

## Práticas em Saúde Mental no Campo Humanitário do Refúgio: Entre o Prescritivo e o Inventivo

Suzana Almeida Araújo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,  
MG, Brasil

Marco Aurélio Máximo Prado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,  
MG, Brasil

**Resumo:** Este artigo versa sobre as formas de intervenção psicológica orientadas às pessoas em situação de refúgio, traçando os contornos que as intervenções assumem em campo e as intersecções desse fazer com as políticas humanitárias e o sistema de governança global. Foi desenvolvida uma investigação qualitativa e exploratória, com a realização de entrevistas com distintos interlocutores que atuam no campo humanitário do refúgio e situações de crise. Aqui, são trazidos os relatos de 11 profissionais da Psicologia atuantes em ONGs, projetos, programas e agências internacionais. Em campo, as ações desenvolvidas são as mais amplas e têm objetivos muito variados, sendo enquadradas, de modo geral, entre abordagens clínicas ou psicossociais. A Psicologia é convocada a prestar auxílio a pessoas em mobilidade, integrando o trabalho das organizações internacionais com atuação sem fronteiras e das políticas públicas de acolhimento e integração nos países de recepção. A saúde mental é um foco de atenção que se insere nas práticas de intervenção, mobilizando ações tanto de caráter preventivo, como de atendimento especializado, quando há detecção de problemas. Os profissionais abordam tais demandas dentro das possibilidades de atuação oferecidas pelo contexto, entendendo que há a exigência de reinvenção dos aportes da Psicologia para dar conta desse cenário móvel, heterogêneo, instável, marcado por vivências extremas.

**Palavras-chave:** Trabalho Humanitário, Refúgio, Saúde Mental, Intervenções Clínicas e Psicossociais.

---

## Mental Health Practices in the Humanitarian Refugee Field: Between the Prescriptive and the Inventive

**Abstract:** This article addresses forms of psychological intervention aimed at refugees, outlining the contours that interventions take in the field and the intersections of this action with humanitarian policies and the global governance system. A qualitative and exploratory investigation was developed by means of interviews conducted with different interlocutors who work in the humanitarian field of refuge and crisis situations. Here we bring the accounts of 11 psychology professionals working in NGOs, projects, programs and international agencies. In the field, broader actions are developed with varied goals, generally falling between clinical and psychosocial approaches. Psychology is called upon to provide assistance to displaced people, integrating the work of international organizations that operate without borders and public reception and integration policies in the receiving countries. Mental health is a focus of attention that is part of intervention practices, mobilizing actions of preventive and specialized care when problems are detected. Professionals address such demands within the possibilities of action that the context offers, understanding that there is a requirement to reinvent the contributions of Psychology to deal with this mobile, heterogeneous, unstable scenario, marked by extreme experiences.

**Keywords:** Humanitarian Work, Refuge, Mental Health, Clinical and Psychosocial Interventions.

## Práticas de Salud Mental en el ámbito Humanitario del Refugio: entre lo Prescriptivo y lo Inventivo

**Resumen:** Este artículo aborda formas de intervención psicológica dirigidas a personas en situación de refugiados al delinear los contornos que toman las intervenciones en el ámbito y las intersecciones de esta acción con las políticas humanitarias y el sistema de gobernanza global. Se desarrolló una investigación cualitativa y exploratoria, con entrevistas realizadas a diferentes interlocutores que trabajan en el ámbito humanitario de refugio y situaciones de crisis. Aquí se presentan los informes de once profesionales de la Psicología que trabajan en ONG, proyectos, programas y agencias internacionales. En el campo, las acciones desarrolladas son las más amplias y tienen objetivos muy variados, generalmente entre el enfoque clínico y el psicosocial. La Psicología está llamada a prestar asistencia a las personas en movilidad, integrando el trabajo de los organismos internacionales que operan sin fronteras y las políticas públicas de acogida e integración en los países receptores. La salud mental es un foco de atención que forma parte de las prácticas de intervención y moviliza acciones tanto de carácter preventivo como de atención especializada, cuando se detectan problemas. Los profesionales abordan tales demandas dentro de las posibilidades de acción que ofrece el contexto, y es necesario reinventar los aportes de la Psicología para abarcar este escenario móvil, heterogéneo, inestable, marcado por experiencias extremas.

