

REFÚGIO, GÊNERO E RESILIÊNCIA EM TEMPOS DE COVID-19

REFUGEE, GENDER AND RESILIENCE IN TIMES OF COVID-19

REFUGIO, GÉNERO Y RESILIENCIA EN TIEMPOS DE COVID-19

IDA KUBLIKOWSKI¹

ROSA MARIA
STEFANINI DE
MACEDO¹

¹ Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo
(PUC-SP), São Paulo/SP,
Brasil

RESUMO: A discriminação de gênero, segundo a Agência da ONU para Refugiados, é uma das causas do deslocamento forçado de mulheres e jovens. Os locais de reassentamento, longe de se tornarem portos seguros, podem ampliar a espiral de vulnerabilidade que as acompanha desde seus países de origem, sujeitando-as à violência. O contexto criado pela pandemia de COVID-19 amplifica os problemas e desafia as práticas de atenção à saúde mental. Assim, o presente escrito, com foco nas desigualdades de gênero que atingem as mulheres refugiadas, visa expor os desafios que se impõem à saúde mental em período de isolamento social, com foco na resiliência. Da perspectiva sistêmica, o problema se desloca de uma abordagem intrapessoal para o reconhecimento das questões macrosistêmicas envolvidas no quadro. A falta de uma política nacional coerente em relação à COVID-19 impacta de forma marcante populações vulneráveis. São, então, propostas intervenções psicológicas com vistas ao bem-estar dessa população.

Palavras-chave: refúgio, gênero, resiliência, COVID-19.

ABSTRACT: Gender discrimination, according to the UN Refugee Agency, is one of the causes of forced displacement of women and girls. Resettlement places, far from becoming safe ports, can widen the spiral of vulnerability that accompany them from their countries of origin, subjecting them to violence. The context created by the COVID-19 pandemic amplifies problems and challenges mental health care practices. Thus, the present writing, focusing on gender inequalities that affect refugee women, aims to expose the challenges that are imposed on mental health in a period of social isolation, focusing on resilience. From a systemic perspective, the problem shifts from an intrapersonal approach to the recognition of the macrosystemic issues involved in the situation, aggravated by the COVID-19 pandemic. The lack of a coherent national policy in relation to COVID-19 significantly impacts vulnerable populations. Psychological interventions are then proposed aiming at the well-being of this population.

Keywords: refuge, gender, resilience, COVID-19.

RESUMEN: La discriminación de género, según la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados, es una de las causas del desplazamiento forzado de mujeres y jóvenes. Los sitios de reasentamiento, lejos de convertirse en refugios seguros, pueden alargar la espiral de vulnerabilidad que las acompaña desde sus países de origen. El contexto creado por la COVID-19 amplifica los problemas y desafia las prácticas de atención de salud mental. La presente escritura, centrada en las desigualdades de género que afectan a las mujeres refugiadas, tiene como objetivo exponer los desafíos que se imponen a la salud mental en un período de aislamiento social, centrándose en la resiliencia. Desde una perspectiva sistémica, el problema pasa de un enfoque intrapersonal al reconocimiento de las cuestiones macro sistémicas implicadas en la situación. La falta de una política nacional coherente en relación con la COVID-19 afecta significativamente a las poblaciones vulnerables. A continuación, se proponen intervenciones psicológicas con vistas al bienestar de esta población.

Palabras clave: refugio, género, resiliencia, COVID-19.

Recebido em 27/08/2021
Aceito em 20/03/2022



Nenhum paradoxo da política contemporânea é tão dolorosamente irônico como a discrepância entre os esforços de idealistas bem-intencionados, que persistiam teimosamente em considerar "inalienáveis" os direitos desfrutados pelos cidadãos dos países civilizados, e a situação de seres humanos sem direito algum [...]. O paradoxo da perda dos direitos humanos é que essa perda coincide com o instante em que a pessoa se torna um ser humano em geral — sem uma profissão, sem uma cidadania, sem uma opinião, sem uma ação pela qual se identifique e se especifique — o diferente em geral, representando nada além da sua individualidade absoluta e singular, que, privada da expressão e da ação sobre um mundo comum, perde todo o significado. (ARENDR, 2012, p. 412)

A Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados foi formalmente adotada em 28 de julho de 1951 e visava atender aos refugiados na Europa após a Segunda Guerra Mundial. Com a emergência de novos conflitos e perseguições, um protocolo foi elaborado de forma a permitir que as provisões da Convenção de 1951 fossem aplicadas para todos os refugiados, sem limite de datas e de espaço geográfico. De forma clássica e consagrada, o refugiado é definido como:

[u]ma pessoa que está fora do seu país natal devido a fundados temores de perseguição relacionados a raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião pública. São pessoas comuns, que tiveram que abandonar seus bens, empregos, familiares e amigos para preservarem sua liberdade, segurança e vida. Também são consideradas, dentro desse conceito, pessoas obrigadas a deixar seu país devido à violência generalizada e violação massiva dos direitos humanos (Agência da ONU para Refugiados [ACNUR], 2018, p. 1).

A Cartilha para Solicitantes de Refúgio no Brasil (ACNUR, 2015), deixa explícito que a proteção aos refugiados garante a cada pessoa os direitos inerentes à condição humana, quando esses não garantidos em seu país de origem. Tais direitos são assegurados aos estrangeiros de qualquer nacionalidade que vêm trabalhar, morar ou pedir refúgio no Brasil, trata-se, por exemplo, de direito à educação, à justiça e à moradia, bem como acesso igualitário e livre a serviços, programas e benefícios sociais.

