disa.12366>

ESCRITÓRIO DE COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS HUMANITÁRIOS – Ocha. *Agenda for humanity*. Disponível em: <https://www.unocha.org/about-us/agenda-humanity>. Acesso em: 13 Mai. 2021.

_____. *History of Ocha*. Disponível em: <https://www.unocha.org/about-ocha/history-ocha> Acesso em 6 Abr. 2020

GENEVA CONVENTION RELATIVE TO THE PROTECTION OF CIVILIAN PERSONS. Geneva, Switzerland, 12 August 1949 p. 163–228. Disponível em: <https://ihl-databases.icrc.org/ihl/INTRO/380> Acesso em: 7 Abr 2020.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 Jul 2020. Epub Mar 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.

HERMANS, Maaïke P J et al. Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur J Epidemiol*;32(9): 851-854, 2017. DOI: 10.1007/s10654-017-0269-4

HIRST, Monica. Conceitos e práticas da ação humanitária latino-americana no contexto da securitização global. *Estud. int. (Santiago, en línea)*, Santiago, v. 49, n. spe, p. 143-178, oct. 2017. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-37692017000300143&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-3769.2017.47537>.

INSTITUTE OF INTERNATIONAL LAW. [Sixteenth Commission]. *Humanitarian Assistance*. Rapporteur: M. Budislav Vukas, 2 september 2003. Bruges Session, p. 3, 2003.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE - IASC. Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

MANN, Jonathan Max, GOSTIN, Lawrence; GRUSKIN, Sofia; BRENNAN, Troyen; LAZZARINI, Zita; FINEBERG Harvey Vernon. Health and human rights. *Health Hum Rights*. v. 1, n. 1, p. 6-23. 1994. Disponível em: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2469/2014/03/4-Mann.pdf> Acesso em: 30 mar 2020.

MUGURUZA-CHURRUCA, Cristina. The Changing Context of Humanitarian Action: Key Challenges and Issues. In: HEINTZE, Hans-Joachim; THIELBÖRGER, Pierre; (Eds). International Humanitarian Action: NOHA Textbook. Bochum: Springer; 2018. p. 3-18.

MÉDICOS SIN FRONTERAS – MSF. Preservar La Salud Y La Vida De La Mujer: Atención para la interrupción voluntaria del embarazo. Disponível em https://bibop.ocg.msf.org/docs/9/L009OBSM12S-E_Abortion_leaflet_internal_2015_ESP.pdf Acesso em 16 maio 2021.

OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS - OHCHR. *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em: 02 Jul 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 22 de julho de 1946*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS->

Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html Acesso em: 10 set. 2019.

_____. *A human rights-based approach to health*. Disponível em: https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf Acesso em: 17 maio 2021

_____. *Mental health in emergencies* [cited 2019 Nov 28]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-> Acesso em 28 novembro 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Carta da Organização das Nações Unidas*, 1945. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/carta/>. Acesso em: 20 mar 2020.

_____. Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. *Resolução nº 43/131, de 8 de dezembro de 1988*. Humanitarian assistance to victims of natural disasters and similar emergency situations. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/43/131> Acesso em: 5 Mar 2020

_____. *Resolução nº 45/100, de 14 de dezembro de 1990*. Humanitarian assistance to victims of natural disasters and similar

emergency situations. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/45/100>
Acesso em: 5 Mar 2020.

ORGANIZATION FOR MIGRATION - IOM. *International migration, health and human rights*. Geneva: International Organization for Migration (IOM), 2013

POOLE, Danielle N. et al. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crises. *International Journal for Equity in Health* v. 19, n. 41, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01162-y>

POZO, Alejandro. Cuando el derecho no protege: retos en relación con el bombardeo de hospitales. In: INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE CONFLICTOS Y ACCIÓN HUMANITARIA & MÉDICOS SIN FRONTERAS. *La acción humanitaria en 2016–2017: un modelo en crisis*. p. 75-79. 19 Dez 2017. Disponível em: <http://campusiecah.org/www/Jornadas/Informe-IECAH-2017-Baja-RGB.pdf>
Acesso em 27 Nov 2019.

REY MARCOS, Francisco; VILLAVERDE, Jesús A. Nuñez. La acción humanitaria en 2015–2016: un modelo en crisis. In: Instituto de Estudios sobre Conflictos & Médicos Sin Fronteras y Acción Humanitaria. *La acción humanitaria en 2016–2017: un modelo en crisis*. p. 5-18, 19 Dez 2017. Disponível em: <http://campusiecah.org/www/Jornadas/Informe-IECAH-2017-Baja-RGB.pdf>
Acesso em 27 Nov 2019.

REY MARCOS, Francisco. Los orígenes del humanitarismo en las culturas española y latinoamericana: algunas consideraciones terminológicas. In: MOSEL, Irina; BENNETT, Christina; KREBS, Hanna (Eds). *Aproximaciones a la historia del*

humanitarismo en América Latina y el Caribe. Londres: HPG Working Paper, 2016. p. 1-8. Disponível em: <https://www.odi.org/publications/> Acesso em 7 Abr. 2020.

_____. El nexos entre la acción humanitaria, el desarrollo y la construcción de la paz: algunas precauciones desde una perspectiva humanitaria. In: INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE CONFLICTOS Y ACCIÓN HUMANITARIA & MÉDICOS SIN FRONTERAS. *La acción humanitaria en 2019–2020: una agenda condicionada por la pandemia*. p. 79-93, 2020.

SAILLANT, Francine. A Responsabilidade na Intervenção Humanitária: indiferença ou engajamento? In: FERREIRA, Jaqueline; SCHUCH, Patrice; (Orgs). *Direitos e Ajuda Humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 49–75

SPHERE ASSOCIATION. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, fourth edition, Geneva, Switzerland, 2018. Disponível em: www.spherestandards.org/handbook Acesso em 17 maio 2021.

STEEL, Zachary et al. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, v. 302, 5, p. 537 – 549, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26716616> Acesso em 30 Nov 2020 DOI:10.1001/jama.2009.1132

SEZGIN, Zeynep; DIJKZEUL, Dennis. New Humanitarians Getting Old? In: SEZGIN, Zeynep; DIJKZEUL, Dennis (Eds). *The New Humanitarians in International Practice: Emerging Actors and Contested Principles*. Abington: Routledge; 2016. p. 1–22.

TELES, Nair Monteiro; VANDERPLAAT, Madine. Saúde e Direitos Humanos: algumas reflexões. In: FERREIRA, Jaqueline; SCHUCH, Patrice (Orgs). *Direitos e Ajuda humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 129-147

THE LANCET. *Editorial*. An ambitious agenda for humanity. v. 387, 2016.

VENTURA, Deisy. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*, [S. l.], n. 107, p. 55-64, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115113>. Acesso em: 13 maio 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64.

_____. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 13, n. 23, p. 61-75, 2016.

VENTURA, Deisy; HOLZHACKER, Vivian. Saúde global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 98, p. 107-140, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6445107-140/98>.

4.2 Artigo II: Aproximações históricas e atuais entre Saúde Mental e Migração

Forçada

Capítulo aceito para compor a obra “Saúde, Gênero e Inclusão Social dos Migrantes: Propostas de diálogos ao encontro dos Direitos Humanos – Volume III” das organizadoras Janaína Machado Sturza e Sandra Regina Martini.

APROXIMAÇÕES HISTÓRICAS E ATUAIS ENTRE SAÚDE MENTAL E MIGRAÇÃO FORÇADA

Mariana Reis de Souza Lima⁶¹

Roberta de Freitas Campos⁶²

Segundo o Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários (Ocha), estamos no momento com maior número de pessoas vivendo em situações críticas de ameaça à vida e à dignidade desde a Segunda Guerra Mundial e cerca de 132 milhões de pessoas estão em situação de necessidade urgente de assistência humanitária e proteção (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016). Até o final de 2020, estimou-se que 82.4 milhões de pessoas estavam forçosamente deslocadas, interna ou internacionalmente, em função de perseguições individuais, conflitos e violências generalizados, violação de direitos humanos ou outros eventos de origem histórica e social que seriamente perturbam a ordem pública (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quase todas as pessoas afetadas por emergências passarão por sofrimento psicológico. Para a maioria delas, este sofrimento vai diminuir ou mesmo cessar com o passar do tempo. No entanto, entre aquelas que passaram por guerra ou outro conflito nos 10 anos anteriores, uma em cada onze pessoas (9%) terá um transtorno mental moderado ou grave e estima-se que uma pessoa em cada cinco (22%) que vive em uma área afetada por conflito tenha depressão,

⁶¹ Psicóloga graduada pela Universidade de Brasília (UnB) e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz.

⁶² Advogada, Doutora em Saúde Global e Sustentabilidade pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde da Fiocruz (Nethis/Fiocruz) e docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz.

ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno bipolar ou esquizofrenia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, s/d).

Chama-se a atenção ainda que, durante a pandemia da COVID-19, limitações estritas de movimento e fechamento de fronteiras deixaram poucas opções para pessoas em risco, exacerbando sua exposição a situações de violência e perseguição que levaram ao deslocamento. No auge da pandemia, em 2020, cerca de 164 países fecharam suas fronteiras. Desses, 99 Estados não fizeram exceção para as pessoas que buscavam proteção nas diversas modalidades jurídicas. O número de novos pedidos de refúgio registrados em todo o mundo durante 2020 foi 45% menor que em 2019 (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2021).

O Brasil, por exemplo, fechou suas fronteiras terrestres e aquaviárias, sendo estas os principais caminhos de entrada de migrantes em vulnerabilidade (BRASIL, 2020; 2020; 2021), e registrou, em 2020, uma redução de quase 75% de movimentos migratórios em relação ao ano anterior. Houve a maior redução dos movimentos de entrada e saída do país em 20 anos, e as solicitações de refúgio caíram a patamares comparáveis ao início da década de 2010, antes do aumento do fluxo de refugiados venezuelanos (CAVALCANTI & COLS, 2020). No entanto, isto não significa que os movimentos transfronteiriços reduziram em igual proporção, visto que muitas das pessoas podem ter cruzado fronteiras por rotas alternativas, ou seja, de forma irregular, vivenciando mais situações de risco. Mais estudos sobre este fenômeno são necessários.

O objetivo deste artigo é investigar como a relação entre saúde mental e migração forçada é retratada na literatura científica. O trabalho de pesquisa para a elaboração deste texto está baseado em três tipos de fontes: i) artigos científicos, ii) literatura acadêmica e iii) documentos técnicos produzidos por organizações internacionais, governos e institutos de pesquisa. Para tal, o artigo foi organizado em duas partes, sendo a primeira referente ao conceito de saúde mental e histórico desta em situações de resposta humanitária para migrantes forçados e a segunda referente aos apontamentos sobre saúde mental destas populações.

A busca pelas fontes aqui utilizadas ocorreu na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através dos descritores “Saúde Mental”, “Migração Humana” e “Refugiados” com a seleção de artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2017 e 2020 cujo assunto principal fosse “Saúde Mental”. Foram encontrados 167 artigos

e descartados aqueles cujo título e resumo não traziam elementos que contribuíssem para o objetivo deste artigo.

A revisão de literatura incluiu documentos e guias de agências da Organização das Nações Unidas (ONU) e de outras organizações internacionais sobre o tema de saúde mental em situações de emergências ou de migração e livros disponíveis sobre saúde da população migrante. Ainda, houve a busca direta na “Forced Migration Review”, publicada pelo Centro de Estudos de Refugiados no Departamento de Desenvolvimento Internacional da Universidade de Oxford, que possui uma edição dedicada a Saúde Mental e Apoio Psicossocial.

I. Conceito e histórico da Saúde Mental em cenários de migração forçada

Saúde mental é um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de dar uma contribuição para sua comunidade. A saúde mental é fundamental para nossa habilidade coletiva e individual, como humanos, de pensar, se emocionar, interagir, satisfazer-se e aproveitar a vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). Ela não significa ausência de transtornos mentais e, em concordância com os termos da definição moderna de saúde da OMS, em que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946), não existe saúde sem saúde mental.

Vários fatores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de uma pessoa. A violência e as pressões socioeconômicas persistentes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida pouco saudável, por exemplo, são riscos reconhecidos para a saúde mental. O respeito e proteção dos direitos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a saúde mental. O acesso a tais direitos pode ser considerado um determinante social da saúde mental. Sem a segurança e a liberdade proporcionadas por esses direitos, é difícil manter o bem estar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Segundo levantamento da OMS, pessoas com graves problemas de saúde mental morrem prematuramente - até duas décadas antes - devido a problemas físicos evitáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019). Assim sendo, a população de migrantes e refugiados, por vivenciarem maiores riscos para seu bem estar mental,

também estão mais submetidos a maiores chances de morte prematura. O adoecimento psíquico impacta na capacidade dos sujeitos de criarem mecanismos criativos para a própria sobrevivência. Portanto, saúde mental é uma questão de sobrevivência (OMMEREN, 2019).

A promoção, proteção e restauração da saúde mental tem sido consideradas, ao menos em teoria, uma preocupação vital das organizações internacionais que prestam assistência humanitária a migrantes e refugiados, vide os guias “Diretrizes sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias” do Comitê Permanente Interagências (IASC, na sigla em inglês) e o “Orientação Operacional sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial nas Operações com Refugiados”, do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). É válido destacar que em situações de emergência o termo saúde mental sempre vem acompanhado de “apoio psicossocial” e este tipo de resposta é conhecido pela sigla SMAPS – “saúde mental e apoio psicossocial”.

O termo psicossocial salienta a relação estreita entre os efeitos psicológicos e sociais em uma emergência. Os psicológicos referem-se às experiências que afetam as emoções, comportamento, pensamentos, memória e aprendizado, assim como a situação é percebida e entendida. Os efeitos sociais descrevem como a experiência de uma emergência altera as relações entre as pessoas (ACTALLIANCE, s/d). Agências assistenciais fora do setor da saúde tendem a falar de apoio psicossocial. Agências do setor de saúde tendem a falar de saúde mental, no entanto, historicamente também utilizaram os termos reabilitação psicossocial e tratamento psicossocial para descrever as intervenções não-biológicas para pessoas com transtornos mentais (COMITÊ PERMANENTE INTERAGÊNCIAS, 2007).

O pesquisador Alastair Ager (2021) encontrou o primeiro uso do termo “psicossocial” no contexto de migração forçada em 1939, usado para dizer do estresse daquelas pessoas começando em um país diferente relacionado a dimensões psicológicas e sociais. Mas, segundo o mesmo, o termo só foi usado de forma mais frequente a partir da década de 1990, vinculado a questões sociais e culturais que permeiam a saúde mental de pessoas refugiadas.

Considerando os diversos contextos étnicos e culturais das migrações forçadas e ações humanitárias, o campo da saúde mental e apoio psicossocial, durante a década de 90, vivenciou tensões entre a psiquiatria normativa e abordagens de base comunitária, e

sofreu críticas por impor padrões ocidentais em contextos diversos. Somente a partir dos anos 2000 é que algum consenso foi se solidificando quanto à natureza deste tipo de resposta em emergência, que deve ser marcado pelo prisma individual, coletivo e cultural, de formas complementares (AGER, 2021).

Atualmente, a reposta em SMAPS é realizada em quatro níveis de atenção considerando o indivíduo, a família, os serviços de proteção e de saúde disponíveis e a comunidade local e\ou migrante. Porém, na prática, os desafios de interlocução entre os níveis e as diversas áreas são grandes, assim como a averiguação dos resultados obtidos com esta ferramenta.

II. Apontamentos sobre saúde mental de populações de migrantes forçados

Foram encontrados apontamentos de saúde mental no contexto de migração forçada sob três categorias de discussão: a primeira refere-se ao risco do adoecimento mental em contextos de migração forçada, atrelado a aspectos psicossociais e tomando em conta a violação de direitos humanos durante as três fases de migração. A segunda refere-se aos processos psicológicos e identitários referentes ao deslocamento migratório e à desconfiança sobre a “estrangeiridade” e o “estranho”; já a terceira refere-se à disponibilidade de serviços em saúde mental e apoio psicossocial atrelada a questões técnicas e culturais.

Em relação à primeira categoria, pesquisas apontam que migrantes internacionais forçados tem indicadores de saúde piores que a população geral. Estes estão em maiores riscos de problemas físicos como mortalidade cardiovascular, hipertensão e diabetes (CHEN & COLS, 2019; RAMOS, 2008), assim como sofrimento psicológico como sintomas de ansiedade, depressão (RAMOS, 2008) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (CHEN & COLS, 2019; KAZOUR, 2017).

A prevalência de TEPT, depressão e ansiedade entre os refugiados afetados por conflitos e guerra, em pesquisas de revisão de literatura e meta-análise (STEEL, 2009; BOGIC, 2015), foi até 30,6%, 30,8% e 20%, respectivamente quando a prevalência entre a população geral global é 3,3%, 4,4% e 3,6%, respectivamente. As pesquisas com refugiados e solicitantes de asilo oriundos de países em guerras e conflitos armados apresentam as relações mais fortes entre este transtorno e migração forçada (CHEN & COLS, 2019; KAZOUR & COLS, 2017). No entanto, chama-se atenção para entender que o sofrimento mental da população de migrantes e refugiados e os menores índices de

saúde, se comparados à população geral, estão intimamente relacionados às violações de direitos humanos que perpassam todo o processo de migração forçada, desde a pré-migração até o pós-migração, e não a uma constituição meramente biológica destes indivíduos.

A fase de pré-migração é caracterizada pela constante preocupação de indivíduos ou famílias enfrentando perseguição ou abusos em seus países de origem. Durante esta fase, os estressores podem incluir traumas físico e/ou psicológico, tortura, violências sexuais, perda de contato ou morte de membros da família e privação de direitos, como dificuldade de acesso à alimentação, à higiene, à educação, à saúde, à moradia segura, dentre outras. Na fase de trânsito, todos estes estressores da pré-migração também podem estar presentes, acompanhados das mudanças frequentes de ambientes e condições, do risco de cooptação por grupos armados e/ou por agentes de redes de tráfico humano e da desassistência de serviços, o que contribui para situação de intenso estresse.

Já na fase da pós migração, quando a pessoa está sob a guarda do país anfitrião, assume-se que os riscos à vida e à dignidade relacionados a situação de grave violação de direitos, perseguições e guerras estão suspensos, mas as condições de acolhida nem sempre promovem a dignidade humana, e os refugiados e migrantes seguem enfrentando adversidades extremas, como falta de acesso à água potável e saneamento, superlotação de espaços (tendas e casas), ausência de acesso à documentação ou outras garantias legais (KAZOUR & COLS, 2017), morosidade no processo de reconhecimento de refúgio (RIBEIRO & SILVA, 2018), mobilidade reduzida, perda de contato com familiares, separação familiar entre crianças e adolescentes e seus cuidadores (BEOGO & COLS, 2019), acesso restrito a serviços governamentais de saúde, educação e proteção social, estigmatização social, racismo, dificuldades para acesso a oportunidades de emprego e renda e estressores envolvendo a adaptação cultural (CHEN & COLS, 2019).

O aumento da prática, pelos países de acolhida, de “campos de refugiados”, que na maioria das vezes não tem condições físicas adequadas, são um risco para a saúde das pessoas. Os migrantes cuja situação jurídica no país de destino é instável, por não terem tido uma resposta definitiva, tendem a não buscar assistência em saúde com medo de serem deportados ou sofrerem xenofobia, ou mesmo ficam longos períodos nos campos, aguardando tal definição, sob o risco de piora de seus indicadores de saúde.

Segundo a Médicos Sem Fronteiras (MSF), em uma pesquisa realizada em “campo de acolhimento” em Malta, mais de 30% dos recém ingressantes apresentavam

boas condições de saúde, mas consultas posteriores demonstraram redução desta taxa e aumento de quadros de morbidades, que eles atribuíram às condições de vida nos centros de acolhida. Verificou-se surgimento ou aumento de doenças de pele, diarreia, infecções respiratórias e problemas de saúde mental (DERDERIAN & SCHOCKAERT, 2009).

Esse prolongamento da experiência traumática referente à acolhida no local de destino é reconhecido como um fator de risco para o desenvolvimento de TEPT (KAZOUR & COLS, 2017) e para sintomas constantes de ansiedade e de depressão (BEOGO, 2019). Os migrantes forçados que experienciaram um aumento do número de estressores de integração social e do sentimento de solidão, no local de destino, apresentam a saúde mais debilitada se comparados àqueles que não experienciaram estes estressores (CHEN & COLS, 2019).

Além das dificuldades atreladas ao processo de migração, ou seja, aqueles que ocorrem durante ou após uma emergência e induzidos por ela ou pela resposta a ela, a OMS destaca que também é importante atentar-se para aqueles problemas de saúde mental pré-existentes. Isto porque pessoas com severos transtornos mentais são especialmente vulneráveis durante as emergências e necessitam apoio para tratamento e outras necessidades básicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, s/d), no entanto, não foi identificada nenhuma pesquisa relacionada ao público migrante que já necessitava de apoio em saúde mental anteriormente ao deslocamento.

Neste reconhecimento dos riscos à saúde mental que a migração forçada evidencia e potencializa, a literatura também ressalta a importância de considerar as características de gênero e idade ao se pensar a situação de saúde entre os grupos de migrantes e refugiados, pois estas dimensões podem revelar riscos diferentes de acordo com a vivência psicossocial (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2016). De acordo com o ACNUR, quase metade das pessoas forçosamente deslocadas (interna ou externamente) são menores de 18 anos, e dentre estes, há uma cifra alarmante de crianças e adolescentes que cruzam as fronteiras desacompanhadas (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS, s/d). Em 2018, alcançou-se o número de 75.000 menores desacompanhados cruzando as fronteiras em 70 países (MOHWINKEL & COLS, 2018). Já em relação às mulheres, não foi encontrada uma cifra sobre a percentagem de mulheres forçosamente deslocadas, mas segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM), de 281 milhões de migrantes –

forçados e voluntários – 135 milhões são mulheres (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2022).

Para as mulheres migrantes, a discriminação de gênero a níveis domésticos e comunitários dificulta ou impede o acesso a empregos seguros, além de trazerem mais obstáculos à integração social em outras esferas, por exemplo, o fortalecimento de rede de apoio e a oportunidade de interação em outro idioma, entre outros. Em contextos de crise e privação, é observada, com certa frequência, a prática do trabalho sexual, principalmente de mulheres e adolescentes (ROSENBERG & BAKOMEZA, 2017).