**Palabras clave:** Trabajo Humanitario, Refugio, Salud Mental, Intervenciones Clínicas y Psicosociales.

### Introdução

No século XX vimos a especialização de organizações dedicadas ao trabalho humanitário, engajadas em levar auxílio para diversas partes do mundo. As intervenções ficam a cargo de agências do governo, intergovernamentais ou de organizações não governamentais (ONGs), com predominância destas últimas nas ações *in loco*, frequentemente compostas por entidades com vínculos religiosos. Nelas, atuam profissionais e voluntários de várias áreas, entre eles, psicólogos. A Psicologia começa a entrar nesse cenário de forma mais consistente no final do século XX (Weintraub, Noal, Vicente, & Knobloch, 2015), mediante a incorporação do eixo saúde mental nos trabalhos das equipes internacionais de intervenção emergencial, pautada em demandas de apoio psicológico tanto por parte das vítimas como dos trabalhadores que atuam nesses contextos.

Um dos eixos do trabalho humanitário está voltado a pessoas em mobilidade, em suas distintas modalidades – refugiados, migrantes, pessoas internamente deslocadas. No mundo, estima-se que existam mais de 117 milhões de deslocados forçados (United Nations High Commissioner for Refugees, 2023), ou seja, pessoas que se viram obrigadas a deixar

seus locais de residência habitual em virtude de situações de ameaça à vida, que saem em busca de proteção em outros territórios. Esses movimentos massivos têm posto em xeque as condições materiais e estruturais dos países de recepção, mobilizando todo um corpo de organizações e atores governamentais, não governamentais e internacionais, que se ocupam do manejo da questão migratória, da formulação de políticas e da adoção de estratégias seja para conter os fluxos de pessoas, seja para compor um sistema de proteção e assistência internacionalmente articulado e implementado nas políticas locais dos países de chegada.

Os movimentos migratórios não ocorrem de maneira uniforme, eles assumem diferentes dinâmicas conforme o momento histórico e o contexto em que ocorrem, ocasionados por uma grande variedade de circunstâncias e de motivações. Eles podem ser estimulados ou rigidamente rechaçados, de acordo com os interesses dos países. Com isso, diferentes formas de manejo da questão também se estabelecem. Como apontam Barichello e Araujo (2014), “o fenômeno dos conflitos relacionados com divisões étnicas e sociais, violações de direitos humanos e políticas discriminatórias não é novo”, ao longo da história,

muitos tiveram que “abandonar os seus lares, cidades ou países, vítimas de circunstâncias que atingiam sua segurança, integridade física e psicológica ou, ainda, seus direitos humanos fundamentais. Trata-se de um fenômeno recorrente, assim como é recorrente a aspiração por refúgio e segurança em outro local” (p. 74).

Os fluxos migratórios de pessoas são enquadrados em categorias de classificação, adotadas principalmente para direcionar os processos de regularização de visto e autorização de permanência nos países de recepção, que se pautam nos motivos que levaram ao êxodo. Distingue, entre diversos tipos de fluxos, aqueles que podem ser beneficiários de um sistema de proteção, mediante a constatação de determinadas circunstâncias que os tornam elegíveis a recorrer a tal sistema. Aqui se localiza o instituto do refúgio, criado para oferecer proteção a pessoas vítimas de perseguição, por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas (Organização das Nações Unidas, 1951), ou pessoas que fogem dos seus países em virtude de ameaças à vida, segurança e liberdade, pela violência generalizada, conflitos internos, violação de direitos humanos ou outras circunstâncias que perturbaram gravemente a ordem pública (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 1984).

A experiência do deslocamento pode ser atravessada por grandes adversidades, que vão desde o início do movimento migratório, quando indivíduos, famílias e coletividades deixam seu lugar de residência habitual por uma situação de vida que se encontra insustentável, em razão de situações como perda da casa, do trabalho e da comunidade, fome, exposição à guerra, morte dos familiares, agressões físicas e sexuais, tortura e aprisionamento. Durante o deslocamento, enfrentam também condições extremas que envolvem danos físicos, violência, doenças infecciosas, extorsão, tráfico de pessoas, incerteza quanto ao seu estatuto nos países onde buscam asilo. Ao chegar no país de acolhimento, se deparam com uma situação socioeconômica precária, marginalização, falta de apoio social adequado, podendo permanecer em espaços restritos, como os campos de refugiados/deslocados, por tempo indeterminado (Antunes, 2017; Jong, Scholte, Koeter, & Hart, 2000; Giacco, Laxhman,

& Priebe, 2018; Mosquera, Lozano, Gutiérrez, Robayo, & Leal, 2010; Nickerson et al., 2015; Pinillos, 2012; Pussetti, 2009; Weintraub et al., 2012).