Nesse sentido, o Brasil tem altos padrões relativos à proteção de refugiados, mas apesar das salvaguardas legais há muitos desafios para a implementação dos direitos fundamentais dessas pessoas em vários âmbitos de suas necessidades, desde aquelas básicas, até as envolvidas no apoio a obtenção de documentos, moradia, emprego, saúde, educação e, especialmente, na igualdade de gênero e direitos das mulheres, foco do presente escrito. Tais desafios são expostos no relatório Tendências Globais (The UN Refugee Agency [UNHCR], 2017), o qual assinala a maior vulnerabilidade de mulheres desacompanhadas, grávidas e idosas, muitas delas fugindo de conflitos em sua terra natal e tendo sofrido violências e violações dos direitos humanos, como desaparecimento de familiares, violência sexual e de gênero, e acesso restrito a alimentos, água e eletricidade. Algumas foram repetidamente deslocadas ou foram exploradas ou abusadas em busca de segurança.

Araújo *et al.* (2019) apontam que as mulheres jovens são as maiores vítimas de violência sexual, a qual também atinge homens, crianças e adolescentes, questão pouco abordada na literatura. Tal tipo de violência ocorre predominantemente nos países de origem dos refugiados, especialmente quando há conflitos armados, que potencializam normas de superioridade masculina presentes nos locais.

Um dado relevante é a constatação de que, mesmo nos campos de refugiados, essa população continua a sofrer violência sexual perpetrada por aqueles designados para protegê-las, sendo o estupro a forma de violência mais mencionada. Os resultados obtidos pelos autores indicam que a violência sexual é frequente entre refugiados e ocorre em todas as fases do processo migratório, exigindo medidas de proteção.

A análise documental de processos de solicitação de reconhecimento da condição de refugiado realizada por Lima *et al.* (2017), a partir de 4.150 concessões de refúgio aceitas pelo governo brasileiro entre 1998-2014, com objetivo de caracterizar os perfis sociodemográficos dos refugiados reconhecidos pelo Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), revela que homens e mulheres estão sujeitos a diferentes formas de violência. As respostas, sobre tipos de violência sofridas, dadas pelos solicitantes nos formulários apontaram que entre os que vivenciaram violência física, 77,2% eram homens e 22,6% mulheres, porcentagem semelhante àquela dos que sofreram tortura, respectivamente 79,6% e 19,9%. Observamos nesse quesito uma notável diferença de gênero, pois no caso da violência sexual, 92,3% das vítimas eram do gênero feminino enquanto 7,7%, do masculino.

A discriminação de gênero, de acordo com a UNHCR (2017), seria uma das causas do deslocamento forçado de mulheres, que ao abandonarem a sua terra natal, empreendem jornadas repletas de perigos e marcadas pela violência. Os locais de reassentamento, longe de se tornarem portos seguros, ampliam a espiral de vulnerabilidade que as acompanha desde seus países de origem, por sua condição de mulheres e por serem refugiadas, discriminação agravada por outras circunstâncias, como origem étnica, deficiências físicas, religião, orientação sexual, identidade de gênero e origem social. Assim, o presente escrito, com foco nas desigualdades de gênero que atingem as mulheres refugiadas, visa expor, a partir de uma visão sistêmica, os desafios que se impõem à saúde mental de refugiadas, em período de isolamento social pela COVID-19, com foco na resiliência.

Cabe aqui um breve comentário sobre o construto de gênero, termo empregado originalmente para designar indivíduos de sexos diferentes, mas que acabou por abrigar atributos determinados culturalmente aos sexos. Gênero, na leitura de Butler (1997) é uma lente que permite desnudar disparidades de poder relativas aos sexos, as quais estão imersas em uma trama cultural difusa e são mantidas por atos sedimentados de atores sociais, que produzem conjuntos de estilos corporais transformados em sexos. No entanto, como o corpo não é passivamente inscrito com os códigos culturais, a atuação desses atores imprime um caráter pessoal a um roteiro, o que torna o gênero um processo em construção. Assim, a produção de gênero, concebida como incessante e cotidiana, abre a possibilidade de reescrever histórias de vida, mesmo aquelas mais coagidas por enredos sociais, aspectos a serem contemplados na abordagem aqui proposta, com foco no fortalecimento de recursos pessoais, familiares e comunitários.

Considerando que as mulheres representam praticamente metade do número de refugiados no mundo, as questões de gênero assumem protagonismo. No momento em que todos estamos vulneráveis à pandemia da COVID-19, os refugiados vêm sendo severamente impactados. Além disso, a violência contra mulheres está aumentando globalmente, como resultado da combinação de problemas econômicos e sociais e das medidas restritivas de contato e movimento. Antes da pandemia, estimava-se que uma em três mulheres vivenciaria a violência em seu curso de vida. Apesar de ser muito cedo para compreender os dados que vêm sendo produzidos, há estimativas preocupantes de aumento da violência contra as mulheres, estimativas que variam de 25% de aumento até o dobro de casos observados antes da pandemia (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN WOMEN], 2020).