Em relação às crianças, este é um grupo altamente vulnerável em termos de saúde mental, pois a perda e\ou separação de seus cuidadores se dá em uma fase crucial do desenvolvimento humano, somada ainda a exposição à violência e rupturas de espaços e culturas (MOHWINKEL & COLS, 2018). Além disso, podem sofrer um empobrecimento dos cuidados quanto a seus cuidadores, das trocas de afeto e das estimulações para com as crianças, que por sua vez podem sentir maior necessidade de afeto e contato físico diante de situações instáveis. A indisponibilidade de serviços psicossociais para grupos de migrantes e refugiados, inclusive para bebês e crianças, reduzem ainda mais as chances de receberem estes cuidados e afetos de outras fontes (RAMOS, 2008). Inclusive, a chance de uma criança refugiada não frequentar a escola era duas vezes maior, antes da pandemia da COVID-19, que a de uma criança não refugiada, e o desafio é ainda maior se comparando meninas em relação a meninos (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS, 2020). Com a pandemia, a desigualdade na chance de frequentar escola entre crianças refugiadas e não refugiadas ficou ainda maior.

Quanto aos migrantes do sexo masculino, não deve passar despercebido que esta é a maior parcela dos menores desacompanhados (CHYNOWETH & COLS, 2017). Também é importante destacar que há certos fluxos migratórios que são majoritariamente masculinos, por exemplo, o de pessoas oriundas do Triângulo Norte da América Central que cruzam em direção ao México. Em uma pesquisa realizada por MSF sobre migração neste local, 88% dos respondentes eram do sexo masculino (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2017). Meninos e homens contabilizam número mais elevado de mortes por homicídio relacionados a conflitos internos entre grupos que disputam domínio e isto está intimamente relacionado ao fenômeno de migração forçada, uma vez que, na mesma

pesquisa citada acima, 50,3% dos respondentes da pesquisa disseram que pelo menos um dentre os motivos de sua fuga do país de origem está diretamente relacionado à violência.

Além disso, cada vez mais estudos têm apontado para a violência sexual (tortura sexual e estupro) que a população masculina de migrantes sofre, agravado pelo fato da pouca disponibilidade de protocolos e serviços de atendimento a sobreviventes de violência sexual do sexo masculino. Ainda, sobreviventes de violência sexual do sexo masculino são menos propensos a procurarem cuidados de saúde se comparados às mulheres sobreviventes da mesma, devido a fatores específicos como vergonha, estigma social, medo de serem considerados homossexuais e medo da prisão nos locais em que as relações entre pessoas do mesmo sexo são criminalizadas (CHYNOWETH & COLS, 2017).

Em relação à segunda categoria de discussão sobre saúde mental em contextos de migração forçada, sobre questões psicológicas e identitárias referentes ao processo de migrar, que estão para além de sintomas, é ressaltado o luto dos migrantes sobre a perda da vida que haviam construído em seu lugar anterior, com o rompimento dos laços sociais e a perda de sinais e signos culturais que muitas vezes são estruturantes da vida em comunidade. Para Yatzimirsky, citada por Ventura e Yujra no livro “Saúde de Migrantes” (2019), a condição de refugiado carrega uma “pesada carga material, social e psíquica”, pois impele a pessoa a se integrar a uma nova comunidade em que, muitas vezes, nunca havia se imaginado, e onde deverá buscar sobrevivência, moradia, formação e trabalho, e também preparar a vinda de sua família, o que é grande responsabilidade. Desde ponto de vista psicológico, a obtenção do *status* de refugiado significa o reconhecimento de sua história, mas pode implicar uma identificação do sujeito como vítima, reforçando um sentimento de impotência. Por outro lado, o não reconhecimento pode despertar o desamparo e a sensação de invisibilidade de sua existência.

Na mesma linha, outros estudiosos no campo da saúde mental utilizam autores de abordagens filosóficas e psicodinâmicas, como Todorov, Harendt, Weil, Bosi, Bauman, para relacionarem a migração à potencial sensação de desenraizamento, em que o ser humano perde seu referencial de mundo, a memória coletiva que o mantém como parte de um todo, para ter a sensação de esvaziamento, invalidez, falta de conexão com o mundo ao redor, o que pode levar o homem, um ser social, ao isolamento. O imigrante é visto como um estrangeiro, um estranho provisório, e isso cria um lugar social que é um não-lugar, o pertencimento que se estrutura pelo não-pertencimento, pela estranheza. Em

algumas sociedades, inclusive, ocupam no imaginário popular um lugar de risco - invasores, ladrões, criminosos (MAALOUF, 2005).

A estigmatização de populações migrantes e refugiadas é um dos processos mais perversos dos deslocamentos humanos: os rótulos contribuem para o isolamento e para o sofrimento mental deste público (VENTURA & YUJRA, 2019) e não são raros os casos em que são estimulados ou reforçados pela mídia ou por agentes políticos interessados em minar a opinião pública (BAUMAN, 2018).

Reconhecendo o processo de estresse migratório, o potencial desenraizamento e o não-lugar que os migrantes muitas vezes ocupam, e respectivos sofrimentos considerados de ordem psicológica, há também a preocupação de autores do campo da saúde mental de não patologizar o migrante. Na década de 80, por exemplo, utilizou-se termos como “dependência do refugiado” e “síndrome de dependência do refugiado” para descrever refugiados que eram percebidos como “dependentes de ajuda para sobrevivência, letárgicos e incapazes ou sem vontade de se sustentarem”. Isto teve ainda mais realce quando o ACNUR e outros organismos reconheceram que cada vez menos refugiados estavam sendo repatriados, e que milhões continuavam a residir em campos sem perspectivas imediatas de "soluções". Alguns culpavam os próprios refugiados por sua aparente dependência de ajuda, mas, conforme a década avançava, foi questionada a estrutura rígida da assistência humanitária, que deixava pouco espaço para os beneficiários declararem suas preferências e necessidades, o que encorajava a passividade. Para discutir esta questão, os autores Easton-Calabria & Herson (2019) citam o conceito formulado pelo psicólogo George Kelly (1905–67) de “dependências dispersas”. Este se refere ao conjunto de redes e relacionamentos variados através dos quais um indivíduo satisfaz necessidades múltiplas, sejam elas emocionais, sociais, físicas e outras. Segundo o psicólogo, as pessoas mais independentes ou autossuficientes são aquelas que têm os mais confiáveis e dispersos contatos para atender às suas necessidades que aparecem em variadas circunstâncias. Nessa perspectiva, as dependências múltiplas são uma função saudável da personalidade humana, desde que abordada de forma construtiva.

Já no início da década de 2000, cunhou-se o termo Síndrome de Ulysses, em alusão ao mítico herói grego da Guerra de Troia, para dizer de sintomas de ansiedade e depressão comumente percebidos em imigrantes. A partir daí houve um movimento por parte de setores que lucraram com a descoberta de “novas doenças psiquiátricas” para que

essa fosse considerada um transtorno mental e incluída em manuais diagnósticos. Seria mais um fenômeno de “medicalização da vida” (DA SILVA & COLS, 2020), que trata de forma individual problemas que são coletivos e resultados de uma geopolítica excludente e políticas públicas precárias.

A migração, vista desde a perspectiva da saúde como potencial de resistência, como ato de dar fim a violências, carrega em si uma adaptação criativa em direção à vida. Aponta também para o desejo em resistir, assim como o desejo em constituir – apesar e através da fuga – novas relações, novas comunidades, novos mundos (SOUZA, 2018). A migração pode ser entendida como a capacidade, o desejo e a potência de fazer o próprio direito de existir.

Em relação à terceira categoria, sobre disponibilidade de serviços e questões técnicas e culturais, o primeiro apontamento é de que 85% dos migrantes internacionais forçados a se deslocarem estão recepcionados por países em desenvolvimento, que em sua maioria possuem frágeis sistemas de saúde e de garantias de outros direitos (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS, s/d). De acordo com o Banco Mundial, em 2020, 56 países de alta renda abrigavam apenas 17% das pessoas deslocadas além-fronteiras, seguindo tendências de anos anteriores. Países de renda média alta – incluindo Turquia, Colômbia, República Islâmica do Irã, Líbano e Jordânia – receberam 43% das pessoas deslocadas através das fronteiras, com outros 18% hospedados por países de renda média baixa e 22% por países de baixa renda (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2020).

Segundo o Atlas da Saúde Mental da OMS de 2021, o investimento de governos em saúde mental é escasso, com média em torno de 2% dos gastos público em saúde, e os países de baixa e média renda são os que menos investem. Além disso, o número médio de profissionais de saúde mental, até 2020, era de 13 por 100.000 habitantes, em escala global, mas há variações extremas (de menos de 2 em países de baixa renda a mais de 60 em países de alta renda) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

Sendo assim, a assistência em saúde mental fica bastante dificultada pelo fato de a rede pré-existente ao influxo migratório já ser bastante deficitária na maioria dos países de acolhida. Além disso, dentre os desafios da resposta em saúde em cenários de crise humanitária estão maior urgência para priorizar e alocar recursos escassos, tempo limitado para capacitar os profissionais de saúde, acesso limitado a especialistas (para

capacitação, supervisão, acompanhamento, referenciamento ou atendimento) e acesso limitado a medicamentos em razão da interferência na cadeia de suprimento habitual (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Outro destaque é que, em contextos de ação humanitária com duração de muitos meses ou anos, não é raro, que as organizações não governamentais sofram acusação ou se preocupem demasiadamente de estarem criando dependência de migrantes e refugiados para com as suas instituições e dificultando o autogerenciamento e autonomia desta população (EASTON-CALABRIA & HERSON, 2019).

A ideia de que assistência gratuita cria dependências têm raízes antigas na história do sistema humanitário e muitas vezes são o motor para que se haja redução da assistência (EASTON-CALABRIA & HERSON, 2019). No entanto, atualmente, há a preocupação por prover serviços que também promovam autonomia. Inclusive, conceitos como proteção baseada na comunidade, valorização da cultura original, integração com a cultura e serviços do país de acolhida e outras ideias de formações de redes coesas e variadas estão presentes. Sendo assim, o foco deve ser prover assistência de forma que aqueles que mais precisam entendam seus direitos e possam contar com eles como parte de seus próprios esforços para sobreviver e se recuperar da crise (EASTON-CALABRIA & HERSON, 2019).

Outros desafios apontados para o atendimento integral dos serviços de saúde mental são a quantidade de novas pessoas e as diferenças culturais e de idioma, estes últimos ainda mais desafiadores quando pensado sob a ótica da saúde mental, já que a subjetividade é permeada por aspectos culturais e linguísticos. Por isso, os estudiosos apontam que respostas bem sucedidas em saúde mental e apoio psicossocial devem incluir abordagens que considerem os significados culturais atribuídos aos fenômenos psicológicos, assim como questões referentes a fé e práticas religiosas. Para tal, deve-se contar com a contribuição de líderes comunitários e religiosos como forma de aumentar o engajamento do público na resposta, promover autonomia, e romper a lógica de provedores x beneficiários, situando estes segundos como promotores de soluções e de bem estar (OCAMPO & COLS, 2021; RUTLEDGE & COLS, 2021).

Conclusão

Há muito se reconhece que as formas extremas de abuso, as violações dos direitos humanos e os crimes contra a humanidade, como o genocídio e a limpeza étnica,

têm um impacto negativo na saúde mental das pessoas. Estes também são motivos que fazem com que as pessoas deixem suas casas e países e migrem para regiões que creem que encontrarão possibilidades de sobrevivência, fugindo da morte iminente.

As pesquisas tem mostrado maiores níveis de sofrimento mental entre refugiados e migrantes forçados se comparados às taxas da população geral. Isto se deve a um processo crônico de violação de direitos humanos que perpassa desde a pré-migração, ainda no país de origem, até o pós-migração, já no país de acolhida.

Além disso, a migração faz a pessoa deparar-se com processos identitários e culturais, e a perda repentina de seus referenciais de mundo – como geralmente acontece para os migrantes forçados - pode trazer sentimentos intensos que perpassam o luto e a busca por entender a sua identidade e papel social em um novo lugar. Este processo pode ficar ainda mais difícil devido a veiculações midiáticas e manobras políticas de opinião pública que associam o imigrante a um invasor.

Apesar do processo de sofrimento associado à migração, há a preocupação em não patologizar o migrante ou o processo de migração, considerando este também um movimento de resistência e de criação e o migrante como um agente que denuncia um mundo em colapso e luta por seu direito de existir.

Estamos longe de evitar violências e conflitos a níveis locais e internacionais, e os movimentos de migração forçada tendem a continuar ocorrendo em grandes escalas. As práticas de recepção dos países anfitriões podem proteger ou agravar a saúde mental da população em questão. As respostas em saúde mental e apoio psicossocial são necessárias em contextos de migração forçada, mas são desafiadas pelo fato de que em geral os países anfitriões possuem baixo investimento em programas e serviços deste tipo e poucos profissionais capacitados.

Os campos de refugiados, por exemplo, são práticas apontadas na literatura como risco para saúde, autonomia e integração social de refugiados e migrantes. Por outro lado, respostas em saúde mental que incluem elementos culturais, religiosos e linguísticos da população deslocada tem potencial de promover autonomia e aumentar o engajamento destas pessoas aos serviços.

O processo de migração e as práticas de acolhimento com abordagem psicossocial evidenciam a interligação entre os direitos humanos. Para que uma resposta

humanitária em saúde mental seja efetiva, ela deve considerar não só a necessidade imediata e peculiaridade da população migrante, mas também incluir os beneficiários como parte da solução.

As políticas internas de acolhimento de refugiados e migrantes devem ocorrer a nível de proteção, mas os problemas que aumentam a migração forçada devem ser considerados de maneira sistêmica, em todos os seus aspectos globais e nacionais. A nível de prevenção, é necessário políticas internacionais que direcionem de maneira efetiva a redução das desigualdades entre os países e, por consequência, de cenários de conflitos, miséria e desastres que induzem ao deslocamento, através de cooperações para o desenvolvimento e manutenção da paz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTALLIANCE. **Apoio Psicossocial de Base Comunitária em Emergências**, s/d. Disponível em: <https://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2015/05/681-ACT-Portuguese-summary-final.pdf>

AGER, A. Creative tensions in the framing of MHPSS. **Forced Migration Review: Mental Health and Psychosocial support**, v. 66, pp 5-8, 2021.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Global Trends: forced displacement in 2020**, 2020. Disponível em: <https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020> Acesso em 13 Jan 2021.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. **Coming Together For Refugee Education**, 2020. Disponível em: <https://www.unhcr.org/publications/education/5f4f9a2b4/coming-together-refugee-education-education-report-2020.html> Acesso em 30 Nov 2020

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. **Figures at a Glance**, s/d. Disponível em: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> Acesso em: 01 Dez 2020

BAUMAN, Zigmund. **Estranhos à nossa porta**. São Paulo: Zahar, 2018

BEOGO, Idrissa et al. Critical assessment of refugees' needs in post-emergency context: the case of Malian war refugees settled in Northern Burkina Faso. **BMC International Health and Human Rights**. v. 18, 38, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0176-0> Acesso em 30 Nov 2020

BOGIC, Marija; NJOKU, Anthony; PRIEBE, Stefan. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, v. 15, 29, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283967619> Acesso em 30 Nov 2020

BRASIL. **Portaria Nº 125**, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt125-20-ccv.htm Acesso em 14 Jun 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 518**, de 12 de novembro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-518-20-ccv.htm#art12 Acesso em 14 Jun 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 651**, de 8 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-651-de-8%20%20-de-janeiro-de-2021-298262949> Acesso em 14 Jun 2022.

CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Antonio Tadeu; MACEDO, Marília F R, **Imigração e Refúgio no Brasil**. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

CHEN, Wen et al. Impacts of social integration and loneliness on mental health of humanitarian migrants in Australia: evidence from a longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Australia, v. 43, 1, p. 46–55, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1753-6405.12856> Acesso em 30 Nov 2020.

CHYNOWETH, Sarah K; FRECCERO, Julie; TOUQUET, Heleen. Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. **Reproductive Health Matters**, v. 25, 51, p. 90-94, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1401895> Acesso em 12 Out 2020

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

DA SILVA, José Carlos Loureiro; PADILHA, norma sueli; LAMY, Marcelo. A “Síndrome de Ulisses” e a Medicalização dos Movimentos Migratórios. **Revista Jurídica (FURB)**, [S.l.], v. 24, n. 54, p. 7927, 2020. ISSN 1982-4858. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7927> Acesso em: 17 mar 2022.

DERDERIAN, Katharine; SCHOCKAERT, Liesbeth. Respostas a fluxos migratórios mistos: uma perspectiva humanitária. **Sur, Rev. Int. Direitos Human.**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 116-119, 2009.

EASTON-CALABRIA, Evan; HERSON, Maurice. In praise of dependencies: dispersed dependencies and displacement. *Disasters*, v. 44, 1, p. 44-61, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/disa.12366> Acesso em 30 Nov 2020.

KAZOUR, Francois et al. Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. **Comprehensive Psychiatry**, v.72, p. 41–47, 2017. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/308600117_Post-traumatic_Stress_Disorder_in_a_Sample_of_Syrian_Refugees_in_Lebanon Acesso em 30 Nov 2020

MAALOUF, Jorge Fouad. **O Sofrimento de Imigrantes: um estudo clínico sobre os efeitos no self**. São Paulo: s.n, 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Forced to flee central america's northern triangle: a neglected humanitarian crisis zone**, 2017.

MOHWINKEL, Lea-Marie et al. Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: a systematic review. **BMJ Open**, v. 8, 2018, doi:10.1136/bmjopen-2018-022389. Acesso em 12 Out 2020

OCAMPO, Joanne Michelle F; AUDI, Mhd Nour & WESSELS, Mike. Culture bias and MHPSS. **Forced Migration Review: Mental Health and Psychosocial support**, v 66, pp 15-17, 2021.

OMMEREN, Mark. **Mental health conditions in conflict situations are much more widespread than we thought But there's a lot we can do to support people**, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mental-health-conditions-in-conflict-situations-are-much-more-widespread-than-we-thought> Acesso em 21 Jun 2022.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. Report Overview: Technological, Geopolitical And Environmental Transformations Shaping Our Migration And Mobility Futures. In: **World Migration Report 2022**, 2022. Disponível em https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/wmr-2022-en_1.pdf Acesso em 01 Mar 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental Health in Emergencies**, s/d. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>. Acesso em: 30 Nov 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health: strengthening our response**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Acesso em 30 Nov 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 09 Jun 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health**, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981> Acesso em 30 Nov 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental Health Atlas**, 2021. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/> Acesso em 09 Jun 2022

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. A/70/709. **Agenda for Humanity: Annex to the Report of the Secretary-General for the World Humanitarian Summit**, 2016. Disponível em: <https://www.unocha.org/about-us/agenda-humanity>. Acesso em: 14 Nov 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **La salud de los migrantes**. 55.o Consejo Directivo, 68.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 a 30 de septiembre de 2016; Washington (DC), Estados Unidos. Washington: OPS, 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias**. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP), 2020.

RAMOS, Nathalia. Migração, Aculturação e Saúde. In: RAMOS, Nathalia (Org). **Saúde, Migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2008. p. 45–96.

RIBEIRO, Daniela Menengoti; SILVA, Rodrigo Ichikawa Claro. A morosidade do processo de refúgio como entrave à efetiva proteção da dignidade e personalidade dos refugiados. In: ANNONI, Danielle (Org). **Direito Internacional dos Refugiados e o Brasil**. Curitiba: Gedai UFPR, 2018.

ROSENBERG, Jennifer S; BAKOMEZA, Denis. Let's talk about sex work in humanitarian settings: piloting a rights-based approach to working with refugee women selling sex in Kampala. **Reproductive Health Matters**, v. 25, 51, p. 95-102, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405674> Acesso em 30 Nov 2020.

RUTLEDGE, Kathleen; PERTEK, Sandra Iman; ABO-HILAL, Mohammad & FITZGIBBON, Atallah. Faith and MHPSS among displaced Muslim women. **Forced Migration Review: Mental Health and Psychosocial support**, v 66, pp 24-27, 2021.

SOUZA, Fabrício Toledo. Os Refugiados Decidem Viver: a geografia da desigualdade e a fuga como resistência. In: JUBILUT, Liliana Lyra et al. **Migrantes forçados: conceitos e contextos**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2018.

STEEL, Zachary et al. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA The Journal of the American Medical Association**, v. 302, 5, p. 537 – 549, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26716616> Acesso em 30 Nov 2020

VENTURA, Deisy & YUJRA, Veronica Quispe. **Saúde de Migrantes e Refugiados** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. Fazer Saúde Collection.

4.3 Artigo III: Saúde mental e Apoio Psicossocial na resposta ao fluxo de migrantes venezuelanos em Boa Vista: assistência humanitária e cooperação

Uma versão-síntese deste artigo foi submetido para publicação na revista Saúde e Sociedade em junho de 2022.

Saúde mental e Apoio Psicossocial na resposta ao fluxo de migrantes venezuelanos em Boa Vista: assistência humanitária e cooperação⁶³

Mental Health and Psychosocial Support in the response to Venezuelan migrants in Boa Vista: humanitarian aid and cooperation

Resumo: O Brasil é o segundo país com maior número de reconhecimento de *status* de refugiado para pessoas venezuelanas e a maioria destas solicitações aconteceram em Roraima. Reconhecendo a necessidade do público refugiado e migrante em demandas de saúde mental, a importância de resposta em Saúde Mental e Apoio Psicossocial em situações humanitárias e a lacuna de serviços deste tipo no país, os objetivos deste artigo: a) são verificar se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Boa Vista tem sido afetada pelo fluxo migratório de venezuelanos; e b) analisar a atuação das organizações internacionais no fortalecimento dos serviços locais de saúde mental frente à situação de emergência evidenciada pela migração. Trata-se de um estudo de caso com metodologia quali-quantitativa. Os resultados são que a) este fluxo migratório impactou a RAPS ao trazer novas demandas em saúde mental; b) ações como capacitação em SMAPS para profissionais locais e apoio para estruturação do fluxo de matriciamento foram citadas como estratégias das organizações internacionais de impacto positivo no fortalecimento da rede local; c) o campo da saúde mental ainda ocupava um lugar setorizado e restrito a determinadas atividades, não estando totalmente integrado à resposta como um todo. Mais familiaridade de gestores e profissionais humanitários com a temática é necessária para aumentar estratégias que promovem bem estar e mitigar aquelas que impactam negativamente a população atendida.

Palavras-chave Migração Humana; Ajuda Humanitária; Saúde Mental; Direito à Saúde

Abstract: Brazil is the second country with the highest number of refugee status recognition for Venezuelan people and most of these requests took place in Roraima. Recognizing the need of the refugee and migrant population in mental health demands, the importance of responding in Mental Health and Psychosocial Support in humanitarian situations and the lack of services of this type in the country, the objectives of this article: a) are to verify if the Mental Health and Psychosocial services of Boa Vista have been affected by the migratory flow of Venezuelans; and b) analyze the role of international organizations in strengthening local mental health services in the emergency situation evidenced by migration. This is a case study with quali-quantitative methodology. The results

⁶³ Fundação Oswaldo Cruz. Escola Fiocruz de Governo. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde. Brasília/DF, Brasil

are that a) this migratory flow impacted the Mental Health and Psychosocial services of Boa Vista by bringing new demands in mental health; b) training in mental health and psychosocial support and the support for structuring the flow of public services were cited as strategies of international organizations with a positive impact on strengthening the local network and its professionals; c) the mental health knowledge and its tools still occupied a sectored place and was restricted to certain activities, not being fully integrated into the whole response. More familiarity of managers and humanitarian professionals with the theme is necessary to increase strategies that promote well-being and mitigate those that negatively impact the population served.

Key words Human Migration; Humanitarian Aid; Mental Health; Right to Health

Ao longo da história do Brasil desde a invasão pelos portugueses, o país recebe fluxos migratórios de diversas origens. Desde os colonizadores que tinham por objetivo ocupar os espaços no novo território, passando pelos africanos traficados, depois por imigrantes europeus e asiáticos. Estes fluxos variaram conforme momento histórico, incentivos do governo e legislação vigente no país, tal como relacionados a oportunidades de melhorias de vida, não sendo um volume constante de entradas (Fernandes & col, 2018).

Na última década, de 2011 a 2019, foram registrados no Brasil 1.085.673 imigrantes, considerando todos os amparos legais. Deste total, destacam-se mais de 660 mil imigrantes de longo termo (cujo tempo de residência é superior a um ano), população composta principalmente por pessoas oriundas da América Latina, com destaque para venezuelanos e haitianos. Do total de imigrantes de longo termo registrados, 41% são mulheres (Cavalcanti & cols, 2020).

Atualmente, o fluxo mais intenso de migrantes internacionais no Brasil é o de venezuelanos. Segundo o Sistema de Tráfego Internacional, até fevereiro de 2022 havia 325.763 refugiados e migrantes venezuelanos no país. Segundo o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), até novembro de 2021, o número de venezuelanos com *status* de refugiado no país era de pouco mais de 49.000 (R4V, s/d).

Apesar de não estar entre os primeiros países receptores, o Brasil é o segundo país com maior número de reconhecimento de *status* de refugiado para pessoas venezuelanas, sendo que a maioria destas solicitações aconteceram em Roraima (R4V, s/d). As estimativas mostram que a maioria dos imigrantes venezuelanos entrou e se estabeleceu na região norte, em Roraima (50%) e no Amazonas (19%) (Cavalcanti & cols, 2020), mais especificamente. Após a chegada em grande escala de migrantes, a proporção da população venezuelana em Roraima aumentou para representar cerca de 12% da população do estado (ACNUR & World Bank Group, s/d).

Tal intensidade do movimento migratório levou Roraima a classificá-lo como crise humanitária e decretar estado de emergência em 2016 (Corazza, 2016). Dois anos depois, em 2018, houve o decreto federal que reconheceu a situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório para o estado (Brasil, 2018). Também no mesmo ano, o Governo Federal assinou três Medidas Provisórias (nº 823/2018, nº 857/2018 e nº 860/2018) que destinaram, no total, R\$ 280,3 milhões para assistência a solicitantes de refúgio da Venezuela por meio do estabelecimento da “Operação Acolhida”, coordenada pelo Exército. Em pouco mais de um ano, em 2019, por meio da Medida Provisória nº 880/2019, R\$ 223,8 milhões adicionais foram liberados pelo governo brasileiro para dar seguimento a esta operação (Casa Civil, s/d).

No entanto, algumas instituições humanitárias e internacionais já estão presentes em Pacaraima, cidade fronteiriça com a Venezuela, e em Boa Vista, capital, desde o ano de 2015, anterior à Operação Acolhida. Com o passar do tempo, mais e mais instituições foram chegando ao estado. Já em 2021, só em Boa Vista, foram mapeadas 19 instituições atuantes no contexto da resposta humanitária (R4V, s/d), dentre organizações internacionais, como o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), a Médicos sem Fronteiras (MSF), a Rede Cáritas, Visão Mundial, Exército da Salvação, Associação Voluntários para o Serviço Internacional Brasil (AVSI Brasil), organizações da sociedade civil, como Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados (SJMR) e Instituto Migrações e Direitos Humanos (IMDH), e agências da ONU, como o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Organização Internacional para as Migrações (OIM), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (R4V, s/d).

Neste cenário atual, as organizações internacionais e agências da ONU, assim como atores da sociedade civil e a Operação Acolhida tem tentado atuar de maneira articulada para aprimorar a capacidade de resposta, havendo esforços conjuntos quanto ao abrigo destas pessoas e quanto à estratégia de interiorização⁶⁴ dos migrantes para outros estados do país, a fim de garantir maiores possibilidades para integração comunitária e econômica desta população.

⁶⁴ A estratégia de interiorização promove a realocação de venezuelanos que estão em Roraima para outros estados do país, a fim de oferecer maiores oportunidades de integração socioeconômica e diminuir a pressão sobre serviços públicos do estado roraimense. Tal estratégia é parte da Operação Acolhida com apoio de agências da ONU e ONGs.

Como desafio das emergências humanitárias, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que quase todas as pessoas afetadas por situações de emergência sofrerão de estresse psicológico, uma resposta natural e transitória nestes contextos, mas que uma minoria pode desenvolver transtornos crônicos, além das pessoas que já tinham uma fragilidade mental prévia estarem em risco de deterioração do quadro (OMS, s/d). Outras pesquisas apontam menores indicadores de saúde mental entre refugiados e migrantes se comparados a população local, isto relacionado ao histórico de privação de direitos humanos que esta população experimenta (Kazour & cols, 2017; Chen & cols, 2019).

Apesar de o Brasil ter uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e uma Rede de Atenção Psicossocial estruturadas, a implementação dos serviços é desafiada por questões de ordem social, econômica e política. Em se tratando de população migrante e refugiada, este desafio é ainda maior devido a questões de interculturalidade.

Segundo a OIM, fluxos migratórios são oportunidades de desenvolvimento e fortalecimento de mecanismos locais, que a longo prazo podem favorecer, além da população migrante, também a população local, através de melhorias na disponibilidade, acesso e qualidade a serviços, e criação de outros tipos de serviço ou centros de apoio (OIM, 2018). Na mesma direção, a OMS reconhece que crises emergenciais, apesar de criarem novas necessidades e evidenciarem outras, também são oportunidades de fortalecimento do sistema de saúde local (OMS, s/d).

Reconhecendo tanto a necessidade do público refugiado e migrante em demandas de saúde mental e apoio psicossocial como a importância de uma resposta em SMAPS estratégica em situações humanitárias e a lacuna de serviços deste tipo no país, mas ainda mais evidente na região norte, há, em Boa Vista, organizações com atividades de Ação Humanitária e de Desenvolvimento, com projetos e ações de SMAPS, tanto para a oferta de serviços imediatos e independentes como para a cooperação com os serviços locais.

Considerando ainda a ideia que os fluxos migratórios podem ser oportunidades de fortalecimento de mecanismos locais, este artigo visa contribuir para a discussão sobre a colaboração das organizações internacionais em contexto de assistência humanitária para um sistema de saúde mais sólido de saúde mental. Os objetivos são verificar se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Boa Vista tem sido afetada pelo fluxo migratório de venezuelanos(as) ao estado e analisar a atuação das organizações humanitárias no

fortalecimento dos serviços locais de atenção em saúde mental frente à situação de emergência evidenciada pela migração.

Metodologia

Esta pesquisa é um estudo de caso realizado através de entrevistas semiestruturadas (Flick, 2013) que aconteceram entre julho de 2020 e julho de 2021 com profissionais que atuaram em Boa Vista entre 2019 e 2021, tanto profissionais dos serviços de saúde locais que fazem parte da RAPS do município, como profissionais de organizações internacionais que coordenavam ou executavam ações de SMAPS.

Ao total, participaram das entrevistas treze respondentes. Foram entrevistados seis trabalhadores de organizações internacionais variadas, seis servidores de saúde e um membro do Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes no âmbito da Operação Acolhida. Dos seis profissionais entrevistados de organizações internacionais, houve dois coordenadores de projeto, um coordenador de equipe de saúde mental e três profissionais de campo. Quanto a esses últimos, todos eram psicólogos, mas apenas um atuava como tal, e os outros dois atuavam como assistentes de proteção. Em relação aos profissionais da rede de atenção psicossocial, dois atuavam na atenção básica, três na atenção psicossocial estratégica - nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), sendo um diretor clínico do estabelecimento - e um na atenção hospitalar em enfermaria especializada em hospital geral. Para garantir o sigilo, a linguagem utilizada é a padrão do português, com gênero masculino, mas vale destacar que a maioria de entrevistados é mulher. Esta participação das mulheres nas redes de saúde e nas organizações internacionais não deve ser invisibilizado.

Quanto ao perfil das organizações em que estes profissionais estavam incluídos, foram três organizações internacionais e duas agências da ONU, sendo cinco instituições ao total. Destas cinco instituições, três operavam no campo saúde e duas no campo social. Além disso, duas delas tinham projetos específicos de saúde mental, enquanto as demais realizavam atividades relacionadas e utilizavam o termo guarda-chuva “apoio psicossocial”.

Fez-se contato com as pessoas que a pesquisadora já tinha contato para que participassem ou que indicassem outros participantes que poderiam contribuir com a pesquisa. Sendo assim, a amostra desta pesquisa é intencional e de conveniência (Flick, 2013). As entrevistas ocorreram via plataforma virtual Google Meet. O sigilo dos participantes foi garantido e o nome das organizações e serviços não serão citados, visto

que a ideia não é apontar quem faz o que, mas ter um retrato geral da situação, sendo esta também uma forma de proteger o anonimato dos entrevistados. Os profissionais de organizações internacionais e da rede local foram nomeados com as letras A a L, de forma aleatória.

Para análise dos dados das entrevistas, categorias de análise de conteúdo foram criadas e agrupadas com os enxertos citados em uma tabela, como orientado por Bardin (1977), e a partir dela foi possível identificar a frequência (dimensão quantitativa) em que um tema ou uma ideia aparecem, assim como a qualidade destes (dimensão qualitativa), exposta através de algumas falas transcritas dos entrevistados.

Os dados das entrevistas são discutidos à luz dos guias “Diretrizes sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias” do Comitê Permanente Interagências (IASC, na sigla em inglês), de 2007, e o “Guia de Intervenção Humanitária mhGAP: Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias (GIH – mhGAP) da OPAS em parceria com o ACNUR, de 2020. Estes guias foram escolhidos devido à relevância, considerando que o primeiro é a base para todos os demais guias sobre SMAPS e o segundo foi adaptado do primeiro e do “Orientação Operacional sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial nas Operações com Refugiados” do ACNUR, sendo adequado ao contexto de migração forçada e atualizado recentemente.

Vale destacar que apesar de ter sido executada em anos de pandemia de COVID-19, esta pesquisa e o guia de entrevista foi aprovada pelo Comitê de Ética no ano de 2019, não sendo a pandemia uma variante considerada à época. No entanto, como a realidade é transversal a qualquer pesquisa, esta aparece nas respostas dos entrevistados como pano de fundo e em outros momentos como um marco para mudanças de estratégia de atuação.

Resultados e Discussão

Esta pesquisa trouxe alguns resultados que permitem refletir sobre se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Boa Vista tem sido afetada pelo fluxo migratório de venezuelanos(as) ao estado e se a atuação das organizações internacionais tem contribuído para o fortalecimento dos serviços locais de atenção em saúde mental e de quais formas. Para nortear a discussão, utilizaremos como base as diretrizes e informações explanadas nos guias.

A resposta à pergunta de se a RAPS tem sido afetada pelo fluxo migratório é sim, tanto por elementos novos trazidos pelo fluxo migratório como por evidenciar problemas

pré-existentes que, devido à urgência da situação, não podem mais serem protelados. Os entrevistados perceberam os seguintes desafios que atravessam a rede: idioma diferente, visto que o público venezuelano fala espanhol (53,8%); demandas muito complexas relacionadas ao alto grau de vulnerabilidade dos migrantes (38,4%); dificuldade de integração entre as redes (humanitária e RAPS) e entre os níveis da rede local (básica e especializada, SUS e SUAS, ou municipal e estadual) (30,7%); diferenças culturais e desconhecimento da população migrante sobre a estruturação dos serviços brasileiros de SMAPS (30,7%); características do público a ser incorporado nos serviços, como a rotatividade (falta de endereço fixo), estruturação das famílias venezuelanas atendidas pela Operação Acolhida – em geral, famílias com muitas crianças -, influências de comportamentos relacionados ao machismo e crianças e adolescentes migrantes desacompanhados (30,7%); falta de profissional para o aumento do contingente populacional da cidade (7,6%) e o fato de que demandas de saúde mental nem sempre aparecem de forma explícita na fala do paciente, o que requer um preparo técnico mais acurado do profissional (7,6%).

Vale dizer que todos os entrevistados identificaram demandas para os serviços SMAPS, de ordens variadas. As mais citadas foram a vivência de violência de qualquer tipo (baseada em gênero, física, sexual, psicológica e institucional) e a presença de transtornos mentais desencadeados pela situação de migração e riscos relacionados ou agravados por ela, ambas situações citadas por oito dos treze entrevistados (61,5%), sendo que dois entrevistados destacaram o estresse pós traumático. Em seguida, citados por quatro entrevistados (30,7%), aparecem sofrimentos mentais como angústia, desesperança e sintomas de ansiedade e desencadeados pelo processo de adaptação a um novo país e cultura e pelo luto associado de ter deixado família, profissão e qualidade de vida, para começar do zero. Também foi reconhecida a necessidade de continuidade de tratamento e acesso à medicação daquelas pessoas que já possuíam um diagnóstico psiquiátrico antes do deslocamento. Outras questões de ordem de saúde mental citadas foram dificuldade de acesso a recursos de subsistência e sofrimentos associados, problemas de convivência entre casais, famílias ou vizinhos nos abrigos de acolhimento, sofrimentos gerados pela experiência de deslocamento, como o impacto emocional da exaustão física e do risco de sofrer violência, ideações e tentativas de suicídio, e proteção de menores migrantes desacompanhados. Estas demandas são reconhecidas em seus diversos níveis de complexidade, e tanto profissionais das organizações internacionais

como profissionais locais lidam com elas de acordo com a especificidade do trabalho, seja na atenção básica, seja na atenção especializada.

Estes desafios e demandas impactam a RAPS local ao forçar esta a responder a novas necessidades da população migrante, mas também dos próprios profissionais locais, através de capacitação de recursos humanos quanto a saúde mental, multiculturalidade, migração, idioma e formas alternativas de comunicação (criação de infográficos, por exemplo). Caso não sejam criadas soluções adequadas, as dificuldades tendem a se perpetuar.

Ambos os guias consideram que mapear os problemas e desafios pré-existentes à situação de emergência e fluxo migratório, aqueles induzidos pela emergência em si e também os induzidos pela própria resposta humanitária é o primeiro passo para uma resposta baseada no contexto (IASC, 2007; OPAS, 2020).

Exemplos de problemas pré-existentes são a ausência de serviços em saúde, inclusive para a população local, níveis de morbidades em saúde e suicídios, consumos de álcool e outras drogas na população local, questões sociais como pobreza, prevalência de racismo e machismo estruturais, grupos marginalizados. Os induzidos pela situação de emergência podem ser aumento de níveis de xenofobia, sobrecarga nos sistemas de saúde e de proteção social, evasão escolar e descontinuidade dos estudos, condições favoráveis a exploração sexual, tráfico de pessoas e trabalho análogo à escravidão dentre outros. As perturbações relacionadas à própria resposta humanitária seriam, por exemplo, a inconsistência das informações que podem aumentar níveis de estresse e ansiedade na população beneficiária, falta de privacidade, abrigos superlotados, violência contra profissionais humanitários e outros (OMS, s/d).

Os impactos do fluxo migratório sobre a RAPS reconhecidos pelos entrevistados como induzidos pela emergência foram categorizados em dois grupos: a sobrecarga na rede devido ao aumento do número de pessoas que buscam atendimento, principalmente na atenção básica e nos hospitais, reconhecida por nove entrevistados (69,3%), e a sobrecarga sobre os profissionais, citada em cinco entrevistas (38,4%).

Os três profissionais que atuam em outros níveis de serviços que não na atenção básica ressaltaram que não houve a mesma sobrecarga em seus serviços, específicos de saúde mental (CAPS e ambulatório psiquiátrico do hospital geral), como exemplificados a seguir:

“percebo o aumento de fluxo, tem um aumento de fluxo, mas eu acredito que na [atenção] básica isso seja mais evidente. Na especializada, nos CAPS em si, a gente percebeu o aumento, mas não foi um

aumento significativo, eu não percebo no meu dia a dia que o fato de eles terem migrado pra cá tem afetado o CAPS em si.” [Funcionário J de um CAPS, entrevista em 2021]

Isto está de acordo com a previsão do modelo de intervenção de SMAPS em emergências, que prevê que os serviços especializados, o topo da pirâmide, serão necessários para uma parcela bem menor da população. Já os serviços básicos e de segurança (que incluem os serviços da atenção básica) abarcarão maior contingente de pessoas, e por isso a importância de se investir em saúde mental neste nível de resposta - para que mais pessoas tenham acesso fácil a práticas de proteção de saúde mental e promoção de bem estar, evitando a sobrecarga no nível especializado (IASC, 2007), que em geral conta com menor quantidade de profissionais especialistas capacitados, como é o caso de Boa Vista. O trecho a seguir aponta para esta contingência da demanda de saúde mental pelos serviços básicos:

“P: E antes você percebe alguma diferença, (...) antes do fluxo migratório, a demanda realmente era menor (...)? E: não, (...) eu acho que aumentou um pouco por causa da pandemia e da migração, mas a atenção primária também tá absorvendo alguns pacientes (...)” [Funcionário I do ambulatório de psiquiatria de hospital, entrevista em 2021]

Este investimento no nível de resposta na base da pirâmide será melhor discutido mais adiante. Em relação à sobrecarga de profissionais, destacam-se duas falas quanto ao tema:

“A sensação que dá é que tem, claro, uma sobrecarga objetiva de alguns serviços, mas a impressão que dá é que também existe uma sobrecarga muito subjetiva dos profissionais, tanto da rede formal de saúde intersetorial, como da rede humanitária, né... a questão do burnout foi sinalizada praticamente por todos os atores com quem a gente conversou...” [Funcionário A de organização internacional, entrevista em 2020]

“(...) e vem quem vai ficar doente depois né, seria os próprios funcionários pela sobrecarga de trabalho...” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

A sobrecarga dos trabalhadores pode estar relacionada à rotina de trabalho, à sensação de não ter ferramentas técnicas para lidar com os desafios que uma nova população com demandas específicas traz ao dia a dia dos atendimentos, ao desgaste emocional relacionado ao contato com situações de miséria humana e outros fatores (IASC, 2007). Este fenômeno impacta a rede uma vez que aumenta o risco para a saúde do trabalhador, contribuindo para maior escassez de recursos humanos devido a aumento do absenteísmo, afastamento por motivos de doença, e para alterações na qualidade do trabalho desenvolvido por este profissional. As diretrizes do IASC propõe uma lista de ações para prevenir e manejar os problemas de saúde mental e bem-estar psicossocial que podem ocorrer com as equipes que respondem em emergências, mas estas não foram

identificadas como um ponto de articulação e cooperação entre as OIs e a rede local. Apenas um entrevistado citou a política de saúde do trabalhador como um ponto de articulação importante, mas ressaltou que o projeto de saúde mental da organização não deu conta de incluí-la.

Também foram identificadas nas entrevistas falas que apontavam para dois problemas causados pela própria resposta humanitária, nomeados como “profissionais humanitários que desconhecem a rede” (15,3%) e “encaminhamentos que aumentam a sobrecarga da rede sem contribuir para a solução” (15,3%), que estão exemplificados nos seguintes trechos, respectivamente:

“e naquela época a gente percebia muito as ONGs trazendo esses pacientes para gente, ou seja, "toma mais trabalho", "toma mais trabalho", "toma mais trabalho" e a gente não sentia muito essa RAPS funcionar, ou seja, a gente sentia vocês [as OIs] muito perdidos, não sabendo para onde direcionar esse paciente” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

“(...) mas muitas eu sentia o contrário, de que eu tava achando demanda pra eles. Isso eu achava o mais grave, a gente não tinha vínculo, a gente não conversava, e ainda assim a gente encaminhava milhares de pessoas pro CAPS (...) então como esse profissional que tá do outro lado vai me ver? (...) que a gente começa identificar um monte de caso e claro, tem que referenciar pro CAPS, mas eu acho que ficava só isso... eu ficava pensando o que que o CAPS tava sentindo da [equipe] de saúde mental da [nome da instituição], "vai matar a gente"..." [Funcionário F de organização internacional, entrevista em 2021].