A ONU Mulheres, no documento *The Centrality of Gender Equality and Women's Empowerment* (UN WOMEN, 2015), destaca que a experiência e as pesquisas mostram que, quando as mulheres são incluídas no planejamento e na implementação de suas necessidades humanitárias, suas famílias, comunidades e os países que as recebem usufruem dos benefícios. Assim, entre as melhores práticas a serem oferecidas para a população de refugiadas, é reafirmada a centralidade das estratégias de prevenção, com foco no aumento da autoconfiança e da resiliência das mulheres, para mitigar a violência baseada em gênero.

A literatura no âmbito da clínica psicológica indica que o modelo terapêutico de intervenção predominante para refugiados é centrado no trauma. Baseado na patologia, limita seu foco ao indivíduo e tem como objetivo a redução de sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), categorizado como uma desordem mental. Essa não seria a única maneira de abordar a questão do refúgio, pois não relevar a patologia permite descrever fatores que dificultam ou facilitam o bem-estar dessa população, bem como as estratégias utilizadas para promovê-lo (Galina *et al.*, 2017). Como destacam Machado *et al.* (2019), problematizar a patologização de diferenças implica em desestabilizar normas estabelecidas na atenção ao sofrimento humano.

As mulheres refugiadas são sobreviventes, que trazem em suas biografias não somente traumas e abusos, mas também a esperança de uma vida pacífica e segura, assim como conhecimentos, habilidades e resiliência. Os novos e velhos riscos se entrelaçam, o que pode interferir nas habilidades dessas mulheres para se estabelecerem bem nos países que as abrigam. Para alcançarem os direitos para si e suas famílias, muitas delas necessitarão de suporte especializado que respeite e reconheça suas forças e responda ao risco potencial que ameaça seu bem-estar (Bartolomei *et al.*, 2014).

O contexto criado pela pandemia amplifica problemas e desafia as práticas de atenção à saúde mental, na medida em que podemos observar entre os refugiados um aumento nas desigualdades anteriormente presentes, as quais, por sua vez, moldam quem é afetado, a severidade do impacto e suas formas de recuperação (UN WOMEN, 2020). A COVID-19 inaugura uma crise sem paralelos no cenário mundial recente, a qual pode exacerbar condições de saúde mental pré-existentes, induzir novas condições, assim como impor restrições de acesso aos serviços de saúde mental, em geral já escassos. Além disso, também dificulta a adesão a medidas para prevenir a disseminação da doença, como, por exemplo, para quem vive em locais de moradia precários, o que gera altos níveis de estresse (Organização das Nações Unidas [ONU], 2020).

É difícil compreender a dinâmica da pandemia, no entanto para a tomada de decisões não é suficiente detectar riscos. No caso da COVID-19, ações são desenvolvidas para diminuir a exposição humana à doença. Com a disseminação do vírus, governos e comunidades não estão somente enfrentando a perda de vidas, mas também devem proteger seus frágeis sistemas de saúde e seus sistemas econômicos, e desenvolver estratégias para se recuperar ao final da pandemia. Além do risco, caberia também considerar a resiliência de indivíduos e sociedades como agências preventivas na promoção de transformações estruturais e culturais. Com base na visão sistêmica da vida, a resiliência é definida como um conceito unificador, que engloba o sistema ecológico e o sistema social. Para construir resiliência, o sistema deve ser desenhado e funcionar para responder a choques e estresses (Zabaniotou, 2020).

Como destacam Capra e Luisi (2014), um sistema integrativo de atenção à saúde consiste em um sistema de promoção de saúde e assistência preventiva abrangente e eficiente, com vistas a manter e restaurar o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e comunidades, o que, por um lado, compete ao indivíduo e, por outro, se torna um assunto coletivo. Como indivíduos, temos o poder e a responsabilidade de manter o equilíbrio em nosso organismo, mas tal responsabilidade está sujeita a severas restrições, pois problemas de saúde surgem por forças econômicas e políticas. Nesse sentido, a assistência à saúde individual precisa ser acompanhada por ações sociais e planos de ação política.

Não se trata apenas da agudeza avassaladora da doença que o vírus pode provocar, a Covid-19. Trata-se do modo como a pandemia evidencia muitas camadas de vulnerabilidade. Elas se acumulam nas situações de desigualdade de acesso a serviços de saúde e de proteção social. Na fragilização do cuidado de si e do coletivo em face de incontáveis problemas socioeconômicos como a precarização do trabalho e o desemprego. Na necropolítica das inúmeras formas de racismo, exclusão e violência estrutural, sobremaneira aquelas manifestadas no robusto projeto de denegação que tem sido protagonizado por governos que combinam o neoliberalismo e o emergente extremismo de direita, como é o caso do Brasil (Segata, 2020, p.277).

Em âmbito global, observamos que os governos estão restringindo os movimentos dos refugiados e controlando de forma mais severa as fronteiras, o que impede o acesso de ajuda humanitária para atender as necessidades específicas dessa população. A resposta do governo brasileiro à COVID-19 afeta os refugiados também pela suspensão das atividades da Polícia Federal e do CONARE, o que impede a reunificação das famílias e o seguimento dos processos de asilo e naturalização. Barreiras burocráticas não permitem o acesso ao auxílio emergencial criado para apoio de populações vulneráveis. Entrevistas realizadas por Martuscelli (2020) com 25 homens e quatro mulheres, expõem vidas afetadas e permeadas por incertezas e medo, quando os refugiados se referem à pandemia no Brasil. O acesso aos serviços de saúde é evitado pelo medo da xenofobia, da discriminação e dos maus tratos vivenciados antes da epidemia. Nesse sentido, as condições geradas pela COVID-19 interagem com gênero, raça, status de imigração, locais de moradia e condições de saúde, entre outros fatores, criando espirais que se ampliam em função do aumento da vulnerabilidade social.