No entanto, falando de uma fase mais avançada da resposta, houve a seguinte ponderação, sendo apresentado como um desafio que foi superado devido a articulações entre a rede humanitária e a rede local:

“antes a gente tinha um pouco de dificuldade porque a maioria, algumas pessoas, não entendia qual era o nosso perfil então traziam pra cá pessoas que não eram nossas, não ficava. Aí tinha aquela situação que achava que era porque a gente não queria atender, mas não, a gente atende todos que procuram nossa unidade se reside dentro da nossa macro área e faz o perfil grave e persistente nós fazemos tudo... eles tem o mesmo direito (...) A gente tá recebendo a quantidade de demanda que antes da pandemia recebíamos porque agora a quantidade de oficinas para o entendimento da rede, hoje a gente percebe que eles entendem mais cada perfil das instituições, porque antes o CAPS era referência: qualquer situação que envolvia transtorno mental eles traziam para o CAPS, sendo leve, moderado ou grave... Então hoje depois de algumas conversas e reuniões, a gente passou a perceber que eles só trazem pra cá mesmo o nosso perfil então mesmo com a pandemia não aumentou as nossas demandas com os imigrantes.” [Funcionário L de um CAPS, entrevista em 2021]

Como demonstrado pelos trechos acima, estes problemas causados pela própria resposta humanitária podem ser sanados, sendo o caminho a articulação e comunicação eficientes. A matriz de intervenção do IASC traz como preparação para emergências e respostas mínimas diagnósticos da situação em relação a saúde mental e o apoio

psicossocial, que incluiria os serviços da rede disponíveis e suas especificidades, e da orientação e treinamento de trabalhadores humanitários sobre os serviços de saúde mental e apoio psicossocial disponíveis, a fim de garantir o conhecimento da rede por parte destes (IASC, 2007). Vale destacar que os guias são baseados em respostas mínimas, ou seja, respostas essenciais e imediatas, que devem ser o ponto de partida para respostas mais abrangentes e de aprimoramento local ocorrerem.

A comunicação entre as redes locais e as organizações internacionais é necessária e pode contribuir para que a preparação para emergência e resposta mínima ocorra a qualquer tempo. Ao mesmo tempo, essas respostas mínimas são mais rapidamente implementadas uma vez que há medidas de preparação para emergências, que não foi o caso do exemplo. Se estas ações tivessem sido implementadas de imediato, talvez estes problemas pudessem ter sido completamente evitados.

Em relação aos problemas pré-existentes, em todas as entrevistas os profissionais identificaram problemas anteriores da rede e há a percepção geral de que a rede já era debilitada, como exemplificado nas falas a seguir:

“Além disso, é de se notar que a rede local já tinha algumas dificuldades antes do aumento da população da cidade, só que esse aumento deixa mais evidente essas necessidades” [Funcionário C de organização internacional, entrevista em 2020]

“o estado de Roraima e o norte do Brasil como um todo é uma região que tem a maior lacuna de cuidado saúde mental, né... Se a gente for ver aí no serviço a proporção de número de profissionais de saúde mental por habitantes, Roraima especialmente é um local que tem uma lacuna, que tem um déficit de profissionais... (...)” [Funcionário A de organização internacional, entrevista em 2020]

“Então se já era difícil de trabalhar com a saúde mental porque aqui no município não está tão bem organizado esse serviço, imagina com o aumento da demanda (...)” [Funcionário G de uma UBS, entrevista em 2021]

Os entrevistados identificaram os seguintes problemas pré-existentes na RAPS ao fluxo migratório: baixa integração entre os pontos de atenção da RAPS (53,8%); serviços precarizados (38,4%); atendimento não humanizado (30,7%); falta de profissionais de Saúde Mental no estado (30,7%); falta de capacitação dos profissionais em saúde mental (23%); problemas de gestão e fluxos de trabalho (15,3%) e cuidado compartimentado ainda sob a lógica da especialidade (7,6%).

Uma vez que 100% dos entrevistados identificaram fragilidades na rede de saúde, pode-se assumir que o Estado já não era capaz de responder às demandas da própria população local, o que afeta a qualidade e efetividade da resposta no momento emergencial, contribuindo para um cenário crônico de calamidade, e trazendo maiores

dificuldades para a aplicação das repostas mínimas que garantam o bem estar da população migrante mas também da população local.

Além de não haver condições mínimas para a preparação para emergências, a resposta governamental veio tardiamente, visto que em 2014 já se registrou o fluxo migratório intenso para o estado (Silva & col, 2018), mas que a resposta governamental veio apenas em 2018 (Brasil, 2018). Ou seja, não só não houve a preparação, como a situação foi negligenciada por um longo intervalo de tempo.

Nesse sentido, quem teve de lidar com as consequências da má gestão do fluxo migratório foram os profissionais de saúde da ponta, o que pode ter contribuído para os altos níveis de estresse destes, uma vez que o contexto se mostrou mais desafiador devido à sobrecarga na atenção básica, à complexidade das novas demandas trazidas pelos migrantes e outros fatores, ao passo que aqueles continuaram sem ferramentas para lidar com a nova situação. Fluxos migratórios mal geridos tem maior potencial de impactarem negativamente o dia a dia dos serviços e é um contexto fértil para que discursos xenofóbicos emerjam.

Em 53,8% das entrevistas o tema “xenofobia” apareceu, mesmo não havendo uma pergunta explícita sobre isto, como demonstrado a seguir:

“E tem também as questões xenofóbicas dentro das instituições, que precisa ser combatido, mas que a gente percebe que tá presente ali e que atrapalha esse acesso à saúde (...),” [Funcionário J de um CAPS, entrevista em 2021]

Sobre este tema, uma outra profissional fala da xenofobia considerando processos de estigmatização relacionados à fragilidade da rede e os impactos nas relações entre população local, migrantes e profissionais de saúde, tal como a ausência de atuação do Estado que contribuiu para a piora deste cenário:

“olha, na atenção básica é muito delicada essa questão... o relato dos usuários dos serviços e eu que fui algumas vezes à atenção básica, as pessoas se sentem invadidas no sentido de que, vou dar exemplos práticos - tem 20 fichas pro médico e 15 imigrantes, e aí os brasileiros chegam... porque aqui não havia essa demanda de você chegar de madrugada, pegar ficha, não existia isso antes do *boom* do fluxo migratório, (...) então se você chegasse 7 da manhã, você pegava ficha, esperava e tal. Como os brasileiros não tinham esse hábito, os venezuelanos começaram a chegar 3 da manhã pra ficar na fila e pegar a ficha às 7h, e aí quando chegavam as 5h, às 6h, às 7h, os brasileiros, já tinha uma fila gigantesca... e famílias muitas numerosas, então às vezes uma família pegava metade do fluxo de atendimento do posto, entendeu, naquela manhã. E rolava todo esse discurso de que a gente paga imposto e não tem acesso, de que a gente não tá sendo atendido porque tá sendo priorizado atendimento ao imigrante... e na verdade não era uma prioridade, porém como chegam muitas vezes em condições de saúde mais precária e por esse hábito, disponibilidade, pelo desemprego também, eles chegam de madrugada... então acaba que no real eles são atendidos primeiro

e os brasileiros ficam muito frustrados... e eles também vem de um processo que a gente entende que é muito estressante, de levar muitas portas na cara, de sofrer preconceito, xenofobia, então eles também chegam muito armados... não é raro que eles sejam agressivos e mal educados com a equipe de saúde, e a equipe de saúde também cria uma antipatia deles, então são situações muito delicadas que não foi conseguido pensar soluções pra isso, e isso aumenta esse processo de xenofobia... os brasileiros tomaram ódio de chegar no posto de saúde e aí eles ficam, falam alto, discriminam os imigrantes, então eles tem o acesso mas é um acesso difícil, carregado de estigma, e é difícil para os brasileiros também (...) esse processo de xenofobia que se desenvolveu aqui foi através da negligência do Estado porque foram muitos anos antes de qualquer medida ser tomada a nível federal, então esperou que entrasse em colapso. Os avisos já eram dados desde 2014 e só em 2017 teve alguma ação expressiva... antes disso, todo mundo foi aguentando do jeito que pôde, e aí teve muitos impactos na cidade como um todo, que fizeram com que os imigrantes fossem vistos dessa forma, como *personas non gratas* por tudo que acarretou esse fluxo aqui.” [Funcionário K de um CAPS, entrevista em 2021]

Esta última fala exemplifica um ciclo de violência que se retroalimenta, com relatos de xenofobia, discriminação e estigmatização por parte da população e profissionais de saúde locais, que por sua vez também estão experimentando em algum grau um contexto de privação, negligência e omissão do Estado, e de outro lado, uma reatividade por parte dos migrantes, advindos de um contexto de privação de direitos humanos, violência, e desabastecimento generalizado. Nesse sentido, reforça-se que a saúde de uma comunidade está para além do cuidado em saúde, e os determinantes sociais de saúde tem um impacto importante.

Há ainda a percepção dos entrevistados sobre a rede local categorizada como “atendimento não humanizado”, que em algumas falas aparece como sendo uma característica prévia da rede à migração, mas que está sobreposta a ela, contribuindo para a sensação de rechaço e falta de acolhimento para com os venezuelanos.

“e a gente sabe que no funcionalismo público não tem uma forma mais amável de tratar, eles tratam todo mundo, brasileiro mesmo, parece que é uma forma diferenciada de tratar... e aí já eram dados como xenofóbicos” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

Atrelado a isto, a presença de agentes políticos que lucram com cenários de escassez, inflamando discurso de ódio e utilizando-os para manobras políticas, como aponta Bauman (2018) e como ocorreu em Roraima em 2018, ano de eleição (Brignol & cols, 2020). Sobre esta percepção, um dos entrevistados alertou:

“Mas o que a gente percebe é muito pela dinâmica influenciada pelos agentes políticos. A gente não percebe o rechaço direto e fomentado pelo cidadão, o cidadão de certa forma está reagindo ao estímulo de promover esse rechaço. E ele atende a interesses particulares, então a gente vê isso acontecer: (...) isso gerou um movimento de agressão e violência nas ruas, promovido inclusive por agentes políticos do próprio município de Pacaraima... a gente recebeu informações de que foram agentes políticos que fomentaram o

conflito, né, então isso estimula a população e cria um cenário de que os venezuelanos não são bem-vindos (...)” [membro do subcomitê de saúde da Operação Acolhida, entrevista em 2020]

Ou seja, apesar de que é previsto que um problema induzido pela emergência pode ser a xenofobia, também pode-se refletir que índices mais altos deste tipo de violência são mais propícios quando não há respostas mínimas que amparem os profissionais e população local, garantindo as condições de trabalho e ferramentas adequadas de manejo de estresse dos primeiros e repensando os fluxos de atendimento para que os segundos não fiquem desassistidos, tal como a promoção dos determinantes sociais de saúde para a comunidade como um todo, deixando-a menos vulnerável a manobras políticas.

Em verdade, este tema da xenofobia parece ser repetitivo em países que acolhem migrantes. Muitos desses indivíduos sofreram violência de pessoas em cargos de confiança, inclusive de profissionais de saúde e agentes da lei. Um argumento contra a migração tem sido que a violência irrompe com imigração; no entanto, talvez o inverso seja mais preciso: atitudes xenófobas no país de acolhimento, ao invés da presença de migrantes, podem levar à violência. Nesse sentido, assim como o racismo, é útil considerar a xenofobia como explícita e estrutural. Formas explícitas de xenofobia podem ser verbal ou física. No entanto, estas ocorrem dentro da construção de “discriminação xenófoba estrutural e generalizada”. Por exemplo, apesar das qualificações e experiência adequadas, muitos imigrantes não têm acesso às mesmas oportunidades de trabalho que os homólogos nativos. Assim, a xenofobia estrutural pode, de fato, promover a pobreza e a insegurança no trabalho, ambos determinantes sociais de saúde que estão por trás de muitos resultados de saúde ruins (Suleman & cols, 2018).

Além disso, problemas e desafios induzidos pela emergência, como a sobrecarga nos sistemas de saúde e de proteção social não deixaram, neste cenário, de estarem vinculados aos problemas pré-existentes. Por exemplo, a própria sobrecarga dos serviços pode ser ainda aumentada devido à baixa articulação entre os próprios serviços de saúde ou entre eles e os de proteção social, pela falta de preparo técnico em saúde mental ou acolhimento, ou mesmo pela demora do tempo de resposta de serviços especializados, problemas este anterior, que apontam para a percepção de que se o beneficiário recorre ao serviço e não tem sua situação de saúde cuidada devidamente, é de se esperar que este usuário continue retornando aos serviços e sobrecarregando os mesmos, sem chegar a uma solução para sua questão de saúde, como ilustram as seguintes falas:

“e se tratando de pacientes venezuelanos, tem certos profissionais que olham com desprezo... vamos dizer pouca vontade de resolver o problema, e aí esse paciente acaba retornando a UBS sempre pela

mesma queixa, com a mesma queixa, e quando a gente vai sentar para fazer uma consulta e investigar bem, aí a gente vai e descobre que o problema daquele usuário, daquela pessoa que tá vindo, fazendo uso do serviço contínuo, repetitivamente, várias vezes, no fundo no fundo tem aquele paciente ansioso, aquele paciente depressivo, que muitas vezes vem para procurar ajuda profissional médico mas nem sempre na primeira vez ele é bem acolhido, bem recebido” [Funcionário G de uma UBS, entrevista em 2021]

“quando eu comecei a perceber que chegavam muitos pacientes com transtornos que algumas vezes eu encaminhava e o paciente acaba voltando de novo - porque geralmente paciente vai acessar aquilo que é menos burocrático, ele vai chegar a você de qualquer jeito, então ele vai bater lá no CAPS, ele vai ser avaliado, vai ter a consulta dele marcada para daqui a dois meses e como ele ainda tá mal ele vai voltar para você” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

Ou seja, estes impactos percebidos na rede são desafios relacionados ao fluxo migratório, no entanto, a complexidade destes desafios – e de outros identificados – relacionam-se não só à nova configuração trazida pela migração e sobreposição com a pandemia da COVID-19, mas também por aspectos anteriores a eles quanto à efetiva implementação da RAPS e qualidade desta e pela violação de direitos humanos pelo Estado quando este não age, ou seja, falta com a sua responsabilidade de “realizar” direitos humanos, no caso em questão, tanto o direito à saúde dos migrantes e da população local, como a realização de condições de trabalho adequadas para os profissionais. Em se tratando da matriz de intervenção para situações de emergência, parece ter havido uma completa negligência, até certo ponto da situação de emergência, quanto a ações voltadas aos serviços de saúde e profissionais locais.

Apesar de o tema da xenofobia ter sido citada em mais da metade das entrevistas, não foi identificada nenhuma prática de SMAPS, pelos entrevistados, voltada a população brasileira para o combate desta. Isto pode relacionar-se ao fato de que tal tipo de atividade esteja inscrita dentro de outro campo de atuação, como o de proteção, mas não no da saúde mental ou ser realmente uma lacuna da resposta como um todo.

No entanto, nas diretrizes do IASC e no GIH-mhGAP, a palavra “xenofobia” não aparece, mas aparecem conceitos como violência e discriminação. Já na literatura acadêmica, a xenofobia aparece como um fator de risco à saúde mental da população refugiada e migrante, principalmente em seu significado estrutural, necessitando de um olhar que considere os aspectos psicossociais da mesma. Em estudos que analisaram indivíduos vivendo com HIV, por exemplo, a xenofobia foi considerada uma barreira no acesso a serviços médicos. Dentro do tema das barreiras aos serviços de saúde, estudos identificaram a xenofobia e discriminação associada como uma barreira na recepção de cuidados de saúde, incluindo discriminação por parte dos provedores, medo de represálias

do governo e dificuldades de comunicação por parte dos que procuram cuidados. Estudos relataram que a xenofobia foi associada a piores resultados de saúde mental, incluindo sintomas depressivos e ansiosos, e influenciando a integração cultural na comunidade e acesso a trabalho (Suleman & cols, 2018).

Sendo assim, se faz importante que o tema da xenofobia seja incorporado de maneira interdisciplinar com o campo da saúde e da proteção, contribuindo para uma maior integralidade da resposta com práticas que promovem bem estar e saúde mental a toda a comunidade, como sugerido nas diretrizes do IASC (2007), além de reduzir a violência institucional e xenofobia no SUS, como já vem sendo realizado em outras cidades que acolhem refugiados e migrantes (SMS/SP, s/d). Ademais, em tempos de pandemia, é importante direcionar ações que combatam a associação entre migrantes e doenças infecciosas, como é o caso da COVID-19, considerando os estudos que demonstram maior rechaço a imigrantes nestes contextos, como foi por exemplo, com a epidemia do Ebola (Ventura & col, 2016; Ventura, 2016).

Quanto a atuação das organizações internacionais tem contribuído para o fortalecimento dos serviços locais de atenção em saúde mental, o GIH-mhGAP reforça as emergências como oportunidades únicas, inclusive aos profissionais de saúde (OPAS, 2020). Essas oportunidades incluem o aumento da vontade política e dos recursos para abordar e melhorar os serviços de saúde mental tanto para a população deslocada como para a população local. Ambos guias também entendem que a resposta em SMAPS deve ser multissetorial para enfrentar as consequências, nas áreas social e de saúde mental, das emergências humanitárias e dos deslocamentos (IASC, 2007; OPAS, 2020). A OMS preconiza que se deve fortalecer as políticas e programas nacionais de saúde mental com a cooperação dos organismos internacionais, e incluir a população migrante e autóctone em um mesmo fluxo. Estes programas e políticas devem se preocupar tanto com os transtornos mentais quanto com questões mais amplas que promovam a saúde mental (OMS, s/d).

O impacto da presença das OIs percebido pelos profissionais da RAPS é positivo, em que estes últimos se sentiram apoiados e percebem a rede funcionando de maneira mais integrada, o que em parte se deu devido a apoios específicos das organizações envolvidas, em especial aquelas com projetos específicos de saúde mental.

De forma geral, foi possível perceber as seguintes pontos de contato com a rede local por parte dos profissionais de OIs: encaminhamentos para o SUS e SUAS (100%),

reuniões e contatos com as secretarias Municipal e Estadual de Saúde (50%); reuniões com gestão da rede local para favorecer o matriciamento⁶⁵ na RAPS (33,3%); oferta de treinamentos em tema de saúde mental para os profissionais locais (33,3%); facilitar o contato entre equipamentos da rede humanitária e da rede local (33,3%); e atuação dentro de unidade de saúde da rede local (16,6%). Já por parte dos seis profissionais da rede local entrevistados, foram identificados os seguintes pontos de encontro com a rede humanitária: fazem ou fizeram curso promovido por organização internacional (100%); recebem encaminhamentos de profissionais humanitários (50%); recebem contato direto de profissional humanitário para gestão de casos em conjunto (33,3%); recebem apoio direto de profissional humanitário no atendimento para facilitar o entendimento devido à diferença linguística (16,6%).

É válido destacar que apenas uma instituição tinha o mandato específico de conhecer a rede local e fortalecer os pontos frágeis de maneira sistemática, apesar de que outras organizações também faziam atividades de articulação com a rede local, mas não tinham isto como objetivo principal. Mas, em todas as entrevistas com profissionais humanitários (100%), percebeu-se a preocupação destes em fortalecer a rede de saúde local, independente de este ser mandato da organização ou não, e a percepção destes profissionais variavam quanto ao grau de efetividade da estratégia utilizada pela própria organização para que isso acontecesse na prática, o que aponta para uma mudança de cultura entre profissionais humanitários, que no caso destes nesta pesquisa, valorizaram o nexo da ação humanitária com cooperação para o desenvolvimento previsto na Agenda pela Humanidade (ONU, 2016).

Esta temática foi categorizada como “Contribuições para a rede local através da cooperação entre organizações internacionais e instituições do poder público” e apareceu como tema em 100% das entrevistas, inclusive nas dos profissionais de saúde da rede local. Foi dividida em duas subcategorias, de desafios e de práticas. Em relação aos desafios para a efetividade desta contribuição, identificou-se “urgência das demandas” (23%) e “vontade política” (7,6%) e, em relação às práticas, identificou-se “capacitações” (76,9%) e “apoio para o matriciamento” (76,9%).

Em relação às práticas que estão ocorrendo e sendo percebidas tanto pelos profissionais de organizações internacionais como pelos da rede local, em 76,9% das

⁶⁵ O Ministério da Saúde conceitua o matriciamento ou apoio matricial como “um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”

entrevistas em que este tema apareceu, foi ressaltada a importância destas ações, sendo identificadas como verdadeiros apoios para a rede. Essas capacitações, inclusive, foram identificadas como uma forma de sensibilizar sobre o tema da migração forçada e direitos humanos e promover empatia com as pessoas que migraram e buscaram atendimentos. Este impacto foi percebido pela profissional a seguir:

“isso eu achei que foi uma coisa bem válida, foi uma capacitação que nós recebemos que foi bem válida, porque a gente começou lá do início, (...) mas existia muita dificuldade aqui enquanto as equipes de saúde entender que são pessoas que vem e não vem porque querem, eles vem porque eles são obrigados, eles vem em busca de empregos, eles vem em busca de ... dizem que estão passando fome, eles vem porque não tem medicamento lá, então ninguém sai do seu país porque quer, pra vir passar dificuldade em outro país, eles vem porque existe uma crise humanitária onde eles sai de lá da sua nação em busca de melhoria.” [Funcionário G de uma UBS, entrevista em 2021]

Outro impacto percebido das capacitações foi em relação ao próprio apoio técnico em saúde mental. Este já tendo sido identificado como um *gap* na rede, como exemplificado pelos seguintes trechos:

“eu acho que um dos principais desafios é basicamente esse: o nível de capacitação da gente, né, a gente algumas vezes percebe que perante a essas situações a gente não está totalmente preparado... e quando eu falo preparado, eu não falo de medicação, de... eu falo de capacidade técnica mesmo, de poder reconhecer, de poder manejar e de poder tratar aquele paciente, seja ele venezuelano, seja ele brasileiro, seja ele haitiano” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

“creio que outro desafio também que se faz visível é que a própria formação dos profissionais não tinha em consideração recursos mínimos de saúde mental para enfrentar...” [Funcionário C de organização internacional, entrevista em 2020].

Inclusive, entre os anos de 2014 e 2019, houve apenas 9 consultas individuais para venezuelanos na atenção primária de Roraima. Este número tão baixo é desproporcional à necessidade da população de migrantes que vem de uma situação de emergência e se encontra em situação de vulnerabilidade social no estado. Isto pode apontar para um despreparo técnico, até então, de identificar e acompanhar situações que exijam cuidado em saúde mental na atenção básica. Até porque, durante estes anos, o campo da saúde mental também não foi identificado entre um rol de principais campos atendidas na atenção primária em consultas individuais para os brasileiros (Duarte, 2021).

Sobre a realização destas capacitações, foi dito:

“O município fez uma parceria com a [nome da instituição internacional] e ela [a instituição internacional] foi uma grande parceira nossa, até mesmo pra gente, nós fizemos uma capacitação que durou um ano... e a gente tá capacitando a atenção primária para estar recebendo esses casos de transtornos mentais leves (...) Então a [instituição] foi essencial nessa capacitação, melhorou bastante depois que a gente teve essa capacitação com a rede primária” [Funcionário L de um CAPS, entrevista em 2021]

“Mas essa capacitação ela foi essencial... (...) mas hoje, por exemplo, falando da [instituição internacional], com esse curso que eles trouxeram - que eles formaram não só pessoas capacitadas mas também fizeram aproximação da rede - e também deixaram pessoas capacitadas, eles deram um grande avanço na nossa RAPS. Poque realmente era isso que a gente necessitava nesse momento. Uma experiência ótima que a gente teve, é o que eu acredito porque eu acredito muito na educação, então se você deixa esses profissionais empoderadas e capacitados, independente de que um dia vocês possam ir, vocês vão tá deixando uma coisa que ninguém vai poder tirar deles, que seria o conhecimento né.” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

“A gente tá tendo um curso onde teve uma capacitação recente sobre suicídio, quem estava ministrando era o pessoal do [nome de outra instituição internacional] junto com o pessoal da [atenção] básica... isso daí é uma coisa que apoia a rede como um todo, não participa só a Básica, participa também os CAPS, participa também a emergência, o Coronel Mota que é o ambulatório de psiquiatria... então outros órgãos participam e o contato geral também fortalece a RAPS,” [Funcionário J de um CAPS, entrevista em 2021]

“a minha maior dificuldade era na parte de medicação mesmo do paciente, às vezes eu ficava insegura, às vezes eu dizia ‘Será que essa medicação tá certa’, e aí agora depois dessa capacitação da [nome da instituição internacional] eu perdi total medo, tenho total confiança das minhas percepções, das minhas condutas, dos meus encaminhamentos... foi uma capacitação que durou acho que foi dois anos né, (...) e eu aprendi muito com essa capacitação. (...) depois dessa capacitação eu tenho total confiança” [Funcionário G de uma UBS, entrevista em 2021]

Esta ação de capacitação da rede local está totalmente em acordo com a Matriz de Intervenção da IASC, que considera que na maioria das emergências, há uma lacuna entre os serviços de saúde geral e saúde mental e os apoios psicossociais (SMAPS) e esta lacuna deve ser minimizada. O fortalecimento da capacidade de sistemas de saúde nacionais para fornecer atenção à SMAPS em emergências é resposta de preparação para emergências (IASC, 2007). Em verdade, o Atlas da Saúde Mental de 2021 revela que há ausência de saúde mental na atenção primária não apenas em emergências, mas é a realidade de 75% dos Estados membro da OMS (OMS, 2021).

Novamente, no caso do fortalecimento das capacidades de Boa Vista, esta resposta ocorreu de forma sistemática com os serviços de saúde locais apenas com a chegada de uma organização que tinha este foco específico, três ou quatro anos após o início da emergência, o que aponta para uma invisibilidade ou negligência da saúde mental na emergência.

Inclusive porque esta invisibilidade parece se repetir também entre as organizações internacionais, principalmente aquelas cujos projetos não são de saúde mental. Em 50% das entrevistas com profissionais de OIs, a percepção de que o tema da

saúde mental é invisibilizado dentro das organizações internacionais, mesmo sendo demandado expressamente pela população de interesse, é presente:

“a principal que eu notei foi um total vazio, um vácuo para saúde mental... trabalhando na organização internacional, nós tínhamos uma série de protocolos e de referenciamentos de alguns casos de saúde, então eu sentia que existia um preparo maior para as equipes de proteção identificarem necessidades de proteção baseadas em saúde física - diabetes, pessoas com deficiência, estava muito descrito para uma pessoa que não era da área ia minimamente conseguir identificar que aquilo era uma necessidade de proteção básica né. Nas questões de saúde mental, para mim existia um apagamento... ela não é dita sabe, (...) existiram outros casos, uma depressão pós parto, algo nesse sentido, e as equipes que administram os abrigos, que cuidam desses espaços, vão ver como "ah, você fugiu da regra de conduta", mas que visivelmente essa pessoa tá em sofrimento mental, basta um profissional minimamente treinado pra entender que aquela pessoa tá com algum tipo de sofrimento e você precisa de um cuidado maior nesse gerenciamento que vai envolver referenciamento para saúde mental [Funcionário D de organização internacional, entrevista em 2021]”

“como eu da psicologia que fui contratado como assistente de proteção, (...) me vem a lembrança de quantas pessoas perguntavam se tinha atendimento psicológico. Então é algo que é demandado expressamente. Eu não estava lá no cargo de psicóloga, então eu não fazia esse tipo de atendimento, mas quando as pessoas descobriam que eu era psicóloga, parece que aquela notícia quase que vazava assim, então as pessoas começavam "tem uma psicóloga lá", "a gente tá atrás da psicóloga" então veio esse pedido de forma verbalizada mesmo, de receberam algum tipo de assistência psicológica.” [Funcionário E de organização internacional, entrevista em 2021]

Esta invisibilidade da temática da saúde mental nas próprias organizações internacionais aponta para uma falta de coordenação ou para uma coordenação ainda muito inicial, mesmo que após 4 anos de emergência, que inclua um responsável por atividades SMAPS que possa orientar os profissionais de organizações internacionais que trabalham no campo para um olhar diferenciado e articulação intersetorial, assim como integrar estes com atores locais.

A coordenação intersetorial de SMAPS deve incluir serviços sociais, educacionais, de proteção e saúde, bem como os representativos para as comunidades afetadas; deve também estar envolvida com a alimentação, proteção, segurança, abrigo, abastecimento de água e saneamento. Para garantir uma coordenação apropriada, é preciso diminuir a distância entre as ações de “saúde mental” e “ações psicossociais” (geralmente associadas, respectivamente, com os setores de proteção e saúde) e um caminho é através de um grupo único de coordenação intersetorial de SMAPS, incluindo atores tradicionalmente associados a ambos os setores de saúde e proteção, assim como representantes de ministérios (como ministros de saúde, bem-estar social e educação), as agências da ONU e ONGs (IASC, 2007). Segundo as diretrizes do IASC (2007), essa é a

maneira mais eficiente de reduzir a fragmentação e garantir que todos os aspectos de SMAPS, desde o apoio social na comunidade até o tratamento de transtornos mentais graves, sejam abordados de maneira integrada.

No contexto em questão, parece que esta coordenação intersetorial ainda não está totalmente articulada, em processo de formação, visto que só foram realizadas ações com os serviços de saúde e com lideranças comunitárias, não integrando outras equipes de outros serviços locais nem de organizações internacionais. No entanto, foi dito que esta articulação mais frágil ocorreu devido ao atravessamento pela pandemia da COVID.

“A gente iria fazer a capacitações com profissionais da rede de assistência social, da rede de educação e trabalhadores humanitários também, mas devido à pandemia de COVID a gente precisou redesenhar (...) então foram feitas, no caso da promoção de crianças e adolescentes, capacitações com lideranças comunitárias também para implementação de atividades de promoção de SM em 10 abrigos... então a gente tá atuando em parceria com o [nome de outra organização internacional]” [Funcionário A de organização internacional, entrevista em 2020]

Ao mesmo tempo, o membro do subcomitê de saúde da Operação Acolhida pondera que já há esforços para coordenar formalmente as atividades que ocorrem em campo, não especificamente sobre SMAPS, mas de forma geral, desenvolvidas pelas organizações internacionais e da sociedade civil, deixando-as mais integradas com o poder público, ao passo que esta coordenação ainda não estava, à época da entrevista, totalmente afinada e foi também freada pela pandemia do coronavírus:

“operações realizadas pelos organismos internacionais elas têm sido um braço estratégico para a garantia da execução da própria operação [Acolhida]. Essa atividade que vem sendo feita pelas principais agências das Nações Unidas elas estavam sendo desenvolvidas muito pela proatividade de cada uma delas, (...) e mais recentemente nós iniciamos um processo juntamente com as organizações internacionais de coordenação das atividades. (...) E essa atividade [de coordenação] ela foi materializada pelo sistema Nações Unidas com a incorporação de uma plataforma, inclusive de financiamento, que agrega as diversas linhas de financiamento que estão sendo colocadas e disponibilizadas (...) Então as ações tem que seguir determinadas regras e orientações que são constituídas em parceria com o governo... então houve um processo de construção de coordenação da ação humanitária praticada pelas organizações internacionais. (...) Esse foi um ponto de atenção que a gente levantou ano passado, e a gente não conseguiu dar sequência nele esse ano por conta do Covid, que é a proatividade - todos têm proatividade, todos querem desenvolver projetos e ações - mas existe pouca coordenação dessas iniciativas e dessas ações formuladas no âmbito do território. Você tem várias iniciativas acontecendo e muitas delas não estão articuladas com o poder público local. (...) Então existe uma necessidade de se coordenar cada uma dessas ações... Existem muitos agentes dentro do Estado de Roraima com base no foco venezuelano, mas a gente tem ainda dificuldade de promover essa coordenação... isso é um ponto de atenção que a gente gostaria de ter avançado um pouco mais esse ano. [membro do subcomitê de saúde da Operação Acolhida, entrevista concedida em 2020]

Ou seja, a articulação entre OIs e rede local, tal como com instituições do Poder Público, não está totalmente afinada, nem para atividades de SMAPS nem a nível geral, mas é um ideal que tem sido buscado, o que concorda com a mudança de paradigma do campo da Ação Humanitária que não basta apenas responder à necessidade imediata de uma população de interesse, mas sim integrar os diversos níveis para que os recursos sejam bem aproveitados e haja uma melhora a curto, médio e longo prazo para a comunidade como um todo (ONU, 2016; Conselho da União Europeia, 2017).

Ainda sobre a questão da invisibilidade do tema de saúde mental em emergências, chama ainda mais atenção o fato de esta se mostrar também em organizações cuja população-alvo seja “migrantes sobreviventes de violência”, uma vez que os profissionais de organizações internacionais citaram a violência como a principal demanda para os serviços SMAPS. Sobre isso:

“[sobre a resposta em casos de violência baseada em gênero] me parece que esse direito não é visto como um problema de saúde mental, a medida protetiva fica fora desse eixo... é visto que precisa checar a saúde física mas a psicológica não é tão considerada... e não vou culpabilizar o sistema em si, pois o número e a demanda é tão alta que acaba naquilo de prioridade - é checada a proteção, o risco, e aí sim começa a checagem de questões psicológicas (...) Existem dois problemas: a conscientização de que (a VBG) é um problema de saúde mental também e a falta de vaga, de espaço, para dar conta de tantos e tantos casos.”
[Funcionário B de organização internacional, entrevista em 2021]

E um outro trecho que traz uma percepção oposta mas também problemática em se tratando de saúde mental:

“Eu só escutava falar de Saúde Mental em algumas situações: uma, "você precisa de psicólogos se você sofreu violência sexual", isso era resposta a violência sexual, eu sentia muito forte essa difusão das respostas possíveis e que saúde mental era uma coisa importante (...) mas que tinham outros termos, e com isso se dá outro peso, (...) várias estratégias são de SMAPS mas que não são faladas e não são pensadas por profissionais de saúde mental também ou não tem o olhar... eu entrei nesse meu trabalho também, acho que isso é importante falar, não porque eu era psicóloga mas porque eu fiz o mestrado em direitos humanos, entende... eu era a única profissional psi da minha equipe toda e estando lá dentro eu sei que eu consegui mudar isso pouco, eu sei que eles contrataram psicólogos e desenvolveram uma estratégia de saúde mental depois, assistentes sociais também, e que ficou mais robusta e que se nomeou melhor, mas eu sei que eu participei disso, sabe...”

Neste último trecho, mesmo que profissionais de saúde mental (como psicólogos) tenham sido citados, parece que a violência baseada em gênero é abarcada, no contexto estudado, apenas desde uma perspectiva de proteção, não estando integrada com a RAPS e nem com a perspectiva ampliada de saúde mental, e que se utiliza termos paralelos para nomear o problema, evitando o jargão “saúde mental”. De fato, parece

haver uma falta de direcionamento desta temática a nível de planejamento e coordenação por parte de profissionais de saúde mental, estes estando restritos, principalmente, ao campo da assistência dos serviços.

Reforça-se, novamente, que uma coordenação intersetorial de SMAPS atrelada a nível de coordenação geral da resposta poderia trazer caminhos para a presença de ferramentas de promoção de bem estar em todas as atividades, tal como favorecer a mobilização comunitária e a visibilidade da saúde mental e consequentes práticas e soluções para problemas induzidos pela emergência, como o aumento do índice de violência e xenofobia. A saúde mental tem como uma de suas ferramentas metodologias de grupos de ajuda e suporte mútuo.

Sobre a mobilização comunitária, a identificação das potencialidades comunitárias e individuais, através do mapeamento dos recursos disponíveis, que podem ser funcionários do governo local, líderes comunitários e religiosos, agentes de saúde, serviços disponíveis, famílias e indivíduos que participam de redes de apoio das pessoas atendidas é um passo importante. Este ponto é essencial nas diretrizes do IASC a fim de não permitir que as pessoas ou comunidades afetadas sejam colocadas apenas no lugar de vítimas ou sejam uma força contraproducente. A capacidade de resolução criativa dos indivíduos e das comunidades deve ser tomada em conta, a fim de que estes possam também fazer parte da resposta e da possível solução para seus problemas (IASC, 2007) e a promoção de atividades que melhorem o apoio familiar e comunitário para todos, principalmente os membros marginalizados da comunidade, deve ocorrer inclusive nos serviços de saúde (OPAS, 2020). No entanto, estas metodologias de suporte comunitário mútuo foram citadas em apenas duas entrevistas, referindo-se a população de venezuelanos (15,3%), e a mobilização comunitária incluindo também a população brasileira em apenas uma (7,6%).

Voltando às práticas de contribuições com a rede local, o processo de apoio ao matriciamento foi identificado como uma resposta efetiva à dificuldade prévia da rede de articulação de seus pontos de atenção, como exemplificado a seguir:

“a gente tem uma RAPS básica que foi construída muito novinha agora em 2011, aonde ela tá sendo constituída ainda de acordo com essa realidade, então Boa Vista ainda estava nesse contexto de existir os pontos de atenção, mas que ainda não se comunicavam entre si. Então sobrepondo a isso com essa rede surgindo e tentando se organizar, vem a imigração” [Funcionário G de uma UBS, entrevista em 2021]”

“eu vejo precário, por causa da saúde mental que não tá bem estruturada no nosso município, a RAPS infelizmente não está bem estruturada... a gente tá ainda definindo muita coisa quando já deveria estar lá na frente” [Funcionário I do ambulatório de psiquiatria de hospital, entrevista em 2021]

“então eu acho que um dos principais desafios que a gente tá tentando vencer agora nesse momento é essa comunicação entre a gente, e quando eu falo entre a gente eu falo entre os pontos de atenção, não só entre os pontos de atenção que compõem a RAPS, mas também os intersetoriais como os CRAS, os CREAS, casa da Saúde da Mulher, as próprias casas lares, ou seja, nesses centros de atenções o nosso maior desafio é a gente ter essa conexão entre a gente, né” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

O impacto deste apoio foi evidente para os profissionais como algo que contribuiu para a melhor operacionalidade dos serviços e efetividade.

“E aí a [nome da instituição internacional] começou um trabalho aqui pra matriciamento na saúde mental. Isso facilitou um pouco nosso trabalho porque trabalhou de forma geral do município de Boa Vista tentando organizar o matriciamento, e isso fez com que os profissionais de saúde saíssem da sua zona de conforto e percebesse a dimensão da necessidade de tratar o paciente de saúde mental e meio que a gente começou a ver que a rede não funciona e que a gente é que tem que organizar essa rede. (...) e agora a gente consegue encaminhar esse paciente com maior responsabilização - agora a gente sabe pra onde encaminhar, pra quem encaminhar, quando encaminhar...” [Funcionário G de uma UBS, entrevista em 2021]

“A atenção básica aqui não se responsabilizava por atendimento em saúde mental de nenhuma categoria... atendeu, viu que era saúde mental, mandava ou pro ambulatório ou pros CAPS, não faziam nenhum tipo de acompanhamento, era só encaminhamento mesmo e até para encaminhar eles tinham dificuldade de diferenciar pra onde encaminhar. Os médicos não faziam prescrição das medicações mais básicas e tudo... (...) As pessoas não conseguiam na saúde mental aquela estratificação de gravidade que existe na saúde como um todo, casos leves, casos moderados, casos graves e muito graves, então eles não conseguiram entender isso – saúde mental pra eles era tudo uma coisa só e responsabilidade do psiquiatra do CAPS ou do ambulatório... e aí acho que ajudou nesse sentido de trazer mais a consciência deles pra responsabilidade deles no atendimento em saúde mental, e pra nós de CAPS, acho que trouxe essa proximidade com eles, e também foi uma capacitação que favoreceu a implantação das reuniões de matriciamento, que a gente também já tentava há muitos anos e não tinha nenhuma resposta (...) então acho que ajudou nesse sentido: capacitar um pouco mais, chamar atenção da atenção básica, articular mais a básica e a especializada através do processo de matriciamento, que ainda não funciona de forma satisfatória mas está engatilhando.” [Funcionário K de um CAPS, entrevista em 2021]

Ou seja, mesmo que os serviços estivessem acessíveis e disponíveis para os indivíduos, não era suficiente, a articulação entre estes é essencial desde o ponto de que a saúde (mental) é multifatorial, o que requer a articulação entre diversos serviços e instituições. Esta articulação entre profissionais e serviços ficou mais fortalecida a nível formal, o que se espera que esclareça os fluxos entre os serviços, diminuindo o risco de o usuário ser perdido no sistema, e em tempo de pandemia, mitigando risco de contágio por COVID-19. Sobre isso:

“para entender que aquele paciente ele pode ser distribuído na rede dependendo da gravidade da situação, e isso ajuda na dinâmica para que ele fique sendo acompanhado no serviço correto e não fique peregrinando pelos serviços, pois acontece muito isso. (...) Isso ajuda o paciente a peregrinar menos, e até

correr menos risco de pegar COVID e de ficar mais exposto, de gastar mais dinheiro, né e ele já fica no serviço correto fazendo atendimento.” [Funcionário J de um CAPS, entrevista em 2021]

Também o fortalecimento do matriciamento tem potencial de reduzir o personalismo entre os serviços e a carga mental do profissional da ponta ao fazer um encaminhamento. Este foi um ponto relevante visto que em quatro entrevistas (30,7%) os profissionais apontam que essas articulações entre profissionais da rede local, ou entre estes e humanitários, muitas vezes ocorrem através de fluxos não formalizados, de “quem conhece quem”, o que foi categorizado como “personalismo nas articulações entre serviços”. Mas este matriciamento deve ser acompanhado pelo incremento de bens e recursos adequados para a realização do matriciamento, como ilustra a fala a seguir:

“aqui eu vejo muito assim: faltam muitas vezes instrumentos institucionais, telefone, email, internet, e a gente acaba tendo que se comunicar de quem conhece quem, através de telefones pessoais, enfim... (...)Essa semana a gente recebeu uma pessoa que trabalhava em um desses abrigos e aí a gente precisou articular com a Casa da Mulher Brasileira, eu acho que foram sete telefones diferentes, de uma pessoa que era da outra pessoa que não tava mais lá, e passava de outra pessoa e aí foi foi foi até a gente conseguir o contato. Isso é mais ou menos a realidade... e aí quando a gente trabalha com uma demanda grande de atendimentos, não é todos os casos que a gente dispõe de tempo pra ficar rodando atrás de várias pessoas e aí a articulação se perde mesmo nesse processo.” [Funcionário K de um CAPS, entrevista em 2021]

Neste sentido, o trabalho demonstrou que estas atividades de capacitações e apoio ao matriciamento convergiram com a noção de que as crises também são oportunidades de aprimoramento para os sistemas de saúde local presentes nos manuais analisados. Estas atividades só foram possíveis através de um trabalho conjunto com as secretarias de saúde (municipal e estadual), o que revela a eficácia de uma articulação que inclui os órgãos e representantes locais, recomendada pelas diretrizes do IASC e pelo GIH-mhGAP.

É importante destacar que apenas com o fortalecimento da rede local em seu sentido de recursos humanos e operacionais, fluxos de trabalho e estruturação de serviços é que a comunidade local usufrui também das respostas à situação migratória, pois uma rede mais capacitada e mais integrada em seus níveis de atenção beneficia a todos (IASC, 2007; OPAS, 2020).

Não ocorrendo esta contribuição voltada à rede local, pode haver o risco de contribuir para uma “fantasia” da população local, e mesmo nos profissionais de saúde, de que os organismos internacionais estão ali pelos “outros” e eles mesmos, que sobrevivem há décadas dentro de um sistema de saúde limitado e empobrecido, como era

a percepção dos profissionais da rede entrevistados, com seu direito à saúde não garantido, estão sendo mais uma vez deixados de lado, o que pode levar a discricionariedade de atendimentos e contribuir para o aumento da xenofobia institucional.

Ainda, ressalta-se que nesta pesquisa foi identificado que o maior ponto de contato entre as redes era sob a lógica do encaminhamento unilateral: das organizações internacionais para os serviços da RAPS. Este encaminhamento só faz sentido se houver como trabalho paralelo o fortalecimento da rede local e aumento da capacidade desta, como foi o caso neste contexto que houve capacitações e apoio para matriciamento, visto que o encaminhamento não garante a qualidade do atendimento, nem a permanência do beneficiário no serviço.

Justamente, em pesquisa realizada com 53 organizações da sociedade civil que atendem pessoas em situação de refúgio e migrantes, sendo que a maioria atua há mais de 5 anos, as organizações não governamentais que atendem o público migrante e refugiado em SMAPS no Brasil apontam que uma das grandes dificuldades é o encaminhamento para serviços públicos de saúde - apesar de ser a atividade mais realizada de forma geral - tanto pela questão da falta de informação deste público sobre seu direito à saúde e acesso a serviços como pela falta de preparo dos profissionais quanto ao domínio de outro idioma ou sensibilidade para compreender divergências culturais e exercer uma prática crítica de descolonização dos saberes (OIM & Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021).

Além disso, a percepção geral das organizações não governamentais que atendem refugiados e migrantes no Brasil em SMAPS é que a oferta de atendimentos públicos nesta área está abaixo da demanda (OIM & Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021). Soma-se a isso o fato de que os estados do norte do Brasil, onde há maior contingente da população venezuelana migrante, sofrem de maneira crônica por uma menor oferta de serviços em saúde (Ribeiro & col, 2018), e em Roraima não é diferente. Ao mesmo tempo, as regiões com maior número de organizações da sociedade civil que atendem refugiados e migrantes quanto à saúde mental e apoio psicossocial concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, aumentando ainda mais esta desigualdade (OIM & Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021). Inclusive, as organizações apontam que uma das grandes dificuldades é o encaminhamento para serviços públicos de saúde - apesar de ser a atividade mais realizada - tanto pela questão da falta de informação deste público sobre seu direito à saúde e acesso a serviços como pela falta de preparo dos profissionais

quanto ao domínio de outro idioma ou sensibilidade para compreender divergências culturais e exercer uma prática crítica de descolonização dos saberes (OIM & Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021).