Há muitos pontos de convergência entre pesquisas sobre o tema, enquadramento teórico e políticas na atenção à saúde mental dos refugiados, assim como tensões. Observamos uma fratura entre os modelos ecológicos e aquele focado em sintomas, largamente utilizado em muitos contextos. Faz-se, então, necessário distinguir as necessidades de diferentes grupos, como, por exemplo, reações devidas a fatores ambientais pediriam por intervenções preventivas, ao contrário das reações traumáticas, que podem se beneficiar de psicoterapias breves. Casos mais complexos de trauma podem exigir uma reabilitação de longo prazo. No entanto, o maior desafio com o qual somos confrontados globalmente é a falta de recursos para a saúde mental. O sucesso de programas depende do estabelecimento de respostas compreensivas, inclusivas e integradas, nas quais a voz dos refugiados e de suas comunidades são vitais (Silove *et al.*, 2017).

Mapas vêm sendo elaborados no sentido do desenvolvimento e da implementação de atenção à saúde mental em tempos de pandemia. No entanto, devemos ser prudentes, na medida em que diferenças e desigualdades que se fazem presentes em nossa realidade impedem prescrições universais, considerando as condições de vulnerabilidade de diferentes grupos sociais, assim como a experiência vivida. Há, portanto, demandas específicas de atuação no âmbito da promoção de saúde, com vistas à diminuição do estresse e da ansiedade, as quais devem considerar a população em foco. No entanto, deslocar o foco para as mulheres refugiadas é contemplar aquelas que vivenciam vulnerabilidade que é anterior ao isolamento social e que acaba por se agravar com ele.

A SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE REFÚGIO: VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA

A alta incidência de problemas entre as mulheres, associados às questões de gênero, expõe uma questão sensível no âmbito da saúde mental, quando a resposta ao trauma se baseia em modelos de enfermidade intrínseca à pessoa. Tais modelos, pautados em normas, embaçam a visão e permitem naturalizar diferenças face a comportamentos que, considerados ‘normais’, sob as lentes das questões de gênero se transformam em desigualdades. Como nos ensina Walsh (2016), ao nos referirmos à normalidade, dois equívocos podem ser cometidos. O primeiro é patologizar indivíduos, famílias e comunidades, rotulando processos normais como disfuncionais ou a diferença como anormal. Por outro lado, é possível que não se reconheça nesses âmbitos processos disfuncionais, os quais são considerados normais. Aqui são desconstruídos dois mitos sobre a família normal, por um lado, presumir que famílias normais não têm problemas pode levar a patologização de famílias comuns que lidam com experiências traumáticas. Por outro lado, pressupor um modelo universal e ideal de família leva a rotular famílias com valores, estruturas e papéis de gênero diferentes como disfuncionais. Cabe, no entanto ressaltar que:

[t]ratamento humilhante baseado no gênero, violência e abuso nunca devem ser normalizados, apesar de sua ocorrência comum ou da sua racionalização como atitude sancionada por crenças culturais ou religiosas. Aceitação da diversidade não é o mesmo que vale tudo (Walsh, 2016, p. 48).

O conceito de resiliência, na teoria e nas práticas sistêmicas, se articula com a questão da vulnerabilidade social, crítica nos casos de deslocamentos forçados. Segundo Knobloch (2015), a forma como a assistência à saúde a refugiados é entendida, ao naturalizar a experiência migratória como risco que leva à patologia psíquica, impede o reconhecimento dos problemas sociais, políticos e econômicos envolvidos.

Uekusa & Matthehewman (2017), afirmam que a vulnerabilidade social se expõe nas desigualdades estruturais existentes antes de situações de desastre, foco da pesquisa dos autores. O presente escrito busca contemplá-la nas três fases do processo de migração: antes, durante e após o reassentamento. A vulnerabilidade pode ser reduzida ao se promover resiliência, na medida em que vulnerabilidade e resiliência coexistem em uma relação inversa entre si. Apesar dessa relação, vulnerabilidade social não é sinônimo de falta de resiliência, pois tal relação é complexa e multidimensional, já que resiliência e vulnerabilidade podem se apresentar ao mesmo tempo, em função de diferentes formas de discriminação.

O termo *vulnerabilidade social* assume diferentes conotações na literatura e é aqui utilizado considerando as múltiplas dimensões da pobreza, que, além da renda familiar, envolve a escolaridade, a fase do ciclo de vida familiar e a segregação espacial. Trata-se de uma noção multidimensional, pois pode afetar pessoas, grupos e comunidades em diferentes planos de seu bem-estar, estando relacionada à capacidade dos envolvidos de atualizar os recursos requeridos para o aproveitamento de oportunidades, ou seja, a resiliência (Ferreira *et al.*, 2006).

A resiliência pode ser traduzida como a habilidade potencial de recuperação e crescimento em famílias que se deparam com sérias situações disruptivas. O fato marcante é que, enquanto algumas famílias são muito afetadas por essas situações, outras emergem fortalecidas e mais instrumentadas para lidar com os obstáculos impostos pela vida. Essa habilidade de lidar com as adversidades é vista como uma interação recursiva entre múltiplos fatores de risco e processos protetivos, a qual abrange fatores individuais, a família e influências socioculturais (Walsh, 2016). Apesar de a pandemia de COVID-19 impactar diretamente as conexões sociais em função do distanciamento físico, isso não significa que não haja resiliência, pois mesmo as comunidades mais vulneráveis contam com recursos e fontes de resiliência.

Delineia-se aqui um processo conceituado como cascatas desenvolvimentais (Masten & Cicchetti, 2010), as quais envolvem um fluxo de competências, riscos, resiliência, proteção e vulnerabilidade através de diferentes domínios e do tempo. Portanto, a resiliência familiar se expressa em uma variedade de trajetórias possíveis e, nesse sentido, o principal objetivo de intervenções com famílias vulneráveis é cultivar forças em múltiplos níveis, como entre os membros da família, entre os subsistemas familiares e entre o sistema familiar e o seu ecossistema. Quando ativas, essas forças permitem às famílias navegarem para o crescimento em meio a ondas de desafios inesperados (Henry *et al.*, 2015).

Siriwardhana *et al.* (2014) destacam, em uma revisão sistemática de literatura sobre resiliência e saúde mental em populações de refugiados adultos, que a alta qualidade de suporte social e familiar se relaciona com resiliência aumentada e níveis mais baixos de problemas psicológicos em todas as fases da migração. Gênero e estressores diários se mostraram como fatores associados com a resiliência, assim como deslocamentos longos e as condições de vida nos locais nos quais os refugiados se estabelecem nos países hospedeiros. Portanto, a resiliência se expõe de forma dinâmica e se desenvolve nas trajetórias individuais e comunitárias como produto de um ambiente que oferece apoio e ajuda a indivíduos, famílias e comunidades no sentido de superarem a adversidade.

A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DIRIGIDA A MULHERES REFUGIADAS

A literatura indica a efetividade de intervenções pautadas na resiliência para populações vulneráveis em situação de deslocamento forçado, especialmente por seu caráter preventivo, que têm por ponto de partida as habilidades, a força e o conhecimento que indivíduos, famílias e comunidades trazem consigo em suas jornadas, mas sem deixar de reconhecer o sofrimento e as possíveis incapacitações, fatores que coexistem e conflitam em processos em cascata, em uma dinâmica que permite afastar o estigma ligado à doença mental.

É possível observar que os refugiados trazem consigo recursos que lhes permitem superar adversidades, o que não exclui a necessidade do desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde mental, as quais devem respeitar a diversidade de grupos e contextos. Assim, diferenças na saúde mental de homens e mulheres

levantam a possibilidade de diferenças similares na resiliência. Grupos vulneráveis, como sobreviventes de violência baseada em gênero, podem demandar programas específicos, que merecem atenção pela possibilidade de efeitos paradoxais, na medida em que promover a coesão comunitária em grupos nos quais as violências de gênero ocorrem pode resultar em piora da saúde mental das mulheres, as quais, ao não serem escutadas, não conseguem realizar mudanças em padrões relacionais. Assim, vantagens e desvantagens de diferentes formas de intervenções devem ser avaliadas em sua efetividade, analisadas caso a caso (Siriwardhana *et al.* 2014).

No que se refere à violência baseada em gênero, as mulheres afirmam não terem com quem partilhar as suas experiências. Sua relutância em falar se torna uma das maiores barreiras para o desenvolvimento de políticas e programas para prevenir tal violência. Narrar essas histórias, em qualquer circunstância, é muito difícil, e pesquisas descrevem a vergonha, o não conhecimento da língua, o medo de serem detidas pela polícia ou até deportadas. Mulheres que sofreram abuso sexual e foram estupradas mantêm segredo do fato para agentes da imigração e no local de trabalho, pelo medo de serem rotuladas de profissionais do sexo, o que poderia custar-lhes o status de refugiadas, seu visto ou seu emprego (Freedman, 2016). Cabe também lembrar que a falta de voz, em meio à desintegração dos mundos conhecidos, parece invocar a quebra de narrativas, o que retira da linguagem sua capacidade de construir significado e coerência.

Por outro lado, os estigmas relacionados à saúde mental são fatores que levam à relutância em acessar os serviços de atenção à saúde mental (Shannon, *et al.*, 2015). Mesmo que essas mulheres busquem ajuda para sintomas psicossomáticos relativos às experiências vividas, a raiz do problema permanece não reconhecida e não tratada, o que constitui uma conspiração de silêncio (Bartolomei *et al.*, 2014).

Silvestri (2020), em pesquisa realizada com profissionais que atuam junto aos refugiados em uma ONG localizada em São Paulo, evidencia tal resistência ao tratamento psicoterapêutico, pois de acordo com os psicólogos da equipe, as pessoas dizem 'não terem traumas'. Os refugiados, quando questionados sobre as dificuldades que enfrentam, não fazem referência ao passado, mas sim às barreiras com a língua e às dificuldades de encontrarem emprego.