Nesta pesquisa, mesmo que apenas dois entrevistados tenha citado como rol de atividades da organização a capacitação (mas há que se considerar que a amostra da pesquisa é pequena e que outras organizações do contexto também podem ter atuado em parceria com a rede local), os ganhos para a rede local parecem ser relevantes, apesar de não darem conta de todos os problemas pré-existentes ou induzidos.

Além disso, as atividades de apoio a rede local também foram atravessadas por desafios. O primeiro citado foi nomeado como “vontade política”. Mais sobre este ponto a seguir:

“o que acontece é uma dificuldade de percepção dessa importância da participação dos organismos internacionais por parte do sistema de saúde, principalmente em Roraima. Um exemplo prático disso: a gente escuta muito em Roraima antes da vinda dos venezuelanos, a situação do Estado era melhor - nem todos falam muito isso - mas que era uma condição que agora com os venezuelanos a situação do serviço de saúde piorou bastante. Então eles atribuem aos venezuelanos essa responsabilidade. Mas no mesmo momento em que a gente tem condições de oferecer, em função da vinda dos venezuelanos, melhorias no sistema de saúde, órgãos corporativos, por exemplo, em Roraima, impedem o exercício da prática de profissionais de saúde de outros países ou até mesmo venezuelanos que poderiam ajudar a nível local a enfrentar as especificidades decorrentes desse fluxo de pessoas que passou a ter para Roraima. Então na mesma medida em que se identifica o problema e associa-se ele aos venezuelanos, você tem também um rechaço do ponto de vista das estruturas políticas locais de querer utilizar esse mesmo problema como solução... o que leva o deslocamento, também leva os organismos internacionais, leva dinheiro, leva projetos internacionais que poderiam ajudar a todos, não apenas os venezuelanos, e muitas vezes a gente percebe que as autoridades locais não tem essa percepção e não tem interesse em explorar essa possibilidade. Isso é uma coisa. (...) Então tem problemas de ordem política que diminuem a organização e funcionamento de projetos ou iniciativas que possam melhorar condições saúde mental das pessoas lá”.
[membro do subcomitê de saúde da Operação Acolhida, entrevista em 2020]

Em relação à urgência das demandas, esta foi ponderado nas entrevistas como uma sensação de “apagar incêndio”, ou seja, práticas que pouco contribuem para uma mudança de cenário a longo prazo, o que contraria a preocupação dos profissionais das organizações internacionais em contribuir de maneira sustentável e estratégica com a rede local.

“Nós estamos aqui para o que você falou, né, para fortalecer os equipamentos públicos... fortalecer e desafogar! (...) Mas confesso para você que a gente precisa discutir mais sobre isso, separar um tempo para pensar... é tanta demanda, tanta correria, tanta coisa que a gente precisa fazer... é tão dinâmico, tão intenso, que às vezes a gente não consegue separar um tempo para pensar em soluções duradouras né que

sejam ações e sementes que a gente plante que realmente venham possibilitar à cidade e a todos os seus moradores, sejam migrantes ou nativos, caminharem com autonomia de tal maneira que o sistema público tá tão fortalecido que não precisa mais de tanto suporte extra... são discussões que a gente precisa fazer mas não têm sido feitas devido a essa avalanche que é todos os dias, tanto pra mim como pra eles também [do sistema público]... coisas específicas, demandas altíssimas e atividades variadas que demandam muita atenção e dedicação... (...)” [Funcionário B de organização internacional, entrevista em 2021]

“Do ponto de vista das agências, existe sim um interesse muito grande em desenvolver mas a impressão que eu tenho é que elas estão hoje muito focado nos problemas diários da administração da emergência humanitária né, então tem gente que chega indocumentada que precisa ser documentada, famílias que chegam desagregadas e que precisam ser reunidas... então são problemas muito pontuais que gastam uma energia dos profissionais que estão ali na linha de frente muito grande... e você não tem condições de construir estratégias mais abrangentes, mais ampliadas por conta disso. Não que o problema sejam eles, de fato é que o contexto - acho que isso é uma responsabilidade muito nossa da coordenação da Operação Acolhida de poder capitanear o uso e os serviços desses profissionais e a gente sempre esbarra com o interesse local de poder de não querer desenvolver atividades com esses organismos” [membro do subcomitê de saúde da Operação Acolhida, entrevista em 2020]

Nesse sentido, mesmo que algumas práticas de fortalecimento dos recursos (comunidade e lideranças locais) e serviços já existentes ocorram, estas não foram suficientes e mais ações de mobilização comunitária e de capacitação e fortalecimento para os técnicos locais são necessárias. Inclusive porque a preocupação com o fato de que as instituições são passageiras foram identificadas em todas (100%) as entrevistas com profissionais das organizações internacionais:

“as instituições elas são passageiras, era essa questão (...) Eu acho que dá sim o apoio pra aliviar a rede de saúde mental, os equipamentos públicos, no primeiro momento da emergência, faz total sentido, só que com o passar do tempo "e aí, né, vai continuar?" (...) e aí essas instituições vão embora, já não tem mais financiamento para ficar ali, então essa é uma das fragilidades quando a resposta não é forte também no Estado, que é quem vai continuar e quem deve responder essas demandas. (...)” [Funcionário D de organização internacional, entrevista em 2021]

“forçar o Estado a responder, afinal é obrigação do estado, e sem falar que querendo ou não essas organizações a ideia é que seja passageiro, o que é mais um motivo para não ficar na responsabilidade das organizações” [Funcionário E de organização internacional, entrevista em 2021]

De toda forma, a presença das organizações internacionais foi citada explicitamente como trazendo benefícios para a população de interesse destas, ou seja, o público migrante venezuelano, em 66,6% das entrevistas. Esta percepção esteve presente em 50% das entrevistas com os profissionais locais, na entrevista como o membro do subcomitê de saúde da Operação Acolhida, e em 50% das entrevistas com profissionais de organizações internacionais.

Estes benefícios para a população de interesse foram categorizados como: garantem o atendimento, mesmo que fora dos serviços locais (aparece em 33,3% das entrevistas com profissionais de organizações internacionais e em 16,6% das entrevistas com profissionais da rede local); organizações internacionais favorecem a sensibilidade para o multiculturalismo e especificidades da migração (aparece em 16,6% das entrevistas com profissionais de organizações internacionais e em 33,3% das entrevistas com profissionais da rede local); incidência política para garantia do acesso desta população aos serviços locais (aparece em 33,3% das entrevistas com profissionais de organizações internacionais); organizações internacionais facilitam o acesso dos beneficiários à rede local (aparece em 16,6% das entrevistas com profissionais de organizações internacionais e em 16,6% das entrevistas com profissionais da rede local); organizações internacionais facilitam o acesso a atividades de SMAPS com mais qualidade (aparece em 16,6% das entrevistas com profissionais de organizações internacionais e em 16,6% das entrevistas com profissionais da rede local); e identificam as necessidades da população de interesse (aparece em 16,6% das entrevistas com profissionais de organizações internacionais).

A seguir destaca-se algumas falas sobre este tema:

“tem lugares que a gente não consegue chegar e eles [as organizações internacionais] chegam nestes lugares e trazem pessoas que precisam do nosso cuidado.” [Funcionário J de um CAPS, entrevista em 2021]

“[Falando sobre aproximações com organizações internacionais] Com certeza, quanto mais contato a gente vai tendo mais conhecimento a gente tem da situação, como eu te falei no início, quando começou essa crise migratória era tudo muito novo pra gente, então a gente ter conhecimento da importância de estar acolhendo esse público, de estar tentando entender a questão da língua, da cultura... da mesma forma que a gente quer ser respeitado a gente respeitá-los também (...). e mesmo que a gente já tenha vencido muitos desafios a gente sempre tem algo pra vencer e ir se adaptando”. [Funcionário L de um CAPS, entrevista em 2021]

“No cotidiano se vê que o acesso não está garantido, por isso nos mantemos presentes (...) mas é delicado, sabemos que como organizações não podemos cobrir o que o Estado deveria cobrir” [Funcionário C de organização internacional, entrevista em 2020]

Outras atividades de saúde mental e apoio psicossocial realizadas pelos profissionais humanitários, que não necessariamente tem ponto de conexão com a RAPS são: atendimentos psicológicos individuais de caráter emergencial (consulta única ou poucas sessões) (50%), facilitação de acesso a recursos básicos (cesta básica, cartões de alimentação, itens de higiene, roupas etc) (33,3%), mediação de grupos de suporte mútuo (33,3%), reconhecimento de território e pesquisa de necessidades (33,3%), busca ativa de pessoas em situação de sofrimento mental (16,6%) e capacitações com lideranças

comunitárias quanto a temas de saúde mental (16,6%). O conjunto destas atividades em paralelo com as aquelas realizadas junto com a RAPS estão em acordo com a pirâmide de intervenção de SMAPS em situações de emergências, visto que esta promove o apoio em quatro níveis complementares: serviços básicos e segurança, apoio comunitário e familiar, suporte não especializado e serviços especializados. O primeiro nível, a base da pirâmide, requer proteger o bem-estar de todas as pessoas através do (re)estabelecimento da segurança, de uma governança adequada e de serviços que atendam às necessidades físicas básicas (alimentação, abrigo, abastecimento de água, serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis) (IASC, 2007). Neste nível, a pesquisa identificou as atividades de facilitação de acesso a recursos básicos (cesta básica, cartões de alimentação, itens de higiene, roupas etc) encaminhamento aos serviços de saúde e de proteção social, reconhecimento de território e pesquisa de necessidades e busca ativa de pessoas em situação de sofrimento mental.

O segundo nível, apoio a comunidades e famílias, representa respostas que direcionam as pessoas para terem acesso aos principais serviços de apoios da comunidade e famílias (IASC, 2007). Nesse nível é importante que os atores envolvidos estejam atentos para que suas ações não enfraqueçam a comunidade ou apoio tradicional (OMS, s/d), ao contrário, deve-se preocupar em fortalecer os recursos existentes, propondo o protagonismo para profissionais da comunidade e líderes culturais locais através de um fluxo aberto de comunicação e transparência, incluindo-os nas atividades de fortalecimento comunitário. Neste nível, a pesquisa identificou as de mediação de grupos de suporte mútuo e capacitações com lideranças comunitárias quanto a temas de saúde mental.

Em relação aos dois últimos níveis de atenção em SMAPS, o terceiro nível representa o apoio necessário para pessoas que também precisam de mais intervenções concentradas no nível individual, familiar ou de grupo por parte de profissionais da saúde treinados e supervisionados mas que não são especialistas em saúde mental. Exemplos do terceiro nível identificados nesta pesquisa foram a capacitação com os profissionais locais em temas de saúde mental e o apoio ao matriciamento. Já o quarto nível, o topo da pirâmide, refere-se ao apoio especializado por profissionais especialistas em Saúde Mental, Psiquiatria e Psicologia para as pessoas com transtornos mentais graves. No caso da pesquisa, foram identificados as atividades de encaminhamento para serviços

especializados (CAPS, enfermagem psiquiátrica e outros) e atendimentos psicológicos individuais de caráter emergencial.

Ou seja, a presença das organizações internacionais atuando nestes quatro níveis contribui de maneira imediata para a promoção, em algum nível, do direito à saúde da população migrante. Ressalta-se novamente que a amostra desta pesquisa é pequena diante da quantidade de organizações atuantes em Boa Vista e que outras ações de SMAPS devem estar presentes no território mas não compuseram esta pesquisa. Sendo assim, ela não traz um panorama geral da situação de SMAPS mas aponta alguns caminhos de discussão e aprimoramento desta no contexto em questão.

Sobre a percepção dos profissionais entrevistados sobre este direito, foi mencionado que este é universal (46,1%), dever do Estado (15,3%), deve promover equidade (15,3%), é ferramenta que contribui para a proteção da pessoa (7,6%) e é interdependente a outros direitos (7,6%).

A percepção de como este direito se efetiva na prática para os migrantes e refugiados, houve respostas em duas direções: a de que conseguiu-se promover o direito à saúde em sua dimensão de acesso a políticas de saúde por estas pessoas nas mesmas condições que os brasileiros acessam, com a crítica de que nem para os brasileiros este direito é gozada com plenitude, e a de que esta população, apesar de ter o acesso garantido pela Constituição Federal, muitas vezes o tem negado pelos serviços ou usufruem destes com menor qualidade devido aos obstáculos que enfrentam (idioma, xenofobia etc). A acessibilidade foi a dimensão do Direito à Saúde mais comentada pelos participantes da pesquisa.

Abaixo, algumas falas dos participantes:

“e eu acredito que dentro das possibilidades o Brasil conseguiu fazer com que esse direitos valessem mas, assim, não ia ser diferente do que é para o brasileiro... é capenga mesmo. A gente vem de um sistema de saúde que a gente sabe que tem que enfrentar fila, que tem déficit de profissionais que são especialistas, a gente vem de um SUS que (...) ele é universal (...) dentro do que a gente pôde a gente deu (...) claro que existiu filas maiores até porque a demanda era muito maior (...)mas eu sim acredito que dentro das possibilidades de Boa Vista, de Roraima, do Brasil esses direitos foram respeitados” [Funcionário H de uma UBS, entrevista em 2020]

Por outro lado, também apareceu nas entrevistas que:

“fui acompanhar e constatei tudo aquilo que já tinha ouvido, que quando eles vão sozinhos encontram várias formas de negar mas se chega com a equipe, parece que o negócio desenrola melhor, e nesse dia a gente conseguiu, por exemplo, cartão do SUS que tinha sido negado, né... não só foi negado o atendimento mas foi negado também gerar o cartão do SUS(...) De alguma forma elas tem isso em seus

imaginários, que elas podem negar. Então penso que ainda assim falta informação, ainda assim é necessário estar reforçando algumas informações... então acho que tem esse elemento xenofóbico que diz que pode ser priorizado e quem não pode. (...)” [Funcionário E de organização internacional, entrevista em 2021]

“Agora, que esse direito seja efetivo, (...) aí tem outros obstáculos que são esses: se o sistema não identifica número suficiente de recursos (...) eu não vou poder usufruir desse direito, mesmo que esteja na lei e eu cumpra os requisitos (...), se não dou um pouco de abertura para pensar que se eu quero garantir esse direito talvez eu tenha que ter uma estratégia local pontual para manejar a brecha do idioma, nem sempre vou garantir que as pessoas acessem porque não podem entender o idioma. Não é sua responsabilidade [do Estado], é verdade que não é, mas é também pensar como eu não ponho obstáculos para o acesso. (...) Então na realidade esse acesso é mais difícil pela limitação do sistema mesmo (...)” [Funcionário C de organização internacional, entrevista em 2020]

Em Boa Vista, foram mapeados, no período de 2019 a 2021, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), um CAPS II e um CAPS III, um CAPS AD III, uma unidade de acolhimento (MS, 2021), 35 unidades básicas de saúde, e um hospital geral, com enfermaria especializada e onze leitos para situações de saúde mental (MS, 2021). É válido destacar que Boa Vista não possui CAPSi.

De acordo com o documento da OPAS para acesso universal à saúde, este implica facilitar o atendimento da população migrante nos serviços de saúde, o que requer que, além de abordar os determinantes sociais de saúde, também eliminar as barreiras de acesso aos serviços, como o idioma, as diferenças culturais, a discriminação e a falta de informação (OPAS, 2016).

Considerando o levantamento dos serviços da RAPS no município, há a disponibilidade dos serviços proporcional à população, mas a acessibilidade é questionada considerando os desafios práticos que se impõe a população migrante (discriminação, idioma, etc) e a aceitabilidade, quanto à incorporação de padrões culturais que atenda a população sem discriminação, ainda é uma questão que foi apontada em 23,07% das entrevistas como uma falta de abertura para o multiculturalismo, e tanto a aceitabilidade como a acessibilidade impactam na qualidade do atendimento. Sendo assim, apesar da universalidade estar prevista em lei (Brasil, 1990), ela não tem acontecido na prática de maneira sistemática e padronizada.

Os fluxos migratórios intensos são um exemplo que apontam para a importância de se lutar pelos sistemas universais sem distinção de classificações jurídicas ou graus de cidadania, uma vez que a garantia do direito à saúde não deve acontecer a partir do momento que o migrante tem seu status de refugiado reconhecido – que pode demorar anos -, mas sim a partir da proteção à pessoa, independente de quem seja e como tenha

chegado até ali, uma vez que isto não sendo feito, aumenta-se o risco em saúde para toda a comunidade, não só a de migrantes, visto que a insegurança dos migrantes e medo de deportação, devido a *status* jurídico, pode ter o impacto de diminuir a procura por serviços de saúde governamentais e com isso dificultar o mapeamento e diagnóstico de potenciais ameaças de saúde para a comunidade (Ventura & col, 2019).

É importante incluir populações migrantes e autóctones dentro de um mesmo fluxo de serviços, a fim de promover a igualdade e a não discriminação. A continuidade da população migrante em serviços paralelos de organismos internacionais, apesar de estes aliviarem a necessidade dos beneficiários com maior sensibilidade e preparo técnico para o multiculturalismo e idioma, como percebidos por 16,6% dos profissionais de organizações internacionais e por 33,3% das entrevistas com profissionais da rede local, a longo prazo podem contribuir para a segregação social, marginalização de grupos étnicos, aumento de xenofobia, além de ser um desvio de responsabilidade governamental, uma vez que os governos devem ser os principais responsáveis pela garantia dos direitos humanos dos indivíduos que estão dentro de suas fronteiras.

Uma vez que responder a situações de emergência está incluído no compromisso do Brasil de cooperação internacional, esta cooperação só é realmente possível através do investimento interno para uma estabilidade positiva do sistema local, nos municípios e estados, e esta estabilidade positiva permite a universalidade e a preparação para situações de emergência com mais agilidade. Caso esta estabilidade positiva não esteja presente, o direito à saúde da população já não está sendo preservado, e pode contribuir para um contexto duplamente hostil, com disputas entre população local e migrante e entre rede local e organizações internacionais.

Além disso, a saúde tem realçado a conexão entre as partes de uma sociedade que, apesar de suas fronteiras geográficas, é global, ou seja, a saúde tem adquirido um status de internacionalidade – como um bem público internacional – uma vez que a situação de saúde no país vizinho impacta a saúde na comunidade local. É inviável pensar que os países da América Latina hajam como mecanismos separados, e cada vez mais os documentos sobre saúde e direitos humanos, como “La salud y los derechos humanos” (2010), La Salud de los Migrantes (2016), dentre outros, a fim de estancar desafios da região, devem ser positivados. Um novo paradigma baseado na solidariedade, justiça social e fraternidade deve ultrapassar as fronteiras para contribuir com o bem estar e equidade na região americana. Acordos bilaterais entre Brasil e países vizinhos já

acontecem a fim de favorecer populações fronteiriças, o que sinaliza que as fronteiras podem e devem ser locais de ocupação (Martini & col, 2018). Fortalecer mecanismos de saúde nesses espaços são também formas de estar preparado (ou menos despreparado) para o fenômeno da migração em massa.

Em relação ao atravessamento dessa situação de emergência pela pandemia de COVID-19, mesmo esta pesquisa tendo sido pensada em um contexto de pré-pandemia e não direcionada aos impactos desta para a situação migratória em Boa Vista, este tema esteve presente nas entrevistas por impactar a realidade de trabalho de todos os entrevistados. Estes falaram sobre a situação de pandemia como “risco para a saúde mental e agravamento de demandas em SMAPS” (30,7%), “adaptação das atividades para o contexto de pandemia” (15,3%), “obstáculo à efetividade das ações de apoio à rede local pelas organizações internacionais” (15,3%), obstáculo à qualidade do atendimento (15,3%), “diminuição e restrição das atividades em SMAPS voltadas à população” (15,3%) e “situação que evidenciou fragilidades prévias da rede de saúde mental local” (7,6%).

Este resultado está em congruência com outra pesquisa que ressalta que desde o início da pandemia de COVID-19, quando esta atingiu o Brasil, os desafios para prestar atendimentos em SMAPS a esta população ficaram ainda maiores, tendo aumento de demanda quanto a questões de saúde mental e apoio psicossocial atrelado a aumento das limitações dos serviços públicos para acolher este público, exclusão digital e dificuldades de crianças e adolescentes para se manterem no ensino remoto, maiores dificuldades para documentação, aumento do desemprego e enfraquecimento dos vínculos comunitários (OIM & Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021).

Ainda, o fechamento das fronteiras terrestres e aquaviárias (Brasil, 2020; 2020; 2021), sendo a primeira o caminho utilizado pelos migrantes venezuelanos em vulnerabilidade, contribuiu para a insegurança e aumento dos riscos associados, visto que muitas pessoas entraram em território nacional por rotas alternativas e ficaram à margem dos serviços oficiais e sem direito à documentação. Sem falar que, a nível de saúde pública, esta estratégia não parece ser a mais segura, visto que ao fechar suas fronteiras, o Estado abre mão de qualquer controle regulatório e sanitário (Ventura, 2016) das pessoas que continuam entrando de maneira irregular.

Por fim, vale destacar que dentre os migrantes, há uma parcela de indígenas que migraram desde a Venezuela até o Brasil, de etnias diferentes. No entanto, a pesquisa não

se direcionou a esta população, mas esta foi citada em duas das entrevistas (15,3%), sempre como um desafio em relação a questões de multiculturalidade e escassez de resposta quanto a especificidades desta população.

Conclusão

A implementação dos direitos de migrantes e refugiados nos países que primam por uma proteção integral e reconhecem a interdependência dos direitos humanos encontra desafios, muito pelas desigualdades sociais de países em desenvolvimento e por seus sistemas burocráticos e pouco céleres. Nesse sentido, tem se realçado cada vez mais a ligação entre a ação humanitária e a cooperação para o desenvolvimento, que devem acontecer de forma simultânea e não excludente (Conselho da União Europeia, 2017; ONU, 2016), e assim, a construção de sistemas sustentáveis que beneficiem a todos perpassa um trabalho de cooperação entre agências, organismos internacionais e o próprio governo local.