O que essa breve incursão expõe são os muitos entraves, sejam aqueles subjetivos, sejam os estruturais, que impedem o acesso dessa população à saúde mental. Por sua vez, os próprios sistemas de saúde se veem tolhidos em suas possibilidades, pela falta de recursos que impede a presença de intérpretes e de equipes multiprofissionais, bem como a avaliação da efetividade de intervenções que ofereçam respostas a homens e mulheres em suas necessidades específicas e na medida dessas necessidades específicas.

Siriwardhana *et al.* (2014) e Walsh (2006) evidenciam tal efetividade com a realização de grupos multifamiliares, que propiciam o aumento da autoconfiança, a diminuição do isolamento social e promovem o acesso ao sistema de saúde mental. Nesses grupos, várias famílias, que compartilham experiências de estresse, têm seu isolamento diminuído e veem fomentados os laços de apoio. Por outro lado, uma concepção em diferentes níveis e domínios permite, durante a realização dos grupos, encaminhamentos para intervenções em múltiplas instâncias, por exemplo, para mulheres vitimadas por violência de gênero e abuso sexual.

Poderíamos diferenciar as abordagens tradicionais em saúde mental das intervenções sistêmicas pelo foco de cada uma, o qual se desloca, no caso de intervenções sistêmicas, da disfunção para os recursos familiares. Isso porque o diagnóstico não constitui pré-requisito para a atenção à saúde. Nesse sentido, ao invés de colher informações sobre o passado para determinar patologias, são identificados

os recursos potenciais da família, cujos problemas se constituem por soluções não efetivas para resolvê-los. O papel do psicólogo passa a ser o de colaborador, ao invés de especialista, e o tratamento não propõe remédios, mas sim a criação de contextos que contribuem para a busca de alternativas possíveis, por meio do compartilhamento e da ressignificação das histórias vividas, como propõe a abordagem de práticas colaborativas. Assim, o profissional colocará seu foco no fortalecimento das famílias, reforçando sua resiliência pelo discurso da esperança.

Além das formas de intervenção, cabe destacar a necessidade de formar equipes que estejam habilitadas, a partir de uma perspectiva multicultural, a compreender discriminações que mantêm a vulnerabilidade, especialmente das mulheres, assim como atuar nas mudanças de políticas, leis e práticas que afetam a população em foco. Também devemos considerar, em abordagens sistêmicas, a disponibilidade dos serviços de saúde levando em conta custo, localização e a questão da língua e da comunicação. Se os estressores na vida cotidiana são muito citados pelas mulheres, o suporte externo é considerado um grande facilitador para o desenvolvimento da resiliência e implica, entre outras condições, o local de moradia, estar ou não legalmente no país hospedeiro, as redes sociais, cursos de língua, segurança financeira e ajuda para navegar pelo serviço social.

As expectativas para a igualdade de gênero se veem frustradas frente à COVID-19, especialmente quando o olhar se volta para as vulnerabilidades nos sistemas políticos, sociais e econômicos, as quais se amplificam ao sabor da pandemia. Esses impactos compostos são sentidos de forma marcante pelas mulheres, que em geral ganham menos, estão no trabalho informal ou vivendo nos limites da pobreza. É observado, durante a pandemia, um aumento da violência contra as mulheres; o estresse também é gerado por perdas de salário, acesso restrito a serviços básicos e impossibilidade de se afastar de situações abusivas, em um contexto no qual, com as crianças fora da escola e o atendimento aos idosos, o trabalho doméstico aumenta (UN WOMEN, 2020).

Esse contexto desafia as práticas psicológicas na definição de políticas e estratégias que permitam quebrar círculos incapacitantes de desqualificação e exclusão, de forma a permitir aos refugiados o acesso a recursos externos, assim como ações que lhes permitam acessar recursos internos. Na impossibilidade de desenhar mapas universais de atenção à saúde mental durante a pandemia, e visando minimizar suas consequências, a ONU (2020) elabora recomendações referentes à saúde mental.

Na primeira, cabe considerar a saúde mental na resposta nacional à COVID-19, com foco no aumento das habilidades das pessoas para lidarem com a crise, aspecto diretamente relacionado à promoção da resiliência. Cada governo deve também considerar o impacto de suas ações na saúde mental, assim como promover uma comunicação empática e orientadora sobre a doença, de forma a reduzir, na população, não só a contaminação, como a ansiedade. O que se observa nas ações desenvolvidas no Brasil é o avesso dessas recomendações, isto é, a falta de uma política nacional coerente e transparente em relação à COVID-19, o que deve gerar impactos na saúde física e mental dos brasileiros em geral, impacto esse que aumenta na proporção da vulnerabilidade da população em foco. Tal política se expõe em ações descentralizadas, regidas por uma comunicação inconsistente, em dados que, quando não ocultados, competem e conflitam. Podemos então supor um aumento da desconfiança, assim como do estresse e da ansiedade, ou ainda a descrença sobre os graves efeitos que a doença pode gerar. Cabe também destacar a necessidade de melhor compreender os efeitos, na saúde mental, do alto consumo de informações, muitas delas falsas, proporcionadas pela mídia e pelas redes sociais, e sua relação com a ansiedade e/ou depressão.

Para reduzir a insegurança em populações vulneráveis, as informações podem ser oferecidas em linguagem simples, com uso de diferentes canais, que incluem TV, rádio, jornais, telefones móveis. A atenção à saúde deve lançar mão da telemedicina, que protege os profissionais de saúde, o que demanda assegurar para as populações vulneráveis o acesso à internet e outros meios de comunicação. Assim, recomendações que visem o bem-estar, durante o confinamento, e diminuam a insegurança promovem resiliência, ao oferecerem informação segura e relações sociais e afetivas significativas.

A segunda recomendação da ONU (2020) visa assegurar a disponibilidade de atenção à saúde mental emergencial e suporte psicológico para a população. Atender a esse objetivo, durante a pandemia de COVID-19, significa fortalecer a coesão social e reduzir a solidão, investindo em intervenções que possam ser realizadas remotamente, o que representa uma grande oportunidade de introduzir inovações na atenção à saúde mental. Nesse quesito, o Brasil apresenta uma vantagem com seu Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, de acordo com o Ministério da Saúde (2020), está baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que garantem o acesso à saúde a todos os cidadãos e, os mesmos direitos, aos refugiados, visando diminuir desigualdades, em ações que contemplam aspectos biológicos, psicológicos, sociais e os contextos de vida, com vistas à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação da saúde. Assim, o foco na Atenção Primária à Saúde remete à ideia sistêmica de clínica ampliada e está em consonância com uma abordagem baseada na resiliência, conforme aqui proposta, apesar do processo de precarização que o sistema vem sofrendo.

Na terceira recomendação da ONU, é apontado o baixo investimento em saúde mental, na maior parte dos países, e a necessidade de pesquisas para monitorar e avaliar os problemas criados pela pandemia na área. Também é importante compreender a extensão das consequências da COVID-19 e os efeitos sociais e econômicos da perspectiva da população afetada.

Martin *et al.* (2018) argumentam que o fluxo migratório internacional é baixo no Brasil e que, apesar dos avanços representados por uma legislação protetiva aos direitos dos refugiados, há problemas gerados pela não inclusão e a efetivação plena de direitos relativos ao mercado de trabalho, condições de vida não adequadas, desrespeito às diferenças, racismo, problemas esses que são agravados pela necessidade de desenvolvimento de habilidades interculturais nas equipes de saúde, cruciais aos processos de inclusão.

Os relatos veiculados, pela mídia impressa, sobre os refugiados venezuelanos no Brasil expõem este quadro de falta de condições mínimas de vida para mulheres e crianças nos locais de abrigo. Apesar de os organismos de proteção darem destaque à qualificação feminina para o trabalho, este se mostra em funções tipicamente femininas e subalternas, o que, além de significar menor renda, denota falta de oportunidades concretas de emancipação por meio de um acolhimento digno e acesso à educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descontextualizar desigualdades sistêmicas e retratá-las como um problema intrapessoal implica não reconhecer as questões culturais e sociais envolvidas no quadro de sofrimento que as mulheres refugiadas expõem e que se vê agravado em situação de pandemia. Respostas assim oferecidas à discriminação e à violência baseada em gênero, que também atingem as brasileiras em níveis alarmantes, é pressupor a impossibilidade de essas mulheres realizarem mudanças em suas vidas em níveis mais amplos do que o intrapessoal.

Nesse sentido, a falta de atenção aos fatores socioeconômicos e estruturais pode diminuir os benefícios de intervenções voltadas à saúde mental, benefícios esses que são ofuscados pela luta diária para sobreviver e pelos estigmas a ela associados à saúde mental. No decorrer do presente escrito oferecemos uma reflexão sobre o significado das intervenções em saúde mental em situação de refúgio, a partir de uma perspectiva de gênero, que contempla a vulnerabilidade social, agravada pela COVID-19, e se volta à resiliência. Por outro lado, apontamos serem as tecnologias da informação e comunicação uma alternativa reconhecida a ser utilizada, na situação excepcional na qual nos encontramos, na atenção à saúde mental.

No contexto de distanciamento social, as estratégias para se conectar com a população em foco devem relevar o tempo dos encontros, que tende a diminuir em relação a encontros presenciais. Em situações nas quais haja falta de acesso a meios digitais e à internet, falta de habilidades para uso dos meios digitais, barreiras de linguagem e falta de privacidade nos locais de moradia, podem ser utilizadas chamadas telefônicas, mesmo ante a impossibilidade de realizar uma leitura das mensagens do corpo. Muitos dos trabalhos publicados que versam sobre saúde mental e COVID-19 foram desenvolvidos como revisões de literatura, que nos trazem informações de suma importância para pensarmos tal articulação durante o isolamento social. No entanto, pesquisas se fazem necessárias para ouvir a voz de refugiadas e refugiados, com vistas a avaliar as intervenções que vêm sendo realizadas, assim como compreender as consequências desse novo contexto de vida, a partir da perspectiva das pessoas que vêm lidando com ele.

A rede protetiva aos refugiados em nosso país, mesmo que garantida por lei, está esgarçada e pede por intervenções que reafirmem o acesso à saúde como direito fundamental, mas também que tenham por alvo questões macro sistêmicas, que incluem os âmbitos organizacional, institucional, econômico e das políticas públicas. Os refugiados, por sua vez, devem participar ativamente do processo, pois apesar do desnudamento das discriminações e injustiças, as vozes que se voltam contra o sexismo, racismo e ódio nacionalista, são pouco ouvidas. Impõe-se uma mudança para que os direitos humanos inalienáveis possam ser efetivamente estendidos àqueles que deixaram seus bens, empregos, familiares e amigos para preservarem sua liberdade, segurança e vida.