Esta pesquisa demonstrou que, ao menos no intervalo de tempo entre 2019 e 2021, a resposta de saúde mental na cidade de Boa Vista era ainda um desafio que ficou mais evidente quando da sobreposição com o fluxo de migrantes venezuelanos e, anos mais tarde, com a pandemia da COVID-19. Este fluxo migratório impactou a RAPS ao trazer novas demandas em saúde mental, exigindo adaptação dos serviços e dos profissionais a elas, e inclusive, evidenciou a necessidade de capacitação da atenção primária em saúde mental e apoio psicossocial e na estruturação do fluxo de matriciamento.

Os apoios nestes dois pontos críticos foram os mais citados pelos profissionais da rede local de saúde como ações das organizações internacionais de impacto positivo, ao passo que também houve o reconhecimento de que a presença das organizações internacionais com ações focadas para os migrantes também são positivas para garantir o atendimento que estas pessoas necessitam, pois muitas vezes a rede local não dá conta de absorver, mas tanto os profissionais da rede local como os das organizações trouxeram falas nas entrevistas que demonstravam preocupação com ações que fortalecessem o mecanismo local, visto que as organizações são passageiras.

Esta pesquisa também trouxe elementos que apontam que o campo da saúde mental ainda ocupava um lugar setorizado e restrito a determinadas atividades, não estando totalmente integrado aos fluxos de trabalho das organizações internacionais na resposta humanitária em sua integralidade, o que contraria os manuais de SMAPS em situações de emergências ou para populações de refugiados e migrantes. Mais

familiaridade de gestores e profissionais humanitários com a temática é necessária a fim de garantir o reconhecimento de estratégias que promovem bem estar e mitigar aquelas que impactam negativamente a população atendida.

Mesmo que a universalidade do Sistema Único de Saúde esteja previsto na Constituição, o estudo de caso demonstrou que esta não estava sendo usufruída por 100% da população migrante venezuelana em Boa Vista e, além do acesso ameaçado, também assim se encontrava a qualidade e a aceitabilidade, principalmente no que refere a questões linguísticas e culturais. Esta violação do direito à saúde ficou ainda pior quando do fechamento das fronteiras na pandemia de COVID-19, impossibilitando as pessoas de migrarem de forma segura e negando documentação e acesso a serviços de proteção social àqueles que chegaram neste período.

Para que a saúde seja gozada em seu pleno potencial, que inclui a dimensão psicológica, e para que fronteiras invisíveis não continuem aumentando as desigualdades, é necessário investimento interno para uma estabilidade positiva do sistema local de saúde, nos municípios e estados, mas também uma abordagem regional e internacional entre países de uma mesma região, uma vez que a situação de saúde no país vizinho impacta a saúde na comunidade local. Um novo paradigma baseado na solidariedade, justiça social e fraternidade deve ultrapassar as fronteiras para contribuir com o bem estar e equidade de uma comunidade global que entende o fenômeno da migração em massa como uma realidade e que ainda vai durar algumas décadas.

Referências

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiado – ACNUR & World Bank Group. Integração de Venezuelanos Refugiados e Migrantes no Brasil. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/05/pages-Integration-of-Venezuelan-Refugees-and-Migrants-in-Brazil-pt.pdf&clen=222421&chunk=true> Acesso em: 21 Out 2021.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977.

BAUMAN, Z. *Estranhos à nossa porta*. São Paulo: Sahar, 2018.

Brasil. Decreto Nº 9.285, de 15 de fevereiro de 2018. Reconhece a situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela.

Brasil. Portaria Nº 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

Brasil. Portaria Nº 518, de 12 de novembro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

Brasil. Portaria Nº 651, de 8 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

Brasil. Lei Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRIGNOL, L. D. & cols. A representação midiática dos migrantes venezuelanos na mídia brasileira, uma análise dos portais Folha de São Paulo e GaúchaZH. In: REDIN, G. (org). Migrações internacionais: experiências e desafios para a proteção e promoção de direitos humanos no Brasil. Santa Maria, RS: Ed UFSM, 2020.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A. T. & MACEDO, M. F. R. Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

Casa Civil. Sobre a Operação Acolhida. Disponível em <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/base-legal-1> Acesso em 14 Jun 2022

CHEN, W. et al. Impacts of social integration and loneliness on mental health of humanitarian migrants in Australia: evidence from a longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, Australia*, v. 43, 1, p. 46–55, 2019.

Comitê Permanente Interagências - IASC. Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

Conselho da União Europeia. Documento no. 9383/17, de 19 de maio 2017. Council conclusions - Operationalising the Humanitarian-Development Nexus. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/media/24010/nexus-st09383en17.pdf> Acesso em: 17 maio 2021.

CORAZZA, F. Êxodo de venezuelanos já é tratado em Roraima como crise humanitária. O Estado de São Paulo, 12 out 2016. Disponível em: <https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,exodo-de-venezuelanos-ja-e-tratado-em-roraima-como-crise-humanitaria,10000081629> Acesso em 12 Out 2021.

DUARTE, J. B. Reflexos Da Imigração Venezuelana Em Roraima: uma análise sob a óptica da Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2021. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde), Escola Fiocruz de Governo Brasília, Fiocruz, 2021.

FERNANDES, D.M. & SÁ, P.R.C. O Brasil no Mapa da Migração: aspectos históricos e atuais. In: JUBILUT, L. L; FRINHANI, F. M. D. & LOPES, R. O. (orgs). *Migrantes Forçados: conceitos e contextos*. Boa Vista, RR: Editora da UFRR, 2018.

FLICK, U. *Introdução à Metodologia de Pesquisa: Um Guia para Iniciantes*. Porto Alegre: Penso, 2013.

KAZOUR, F. et al. Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*, v.72, p. 41–47, 2017.

MARTINI, S. R. & STURZA, J. M. A Produção Do Direito Através De Um Espaço De Todos E Para Todos: O Direito À Saúde Da População Migrante. *Revista Novos Estudos Jurídicos*, 23 (3), pp 1010 – 1040, 2018.

Ministério da Saúde – MS. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf Acesso em 19 Jul 2022.

Organização Internacional para as Migrações - OIM. *La Migración en la Agenda 2030: Guía para profesionales*. Ginebra: 2018.

Organização Internacional para as Migrações - OIM & Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Assistência em Saúde Mental e Apoio Psicossocial à População Migrante e Refugiada no Brasil*. 2021. Disponível em https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-justica-e-seguranca-publica-lanca-mapeamento-sobre-assistencia-em-saude-mental-de-migrantes-e-refugiados-no-brasil/aesm_final_online.pdf Acesso em 13 Jun 2022

Organização Mundial da Saúde - OMS. *Mental Health in Emergencies*, s/d. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>. Acesso em: 30 Nov 2020

Organização Mundial da Saúde - OMS. *Mental Health Atlas*, 2021. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/> Acesso em 09 Jun 2022

Organização das Nações Unidas - ONU. A/70/709. *Agenda for Humanity: Annex to the Report of the Secretary-General for the World Humanitarian Summit*, 2016. Disponível em: <https://www.unocha.org/about-us/agenda-humanity>. Acesso em: 14 Nov 2020.

Organização Panamericana de Saúde - OPAS. La salud de los migrantes. 55.o Consejo Directivo, 68.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 a 30 de septiembre de 2016; Washington (DC), Estados Unidos. Washington: OPS, 2016.

Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP), 2020.

R4V. Plataforma de Coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela. Disponível em: < <https://r4v.info/es/situations/platform> >. Acesso em 20 Out 2021

RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciencia & saude coletiva*, v. 23, p. 1777-1789, 2018.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/SP. Saúde em Movimento: Saúde lança material educativo contra xenofobia [video]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=t2SbdIAytfc> Acesso em 14 Jun 2022

SILVA, J. C. J. & ABRAHÃO, B. A. Migração pela Sobrevivência – o caso dos venezuelanos em Roraima. In: JUBILUT, L. L.; FRINHANI, F. M. D & LOPES, R. O. (orgs). *Migrantes Forçados: conceitos e contextos*. Boa Vista, RR: Editora da UFRR, 2018.

SULEMAN, S.; GARBER, K. D. & RUTKOW, L. Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *J Public Health Pol*, v 39, p. 407–423, 2018.

VENTURA, D. & YUJRA, V. Q. *Sáude de Migrantes e Refugiados* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. Fazer Saúde Collection.

VENTURA, D. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 13, n. 23, p. 61-75, 2016.

VENTURA, D. & HOLZHACKER, V. Saúde global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 98, p. 107-140, 2016.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre Ação Humanitária e Direito à Saúde vem desde os primórdios do campo humanitário e ainda hoje é caracterizada pelo acesso a tratamento, bens e serviços e direito do paciente, mas a dimensão moderna do conceito de saúde ainda não está muito clara na prática da ação humanitária. A pesquisa com profissionais de saúde e humanitários em Boa Vista mostrou que o campo da saúde mental, por exemplo, no contexto em questão, ainda ocupava um lugar setorizado e restrito a determinadas atividades, não estando totalmente integrado à resposta como um todo, o que reforça que a saúde em seu conceito moderno ainda não estava totalmente operacionalizada na prática.

À medida que o campo de saber da saúde mental for sendo integrada como elemento essencial de coordenação geral das organizações internacionais em ações humanitárias e na atenção básica, mais perto deste conceito moderno de saúde estaremos, uma vez que as dimensões psicológica e social são bastante afetadas em emergências e em movimentos de migração forçada.

Para que essa integração ocorra, os profissionais de ambos os contextos, independente de sua formação, devem ter a consciência de que em qualquer situação de atendimento é possível promover bem estar através de ferramentas simples de comunicação, e que esta é uma responsabilidade de todos os agentes envolvidos no contexto. Além disso, a incorporação do “Manual de Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias” e do “Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde” é essencial para fortalecer a resposta em saúde mental dos sistemas locais, principalmente em países de baixa e média renda, que são os maiores acolhedores de

peças refugiadas e migrantes forçosamente deslocados e os com maiores déficits de profissionais habilitados neste tipo de atenção.

O déficit de profissionais, serviços e articulação com conhecimentos de saúde mental já foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como um problema a ser superado e as ferramentas de incorporar a saúde mental nos sistemas locais em seu nível primário já estão disponíveis. É necessário ampliar as capacidades locais através do acesso a este conteúdo e de capacitação em projetos de cooperação para o desenvolvimento.

Inclusive, o que é sugerido na Agenda pela Humanidade e em outros documentos de organizações da ONU e da Comissão Europeia é que concomitante a resposta em emergências ocorra ações de cooperação para o desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais. O paradigma do campo humanitário tem mudado ao incluir a preocupação a longo prazo de frear crises iminentes e aumentar a capacidade de resposta dos sistemas e governos nacionais.

O risco do adoecimento mental em contextos de migração forçada é reconhecido pela literatura da área. As violações de direitos humanos durante a pré-migração, deslocamento e pós-migração impactam diretamente na saúde dos migrantes, e estas violações diferem em grau a depender do subgrupo que esta pessoa integra - gênero, raça, orientação sexual, país de origem etc -, aumentando inclusive as chances das pessoas que migraram sofrerem xenofobia. O processo de migração e as práticas de acolhimento com abordagem psicossocial evidenciam a necessidade de uma maior aproximação entre o campo da saúde mental com os direitos humanos, e o fortalecimento de redes comunitárias, prevenção de xenofobia, prevenção de violência de gênero e outros tipos devem ser direcionados desde uma perspectiva integrativa entre os campos de saúde e proteção.

Em Boa Vista, Roraima, o fluxo migratório de venezuelanos impactou a RAPS ao trazer novas demandas em saúde mental e aumentar a procura pelos serviços da atenção básica em saúde. Ações como capacitação em SMAPS para profissionais locais da rede primária e apoio para estruturação do fluxo de matriciamento foram citadas como estratégias das organizações internacionais de impacto positivo no fortalecimento da rede local. Estas ações contribuíram para cobrir falhas já pré-existentes na rede de saúde identificadas como falta de capacitação em saúde mental do corpo técnico, principalmente da atenção básica, e falta de articulação entre os diferentes níveis de cuidado. Sendo assim, a crise no estado foi um território fértil para ampliar e aprimorar as capacidades em saúde já disponíveis antes da emergência. No entanto, estratégias focadas em cooperação vieram tardiamente, o que pode ter contribuído para a cronificação da situação de emergência.

Em contextos de migração, o cuidado em saúde mental fica mais desafiador devido a questões de multiculturalidade e idioma. Mas isso não deve ser barreira para acesso e qualidade dos serviços, visto que para garantir o acesso universal à saúde, não se pode deixar ninguém para trás, e as populações migrantes estão cada vez mais presentes na realidade americana. Investir em mediadores culturais e capacitar profissionais de saúde em línguas diversas se torna um caminho para esta universalidade.

Além disso, o Brasil assumiu o compromisso internacional de responder a situações de emergência, e isto só é realmente possível através do investimento interno para uma estabilidade positiva do sistema local. Caso contrário, voltará a ocorrer o que aconteceu em Boa Vista: um colapso do sistema devido a falhas estruturais fruto do descaso de gestões políticas em tempos normais que contribuiu para a manutenção da situação de vulnerabilidade dos refugiados e migrantes.

Outro ponto é que muitas dessas emergências ou situações de violações de direitos humanos tendem a ocorrer em regiões de fronteiras, dada a realidade da América Latina quanto à migração, fenômeno que tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. É crucial investir nestes espaços de fronteiras para que estes não sejam barreiras, mas caminhos abertos para uma vida melhor de famílias e pessoas que resistem para não sucumbirem à desigualdade e miséria do mundo.

É válido destacar que os migrantes movimentam mais a economia, contribuindo com mão de obra e aportes financeiros, desde os países receptores, do que se tivessem permanecido em seus países de origem. Sendo assim, a migração também pode ser um caminho para o desenvolvimento sustentável e as políticas de austeridade e restritivas de movimentos migratórios vão contra os objetivos previsto da Agenda 2030 (37).

Por fim, a situação de COVID-19 no Brasil e o fechamento das fronteiras terrestres e aquaviárias pode ter contribuído para que mais pessoas atravessassem em situação de maior risco ao buscarem rotas alternativas, situação essa que se manteve ao adentrarem nos limites nacionais, visto que o acesso à documentação foi impedido – e por consequência o usufruto de políticas públicas ficou restrito para estas pessoas -, contribuindo ainda mais para a insegurança alimentar, financeira e sanitária da população que estava dentro do território nacional nos piores momentos da pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Direito Internacional. [Sixteenth Commission]. *Humanitarian Assistance*. Rapporteur: M. Budislav Vukas, 2 september 2003. Bruges Session, p. 3, 2003.
2. Conselho Da União Europeia. Ajuda humanitária - Consilium. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/humanitarian-aid/> Acesso em 13 mar 2022.
3. Organização das Nações Unidas. Resolução nº 43/131. *Humanitarian assistance to victims of natural disasters and similar emergency situations*. 8 dez 1988. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/43/131> Acesso em: 5 Mar 2020.
4. _____. Resolução nº 45/100. *Humanitarian assistance to victims of natural disasters and similar emergency situations*. 14 dez 1990. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/45/100> Acesso em: 5 Mar 2020.
5. _____. Resolução nº 46/182. *Fortalecimiento de la coordinación de asistencia humanitaria de emergencia del sistema de las Naciones Unidas*. 19 dez 1991. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/RES/46/182> Acesso em: 6 Jun 2022.
6. Cavalcanti, L., Botega, T., Tonhati, T., Araújo, D., (orgs). *Dicionário crítico de migrações internacionais* [online]. Brasília: Editora UnB, 2017. ISBN: 978-85-230-1340-0. <https://doi.org/10.7476/9788523013400>.
7. Rey Marcos, F. Los orígenes del humanitarismo en las culturas española y latinoamericana: algunas consideraciones terminológicas. In: Mosel, I; Bennett, C; Krebs, H (Eds). *Aproximaciones a la historia del humanitarismo en América Latina y el Caribe*. Londres: HPG Working Paper, 2016. p. 1-8. Disponível em: <https://www.odi.org/publications/> Acesso em 7 Abr. 2020.
8. Weiss, T. G. “A Cultura Humanitária Contestada em Zonas de Guerra”, *Contexto int.* 36 (2), 2014. <https://doi.org/10.1590/S0102-85292014000200001>. Acesso em 13 Jan 2021.
9. Churruca, C. *The Changing Context of Humanitarian Action: Key Challenges and Issues*. Working Paper, May, 2016.
10. Sezgin Z; Dijkzeul, D. New Humanitarians Getting Old? In: Sezgin, Z; Dijkzeul, D (Eds). *The New Humanitarians in International Practice: Emerging Actors and Contested Principles*. Abington: Routledge; 2016. p. 1–22.
11. Organização das Nações Unidas. *Carta da Organização das Nações Unidas*, 1945. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/carta/>. Acesso em: 20 mar 2020.
12. Hobsbawn, E. *A Era dos Extremos: O Breve Século XX: 1914 – 1991*. Tradução Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
13. Sartoretto, LM. As definições africana e latino-americana de refugiado: perspectivas regionais de proteção. In: Sartoretto, LM. *Direito dos Refugiados – do eurocentrismo às abordagens do terceiro mundo*. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2018.
14. Saillant, F. A Responsabilidade na Intervenção Humanitária: indiferença ou engajamento? In: FERREIRA, Jaqueline; SCHUCH, Patrice; (Orgs). *Direitos e Ajuda Humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 49–75.

15. Escritório De Coordenação De Assuntos Humanitários. *History of Ocha*. Disponível em: <https://www.unocha.org/about-ocha/history-ocha> Acesso em 6 Abr. 2020.
16. European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations. *Funding for humanitarian aid*. Disponível em: https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/funding-evaluations/funding-humanitarian-aid_en Acesso em 06 Jun 2022.
17. Rey Marcos, F; Villaverde, JAN. La acción humanitaria en 2015–2016: un modelo en crisis. In: Instituto de Estudios sobre Conflictos & Médicos Sin Fronteras y Acción Humanitaria. *La acción humanitaria en 2016–2017: un modelo en crisis*. p. 5-18, 19 Dez 2017. Disponível em: <http://campusiecah.org/www/Jornadas/Informe-IECAH-2017-Baja-RGB.pdf> Acesso em 27 Nov 2019.
18. Conselho Da União Europeia. Documento no. 9383/17, de 19 de maio 2017. *Council conclusions - Operationalising the Humanitarian-Development Nexus*. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/media/24010/nexus-st09383en17.pdf> Acesso em: 17 maio 2021.
19. Rey Marcos, F. El nexo entre la acción humanitaria, el desarrollo y la construcción de la paz: algunas precauciones desde una perspectiva humanitaria. In: Instituto De Estudios Sobre Conflictos Y Acción Humanitaria & Médicos Sin Fronteras. *La acción humanitaria en 2019–2020: una agenda condicionada por la pandemia*. p. 79-93, 2020.
20. Hirst, M. Conceitos e práticas da ação humanitária latino-americana no contexto da securitização global, *Estudios Internacionales*, Oct. (Special Ed.), p.143-177, 2017.
21. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. *Global Trends: forced displacement in 2020*. Disponível em: <https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020> Acesso em 13 Jan 2021.
22. _____ . *About Us: Who we help*. Disponível em: <https://www.unhcr.org/who-we-help.html> Acesso em 13 Jan 2021.
23. Prefeitura de São Paulo; Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania & Organização Internacional para as Migrações. *Guia Somos Todos Migrantes*. 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/MIGRANTES/PUBLICACOES/Guia_Imigrantes_ESP_simples.pdf . Acesso 14 Mar 2022
24. Organização Panamericana de Saúde. *La salud de los migrantes*. [Internet]. 55.o Consejo Directivo, 68.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 a 30 de septiembre de 2016; Washington (DC), Estados Unidos. Washington: OPS; 2016
25. Moreira, JB & Sala, JB. Migrações Forçadas: categorização em torno de sujeitos migrantes. In: Jubilut, LL; Frinhani, FMD; Lopes, RO (Orgs). *Migrantes Forçados: Conceitos e Contextos*. Boa Vista, RR: Editora da UFRR, 2018.
26. Organização Panamericana de Saúde & Organização Mundial da Saúde. Documento De Orientación Sobre Migración Y Salud. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud> Acesso em 13 Jun 2022.

27. R4V. Plataforma de Coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela. Disponível em: < <https://r4v.info/es/situations/platform> >. Acesso em 20 Out 2021.
28. Ukraine Regional Refugee Response Plan and Flash Appeal. 2022. Disponível em: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/92258> Acesso em: 7 Jun 2022
29. Organização dos Estados Americanos, Conselho Interamericano para o Desenvolvimento Integral, Comissão de Assuntos Migratórios. *Propuesta de actualización del Programa Interamericano para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos de los Migrantes incluyendo los Trabajadores Migrantes y sus Familias*. Washington, DC: OEA; 2016 (documento CIDI/CAM/doc.19/15 Rev.9) Acesso em 07 Jun 2022.
30. Organização Mundial da Saúde. *Fact sheet on mental health in emergencies*. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>. Acesso em 22 Set 2021.
31. Silva, JCJ & Abrahão, BA. Migração pela Sobrevivência – o caso dos venezuelanos em Roraima. In: Jubilit, LL; Frinhani, FMD & Lopes, RO (Orgs). *Migrantes forçados: conceitos e contextos*. Boa Vista: Editora da UFRR, 2018.
32. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados & Banco Mundial. *Integração de Venezuelanos Refugiados e Migrantes no Brasil - Sumário de um Policy Research Working paper** do Banco Mundial. Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/05/5-pages-Integracion-of-Venezuelan-Refugees-and-Migrants-in-Brazil-pt.pdf> Acesso em 13 Jun 2022
33. Governo Federal do Brasil. Decreto Nº 9.285, de 15 de fevereiro de 2018. *Reconhece a situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9285.htm Acesso em: 21 Out 2021
34. Franca, RA; Ramos, WM; Montagner, MI. Mapeamento de políticas públicas para os refugiados no Brasil. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-106, jan. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 jun. 2022.
35. Organização Internacional para as Migrações & Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Assistência em Saúde Mental e Apoio Psicossocial à População Migrante e Refugiada no Brasil*. 2021. Disponível em https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-justica-e-seguranca-publica-lanca-mapeamento-sobre-assistencia-em-saude-mental-de-migrantes-e-refugiados-no-brasil/aesm_final_online.pdf Acesso em 13 Jun 2022
36. Casa Civil. *Sobre a Operação Acolhida*. <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/sobre-a-operacao-acolhida-2> Acesso em 07 Jun 2022
37. Organização Internacional para as Migrações. *La Migración en la Agenda 2030: Guía para profesionales*. Genebra: 2018.
38. Ribeiro, JM; Moreira, MR; Ouverney, AM; Pinto, LF & Silva, CMFP. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciencia & saude coletiva*, v. 23, p. 1777-1789, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1777-1789/pt/>

39. Flick, U. Coletas de dados: abordagem quantitativa e qualitativa. In: Flick, U. *Introdução à Metodologia de Pesquisa: Um Guia para Iniciantes*. Porto Alegre: Penso, 2013.
40. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977.
41. Organização Das Nações Unidas. A/70/709. Agenda for Humanity: Annex to the Report of the Secretary-General for the World Humanitarian Summit. 02 Fev 2016. Disponível em: <https://www.unocha.org/about-us/agenda-humanity>. Acesso em: 14 Nov. 2020.
42. Geneva Convention Relative to the Protection of Civilian Persons. Geneva, Switzerland, 12 August 1949 p. 163–228. Disponível em: <https://ihl-databases.icrc.org/ihl/INTRO/380> Acesso em: 7 Abr 2020
43. Organização Das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 10 Set 2019
44. Organização Mundial Da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*, de 22 de julho de 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 10 Set 2019.
45. Brasil. Decreto n. 591, de 06 de julho de 1992. Atos Internacionais. *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 10 Set 2019
46. Brasil. Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990. *Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm Acesso em: 17 Mai 2021.
47. Brasil. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. *Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984*. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 17 Mai 2021.
48. Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. *Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 17 maio 2021.
49. Brasil. Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969. *Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html Acesso em: 17 Mai 2021.
50. Mann, JM; Gostin, L; Gruskin, S; Brennan, T; Lazzarini, Z; Fineberg, HV. Health and human rights. *Health Hum Rights*. v. 1, n. 1, p. 6-23. 1994. Disponível em: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2469/2014/03/4-Mann.pdf> Acesso em 30 Mar 2020.
51. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. CESCR General Comment No. 14: *The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12). Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em: 02 Jul 2020.

52. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em 17 Mai 2021
53. Organização Mundial da Saúde. *A human rights-based approach to health*. Disponível em: https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf Acesso em: 17 Mai 2021
54. Sphere Association. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, fourth edition, Geneva, Switzerland, 2018. Disponível em: www.spherestandards.org/handbook Acesso em 17 Mai 2021.
55. Teles, NM; Vanderplaat, M. Saúde e Direitos Humanos: algumas reflexões. In: Ferreira, Ja; Schuch, P (Orgs). *Direitos e Ajuda humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 129-147
56. Giovanella, L et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 Jul 2020. Epub Mar 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>
57. Ventura, D. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*, [S. l.], n. 107, p. 55-64, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115113>. Acesso em: 13 maio 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64.
58. Organização Mundial Da Saúde. Mental health in emergencies. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-> Acesso em 28 novembro 2019.
59. Beogo, I et al. Critical assessment of refugees' needs in post-emergency context: the case of Malian war refugees settled in Northern Burkina Faso. *BMC Int Health Hum Rights*; v. 18 n. 38, 2018.
60. Hermans, MPJ et al. Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur J Epidemiol*; v.32 n. 9, pp 851-854, 2017. DOI: 10.1007/s10654-017-0269-4
61. Derderian, K; Schockaert, L. Respostas a fluxos migratórios mistos: uma perspectiva humanitária. *Sur, Rev. Int. Direitos Human.*, São Paulo, v. 6, n. 10, jun. 2009, p. 116-119
62. Poole, DN. et al. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crises. *International Journal for Equity in Health* v. 19, n. 41, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01162-y>
63. Easton-Calabria, E; Herson, M. In praise of dependencies: dispersed dependencies and displacement. *Disasters*, v. 44, 1, p. 44-61, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/disa.12366>. Acesso em 30 Nov 2020. <https://doi.org/10.1111/disa.12366>
64. Ventura, D. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 13, n. 23, p. 61-75, 2016.
65. Ventura, D & Holzhacker, V. Saúde global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 98, p. 107-140, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6445107-140/98>.

66. Pozo, A. Cuando el derecho no protege: retos en relación con el bombardeo de hospitales. In: Instituto De Estudios Sobre Conflictos Y Acción Humanitaria & Médicos Sin Fronteras. *La acción humanitaria en 2016–2017: un modelo en crisis*. p. 75-79. 19 Dez 2017. Disponível em: <http://campusiecah.org/www/Jornadas/Informe-IECAH-2017-Baja-RGB.pdf> Acesso em 27 Nov 2019.
67. Médicos Sem Fronteiras. *Preservar La Salud Y La Vida De La Mujer: Atención para la interrupción voluntaria del embarazo*. Disponível em https://bibop.ocg.msf.org/docs/9/L009OBSM12S-E_Abortion_leaflet_internal_2015_ESP.pdf Acesso em 16 maio 2021.
68. Chynoweth, SK et al. Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. *Reprod Health Matters*; v. 25, n. 51, pp. 90-94, 2017. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29227205/> Acesso em 17 maio 2021 DOI: 10.1080/09688080.2017.1401895
69. Organização Internacional para as Migrações. *International migration, health and human rights*. Geneva: International Organization for Migration (IOM), 2013.
70. The Lancet. *Editorial*. An ambitious agenda for humanity. v. 387, 2016.
71. Bogic, M; et al. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, v. 15, 29, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283967619> Acesso em 17 maio 2021. DOI: 10.1186/s12914-015-0064-9
72. Steel, Z et al. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, v. 302, 5, p. 537 – 549, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26716616> Acesso em 30 Nov 2020 DOI:10.1001/jama.2009.1132
73. Comitê Permanente Interagências. *Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias*. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.
74. Aneja, U. Bold Reform or Empty Rhetoric? A Critique of the World Humanitarian Summit. In: Observer Research Foundation – ORF. *Bold Reform or Empty Rhetoric? A Critique of the World Humanitarian Summit*. 2016. Disponível em: <https://www.orfonline.org/research/bold-reform-or-empty-rhetoric-a-critique-of-the-world-humanitarian-summit/> Acesso em: 07 Abr 2020.
75. Brasil. Portaria Nº 125, de 19 de março de 2020. *Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt125-20-ccv.htm Acesso em 14 Jun 2022.
76. Brasil. Portaria Nº 518, de 12 de novembro de 2020. *Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-518-20-ccv.htm#art12 Acesso em 14 Jun 2022.

77. Brasil. Portaria Nº 651, de 8 de janeiro de 2021. *Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa*. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-651-de-8%20%20-de-janeiro-de-2021-298262949> Acesso em 14 Jun 2022.
78. Cavalcanti, L; Oliveira, T.; Macedo, M., Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020 Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fportaldeimigracao.mj.gov.br%2Fimages%2Fdados%2Frelatorio-anual%2F2020%2FOBMigra_RELAT%25C3%2593RIO_ANUAL_2020.pdf&clen=12490659&chunk=true Acesso em 21 Out 2021.
79. Organização Mundial da Saúde. Mental health: strengthening our response, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Acesso em 30 Nov 2020
80. _____. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health, 2019 World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981> Acesso em 30 Nov 2020
81. van Ommeren, M. Mental health conditions in conflict situations are much more widespread than we thought But there's a lot we can do to support people. 2019. WHO. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mental-health-conditions-in-conflict-situations-are-much-more-widespread-than-we-thought> Acesso em 30 Nov 2020
82. Actalliance. Apoio Psicossocial de Base Comunitária em Emergências. Disponível em: <https://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2015/05/681-ACT-Portuguese-summary-final.pdf>
83. Ager, A. Creative tensions in the framing of MHPSS. *Forced Migration Review: Mental Health and Psychosocial support*. Issue 66, March, 2021, pp 5-8.
84. Chen, W et al. Impacts of social integration and loneliness on mental health of humanitarian migrants in Australia: evidence from a longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, Australia*, v. 43, 1, p. 46–55, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1753-6405.12856> Acesso em 30 Nov 2020.
85. Ramos, N. Migração, Aculturação e Saúde. In: Ramos, Nathalia (Org). *Saúde, Migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2008. p. 45–96.
86. Kazour, F et al. Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*, v.72, p. 41–47, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308600117_Post-traumatic_Stress_Disorder_in_a_Sample_of_Syrian_Refugees_in_Lebanon Acesso em 30 Nov 2020
87. Ribeiro, DM; Silva, RIC. A morosidade do processo de refúgio como entrave à efetiva proteção da dignidade e personalidade dos refugiados. In: Annoni,

- Danielle (Org). *Direito Internacional dos Refugiados e o Brasil*. Curitiba: Gedai UFPR 2018. p. 327– 347.
88. Alto Comissariado Das Nações Unidas Para Refugiados. Figures at a Glance. Disponível em: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> Acesso em: 01 Dez 2020.
 89. Mohwinkel, LM et al. Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: a systematic review. *BMJ Open*, v. 8, 2018, doi:10.1136/bmjopen-2018-022389. Acesso em 12 Out 2020.
 90. Organização Internacional para as Migrações. Report Overview: Technological, Geopolitical And Environmental Transformations Shaping Our Migration And Mobility Futures. In: *World Migration Report 2022*. Disponível em https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/wmr-2022-en_1.pdf Acesso em 01 Mar 2022.
 91. Rosenberg, JS; Bakomeza, D. Let's talk about sex work in humanitarian settings: piloting a rights-based approach to working with refugee women selling sex in Kampala. *Reproductive Health Matters*, v. 25, 51, p. 95-102, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405674> Acesso em 30 Nov 2020.
 92. Alto Comissariado Das Nações Unidas Para Os Refugiados. *Coming Together For Refugee Education*. Report 2020. Disponível em: <https://www.unhcr.org/publications/education/5f4f9a2b4/coming-together-refugee-education-education-report-2020.html> Acesso em 30 Nov 2020.
 93. Médicos Sem Fronteiras. *Forced to flee Central America's northern triangle: a neglected humanitarian crisis zone*, 2017.
 94. Ventura, D & Yujra, VQ. Saúde de Migrantes e Refugiados [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. Fazer Saúde Collection.
 95. Maalouf, JF. *O Sofrimento de Imigrantes: um estudo clínico sobre os efeitos no self* [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005
 96. Bauman, Z. *Estranhos à nossa porta*. São Paulo: Sahar, 2018
 97. Da Silva, JCL; Padilha, NS; Lamy, M. A “Síndrome de Ulisses” e a Medicalização dos Movimentos Migratórios. *Revista Jurídica (FURB)*, [S.l.], v. 24, n. 54 (2020), p. e7927, dez. 2020. ISSN 1982-4858. Disponível em: <<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7927>>. Acesso em: 17 mar. 2022.
 98. Souza, FT. Os Refugiados Decidem Viver: a geografia da desigualdade e a fuga como resistência. In: JUBILUT, Liliana Lyra et al. *Migrantes forçados: conceitos e contextos*. Boa Vista: Editora da UFRR, 2018.
 99. Organização Mundial da Saúde. *Mental Health Atlas*. 2021. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/> Acesso em 09 Jun 2022.
 100. Organização Panamericana da Saúde. *Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)*, 2020.
 101. Ocampo, JMF; Audi, MN & Wessels, M. Culture bias and MHPSS. *Forced Migration Review*, v 66, pp 15-17, 2021.
 102. Rutledge, K; Pertek, SI; Abo-Hilal, M & Fitzgibbon, A. Faith and MHPSS among displaced Muslim women. *Forced Migration Review*, v 66, pp 24-27, 2021.

103. Fernandes, DM & Sá, PRC. O Brasil no Mapa da Migração: aspectos históricos e atuais. In: Jubilit, LL; Frinhani, FMD & Lopes, RO(orgs). *Migrantes Forçados: conceitos e contextos*. Boa Vista, RR: Editora da UFRR, 2018.
104. Corazza, F. Êxodo de venezuelanos já é tratado em Roraima como crise humanitária. O Estado de São Paulo, 12 out 2016. Disponível em: <https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,exodo-de-venezuelanos-ja-e-tratado-em-roraima-como-crise-humanitaria,10000081629> Acesso em 12 Out 2021.
105. Brasil. Decreto Nº 9.285, de 15 de fevereiro de 2018. *Reconhece a situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9285.htm Acesso em: 21 Out 2021
106. Casa Civil. Base Legal. Disponível em <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/base-legal-1> Acesso em 14 Jun 2022
107. Flick, U. Decisão sobre os Métodos. In: Flick, U. *Introdução à Metodologia de Pesquisa: Um Guia para Iniciantes*. Porto Alegre: Penso, 2013.
108. Brignol, LD & cols. A representação midiática dos migrantes venezuelanos na mídia brasileira, uma análise dos portais Folha de São Paulo e GaúchaZH. In: Redin, G (org). *Migrações internacionais: experiências e desafios para a proteção e promoção de direitos humanos no Brasil*. Santa Maria, RS: Ed UFSM, 2020.
109. Suleman, S; Garber, KD. & Rutkow, L. Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *J Public Health Pol* (2018) 39:407–423 <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0140-1>.
110. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Saúde em Movimento: Saúde lança material educativo contra xenofobia [video]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=t2SbdIAytfc> Acesso em 14 Jun 2022
111. Duarte, JB. *Reflexos Da Imigração Venezuelana Em Roraima: uma análise sob a óptica da Atenção Primária à Saúde* [Dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, Fiocruz Brasília; 2021.
112. Ministério da Saúde. Dados Da Rede De Atenção Psicossocial (RAPS) No Sistema Único De Saúde (SUS) [internet]. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf Acesso em 14 Jun 2022
113. Organização Panamericana de Saúde. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 2 de octubre del 2014; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3A2014-universal-health-coverage-uhc&catid=6979%3Auhchome&Itemid=40244&lang= Acesso em 10 de Jun 2022.
114. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

115. Martini, SR & Sturza, JM. A Produção Do Direito Através De Um Espaço De Todos E Para Todos: O Direito À Saúde Da População Migrante. *Revista Novos Estudos Jurídicos*, 23 (3), pp 1010 – 1040, 2018. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/nej/article/view/13754> Acesso em 13 Jun 2022

APÊNDICE A – Roteiros de Entrevistas

1) Entrevista semiestruturada com profissionais da rede pública de saúde

1. Quais demandas de saúde mental das venezuelanas e venezuelanos você tem identificado no dia a dia do seu trabalho?
2. Você acha que essas demandas afetam a Rede de Atenção Psicossocial local? Como?
3. Você sabe de alguma (s) organização (ões) internacional (is) que esteja (am) atuando com ações de saúde mental neste contexto?
4. Você já teve a oportunidade de conhecer algumas dessas ações? Quais?
5. Você acha que essas ações respondem às demandas de saúde mental que você citou anteriormente? Como?
6. Você considera que estas ações apoiam a Rede de Atenção Psicossocial de alguma maneira? Como?
7. Você como profissional da RAPS se sente apoiado de alguma maneira por essas organizações internacionais? Como?
8. Você enquanto profissional da RAPS já teve contato com alguma dessas organizações ou conhece alguém no seu trabalho que teve? Como foi?
9. Você acha que as organizações internacionais poderiam apoiar o serviço ao qual você está inserido de alguma (outra) maneira? Como?
10. Você acha que as organizações internacionais poderiam apoiar a Política Nacional de Saúde Mental de alguma maneira? Como?
11. Como você entende o direito à saúde e como você acha que ele se relaciona ao atual contexto da sua atuação?

2) Entrevista semiestruturada com profissionais da rede pública de saúde

1. Quais demandas de saúde mental das venezuelanas e venezuelanos você tem identificado no dia a dia do seu trabalho?
2. Você acha que essas demandas afetam a Rede de Atenção Psicossocial local? Como?
3. Você sabe de alguma (s) organização (ões) internacional (is) que esteja (am) atuando com ações de saúde mental neste contexto?
4. Você já teve a oportunidade de conhecer algumas dessas ações? Quais?
5. Você acha que essas ações respondem às demandas de saúde mental que você citou anteriormente? Como?
6. Você considera que estas ações apoiam a Rede de Atenção Psicossocial de alguma maneira? Como?
7. Você como profissional da RAPS se sente apoiado de alguma maneira por essas organizações internacionais? Como?
8. Você enquanto profissional da RAPS já teve contato com alguma dessas organizações ou conhece alguém no seu trabalho que teve? Como foi?
9. Você acha que as organizações internacionais poderiam apoiar o serviço ao qual você está inserido de alguma (outra) maneira? Como?
10. Você acha que as organizações internacionais poderiam apoiar a Política Nacional de Saúde Mental de alguma maneira? Como?
11. Como você entende o direito à saúde e como você acha que ele se relaciona ao atual contexto da sua atuação?

3) Entrevista semiestruturada com coordenador de serviço da atenção secundária

1. Houve alguma alteração quanto à quantidade ou mesmo tipo de demanda em saúde mental nos últimos tempos? Fale um pouco sobre isso.
2. Como que essas demandas identificadas anteriormente afetaram a Rede de Atenção Psicossocial local?
3. Com quais fatores você relaciona esta alteração nas demandas?
4. Você acha que o fluxo migratório de venezuelanos e venezuelanas traz alguma mudança ou desafio para a RAPS? Fale um pouco sobre isso.
5. Você conhece alguma (s) (das) organização (ões) internacional (is) que esteja (am) atuando com ações de saúde mental neste contexto?
6. Você já teve a oportunidade de conhecer algumas dessas ações? Quais?
7. Você acha que essas ações respondem às demandas de saúde mental que você citou anteriormente? Como?
8. Você considera que estas ações apoiam a Rede de Atenção Psicossocial de alguma maneira? Como?
9. Você já teve algum contato com alguma dessas organizações ou conhece alguém no seu trabalho que teve? Como foi?
10. Você acha que as organizações internacionais poderiam apoiar a RAPS? Como?
11. Você acha que as organizações internacionais poderiam apoiar a Política Nacional de Saúde Mental de alguma maneira? Como?
12. Como você entende o direito à saúde e como você acha que ele se relaciona ao contexto de recepção de migrantes venezuelanos?

4) Entrevista semiestruturada com coordenador de equipe de organização internacional

1. Para começarmos, conte um pouco sobre como está sendo o trabalho da sua equipe aqui.
2. Quais as demandas principais em saúde mental que você e a sua equipe identificam por parte das pessoas venezuelanas?
3. Na sua percepção, como que essas demandas identificadas anteriormente afetam a rede de saúde mental local?
4. De forma mais ampla, você acha que o fluxo migratório de venezuelanos e venezuelanas traz alguma mudança ou desafio para a rede local de saúde mental? Fale um pouco sobre isso.
5. Você já teve a oportunidade de conhecer as ações e serviços de saúde mental da rede de saúde? Fale um pouco sobre isso.
6. Você enquanto coordenador (a) de equipe de uma organização já teve contato com profissionais ou gestores de algum serviço da rede local de saúde mental ou conhece alguém no seu trabalho que teve? Fale um pouco sobre isso.
7. Você identifica quais são as facilidades e as dificuldades que a rede de saúde mental pública tem para responder às demandas de saúde mental que você citou anteriormente? Como?
8. Você crê que as ações realizadas em saúde mental realizadas pela organização na qual está inserido (a) apoiam a rede local de saúde mental? Como?
9. Há outros pontos em que você acha que as organizações internacionais poderiam apoiar os serviços locais de saúde mental? Fale mais sobre isso.
10. Como você entende o direito à saúde e como você acha que ele se relaciona ao atual contexto da sua atuação?

5) Entrevista semiestruturada com membro do Subcomitê de Saúde da Operação

Acolhida

1. Para começarmos, conte um pouco sobre como está sendo o processo de cooperação quanto ao fluxo migratório de venezuelanos para o país.
2. De uma forma ampla, você acha que o fluxo migratório de venezuelanos e venezuelanas traz alguma mudança ou desafio para a rede de saúde mental? Fale um pouco sobre isso.
3. Em relação à resposta em saúde mental, há algum tipo de cooperação firmada entre o Governo e as organizações internacionais? Fale sobre isso.
4. Há outros pontos em que o Governo identifica que as organizações internacionais poderiam apoiar os serviços locais de saúde mental? Fale mais sobre isso.
5. Como você entende o direito à saúde e como você acha que ele se relaciona ao contexto de recepção de refugiados/as e migrantes venezuelanos/as?

6) Entrevista semiestruturada com chefe de missão de organização internacional:

1. Para começarmos, conte um pouco sobre como está sendo a participação da organização na resposta humanitária ao fluxo de migrantes venezuelanos no Brasil.
2. E especificamente sobre a resposta em saúde mental, como a organização têm se colocado diante disso?
3. Você acha que o fluxo migratório de venezuelanos e venezuelanas traz alguma mudança ou desafio para a rede de saúde mental? Fale um pouco sobre isso.
4. Em relação à resposta em saúde mental, há algum tipo de cooperação firmada entre o governo e esta organização internacional? Fale sobre isso.
5. Qual é a visão da organização sobre como pode apoiar os serviços locais de saúde mental? Fale mais sobre isso.
6. Como você entende o direito à saúde e como você acha que ele se relaciona ao atual contexto da sua atuação?

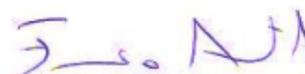
ANEXO A – Carta de Aceite do Artigo I

**Revista de
Direito Sanitário**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o artigo “Ação humanitária e direito à saúde: de onde viemos e onde estamos”, de autoria de Mariana Reis de Souza Lima e Roberta de Freitas Campos, foi aprovado para publicação pela *Revista de Direito Sanitário* (ISSN eletrônico: 2316-9044).

São Paulo, 13 de julho de 2021.



Fernando Aith
Editor-Chefe

ANEXO B – Carta de Aceite do Artigo II

Prezadas autoras,

Mariana Reis de Souza Lima e Roberta de Freitas Campos

Declaramos para os devidos fins que o capítulo intitulado "*Aproximações históricas e atuais entre saúde mental e migração forçada*" integrará a obra *SAÚDE, GÊNERO E INCLUSÃO SOCIAL DOS MIGRANTES: Propostas de diálogos ao encontro dos Direitos Humanos* – Volume III, que será financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS, em detrimento do projeto "SER MIGRANTE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: Saúde, Gênero e Inclusão Social dos Migrantes residentes na Região Noroeste do Estado" - Edital Pesquisador Gaúcho FAPERGS 05/2019. A publicação está prevista para outubro de 2022.

Janaina Machado Sturza