- Agência da ONU para Refugiados [ACNUR] (2015). *Cartilha para Solicitantes de Refúgio no Brasil*. Recuperado de <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-para-Solicitantes-de-Ref%C3%BAgio-no-Brasil-ACNUR-2015.pdf>
- Agência da ONU para Refugiados [ACNUR] (2018). *Protegendo refugiados no Brasil e no mundo*. Recuperado de <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Protegendo-Refugiados-no-Brasil-e-no-Mundo-ACNUR-2018.pdf>
- Araújo, J. D. O., Souza, F. M. D., Proença, R., Bastos, M. L., Trajman, A., & Faerstein, E (2019). Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 53, 78. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001081>
- Bartolomei, L., Eckert, R., & Pittaway, E. (2014). "What happens there... follows us here": Resettled but still at risk: Refugee women and girls in Australia. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 30(2), 45-56.
- Butler, J. (1997) Performative acts and gender constitution: an essay in phenomenology and feminist theory. In: Conboy, K.; Medina, N. & Stanbury, S. (Eds.). *Writing on the Body: Female Embodiment and Feminist Theory*. New York: Columbia University Press, p.401-417.
- Capra F., & Luisi, P.L. *A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas*. São Paulo: Cultrix, 2014.
- Ferreira, M. P., Dini, N. P. & Ferreira, S. P. (2006). Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, 20(1), 5-17.
- Freedman, J. (2016). Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee" crisis. *Reproductive health matters*, 24(47), 18-26.
- Galina, V. F., Silva, T. B. B. D., Haydu, M., & Martin, D. (2017). A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 297-308.
- Henry, C. S., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. W. (2015). Family resilience: Moving into the third wave. *Family Relations*, 64(1), 22-43. 2016. DOI.1111/fare.12106
- Knobloch, F. (2015). Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, 26(2), 169-174 <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140015>
- Lima, J. B. B., Fuentes Muñoz, F. P., Nazareno, L. D. A., & Amaral, N. (2017). *Refúgio no Brasil: caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014)*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, 2017. Recuperado de <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8061/1/Ref%C3%BAgio%20no%20Brasil-caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20perfis%20sociodemogr%C3%A1ficos%20dos%20refugiados-1998-2014.pdf>
- Machado, G. D. S., Barros, A. F. O., & Martins Borges, L. (2019). A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Santa Catarina. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27, 79-96. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005506>
- Martin, D., Goldberg, A., & Silveira, C. (2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 26-36. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170870>
- Martuscelli, P. N. (2020). Como refugiados são afetados pelas respostas brasileiras a COVID-19? *Revista de Administração Pública*, 54(5), 1446-1457. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200516>

- Masten, A. S., & Cicchetti, D.** (2010). Developmental cascades. *Development and psychopathology*, 22(3), 491-495. <http://doi.org/10.1017/S0954579410000222>
- Ministério da Saúde** (2020). Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>
- Organização das Nações Unidas [ONU]** (2020) COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. *Gênero e COVID-19*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52432/OPASWBRACOV19-1920085_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Segata, J.** (2020). Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horizontes Antropológicos*, 26(57), 275-313. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-71832020000200010>
- Shannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J., & Becher, E.** (2015). Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations. *Journal of Loss and Trauma*, 20(3), 281-296. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.934629>
- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S.** (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130-139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Silvestri, P. R.** (2020). *Atravessando o Mar Egeu: Atuação do profissional de Psicologia em Organização não Governamental para refugiados*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R.** (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and health*, 8(1), 1-14.
- The UN Refugee Agency [UNHCR]** (2017). *Global Trends: Forced Displacement in 2017*. Recuperado de <https://www.unhcr.org/5b27be547>.
- Uekusa, S., & Matthewman, S.** (2017). Vulnerable and resilient? Immigrants and refugees in the 2010–2011 Canterbury and Tohoku disasters. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 22, 355-361. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2017.02.006>
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN WOMEN]** (2015). *The Centrality of Gender Equality and Women's Empowerment for the Formulation of the Global Compact on Refugees*. Recuperado de <https://www.unhcr.org/59ddff717.pdf>
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN WOMEN]** (2020). *Violence Against Women and Girls Data Collection during COVID-19*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-violence-against-women-and-girls-data-collection-during-covid-19>
- Walsh, F.** (2006). *Strengthening family resilience*. 2nd.ed. New York: Guilford.
- Walsh, F.** (2016). Diversidade e complexidade nas famílias do século XXI. In: F. Walsh, *Processos normativos da família*. Diversidade e complexidade (pp. 3-27). Porto Alegre: Artmed.
- Zabaniotou, A.** (2020). A systemic approach to resilience and ecological sustainability during the COVID-19 pandemic: Human, societal, and ecological health as a system-wide emergent property in the Anthropocene. *Global Transitions*, 2, 116-126.

IDA KUBLIKOWSKI

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP e do Curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal: Intervenções sistêmicas em diferentes contextos (COGEAE).

<https://orcid.org/0000-0002-2126-9557>

E-mail: idakublikowski@pucsp.br

ROSA MARIA STEFANINI DE MACEDO

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Professora Emérita do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Coordenadora do Curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal: Intervenções sistêmicas em diferentes contextos (COGEAE).

<https://orcid.org/0000-0002-1238-7295>

E-mail: romacedo@pucsp.br