Considerando todas essas adversidades comumente presentes na trajetória de migrantes forçados e refugiados, entende-se que existe certa susceptibilidade para manifestar distintas formas de adoecimento, especialmente de sofrimento psíquico. Há uma compreensão estabelecida que diz das implicações da experiência migratória ou das vivências de crise para as condições de saúde mental das pessoas. Há, inclusive, uma expectativa de adoecimento, como aponta Fassin (2014), que cai no âmbito da regularidade, ou seja, diante do trágico, coloca-se dentro do espectro da normalidade que sujeitos saudáveis adoecem, tratando-se de uma “reação normal a um evento anormal”. As narrativas sobre os processos de adoecimento passam pela identificação de demandas por atendimento psicológico, que pautam o formato no qual o atendimento ocorrerá. Assim, a assistência psicológica tem sido preconizada como uma ferramenta para lidar com as dificuldades enfrentadas no processo, com os possíveis abalos produzidos pela experiência do migrar e, mais especificamente, do migrar forçosamente.

A Psicologia é, portanto, convocada a prestar auxílio a pessoas em mobilidade, integrando o trabalho das organizações internacionais com atuação sem fronteiras e das políticas públicas de acolhimento e integração nos países de recepção. Assim, este artigo versa sobre as formas de intervenção psicológica, em suas várias expressões, orientadas a pessoas em situação de refúgio<sup>1</sup>, traçando os contornos que as intervenções assumem em campo e as intersecções desse fazer com as políticas humanitárias e o sistema de governança global.

## Método

Foi desenvolvida uma investigação qualitativa e exploratória, buscando apreender as elaborações dos sujeitos da pesquisa acerca de suas práticas, suas vivências, como se colocam em campo e se relacionam com as pessoas para as quais prestam atendimento e as organizações. Entende-se que essas perspectivas, experiências e práticas localizadas se dão em

---

<sup>1</sup> Trata-se de um recorte da pesquisa de doutorado, intitulada “Psicologia e Humanitarismo: um estudo sobre as políticas de intervenção no campo do refúgio”, de autoria de Suzana Almeida Araújo, orientada pelo Prof. Marco Aurélio Máximo Prado (Doutorado em Psicologia, UFMG, 2022).

contextos organizados sob determinadas lógicas de pensamento, são consistentes com um quadro dominante que caracteriza o campo político no qual os atores ou instituições estão envolvidos, como apontam Louis e Maertens (2021). Trata-se de olhar para práticas, que se dotam de certa regularidade, lógica e razão, sendo as práticas “consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (Foucault, 2006, p. 338). O fazer da Psicologia se soma a outras práticas que respondem à razão humanitária, que define atores, processos, meios e fins.

Foram realizadas 24 entrevistas com distintos interlocutores que atuam no campo humanitário do refúgio e situações de crise (total de 26 pessoas, visto que duas entrevistas foram realizadas em dupla). Aqui, são trazidos os relatos de 11 profissionais da Psicologia oriundos de Portugal (4), Brasil (5), Alemanha (1) e Palestina (1), atuantes em ONGs, projetos, programas e agências internacionais que se ocupam das migrações e do refúgio.

A aproximação com os entrevistados se deu com a participação da coautora em eventos sobre o tema das migrações e do refúgio, tanto acadêmicos quanto organizados pela sociedade civil organizada e agências humanitárias, no Brasil e em Portugal (onde foi realizado o doutorado sanduíche da coautora), em um período de dois anos, quando foi feita a identificação e abordagem dos atores humanitários. Após essa primeira aproximação, era combinado o momento da entrevista, sendo que duas aconteceram de forma presencial e nove por meio de plataforma de videoconferência (Skype). A gravação das primeiras se deu com o uso do celular, e das últimas com a gravação em vídeo pela plataforma, tendo sido todas posteriormente transcritas pela autora. Nove entrevistas foram feitas em português e duas em inglês.

As pessoas entrevistadas atuavam diretamente nos processos de intervenção voltados a pessoas refugiadas e migrantes de crise, por meio de ONGs e agências humanitárias, tendo sido este o requisito para inclusão na pesquisa. Tal atuação se dava nas práticas de acolhimento e integração em Portugal e no Brasil, em campos de refugiados e zonas fronteiriças em países como Guiné Bissau, Grécia, Camboja, Sudão do Sul, Turquia, Cisjordânia. Ao longo do texto, eles(as) são identificados(as) por uma letra. No Quadro 1, é

apresentada uma breve caracterização do contexto de atuação destes interlocutores:

*Quadro 1*

Contextos de atuação das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os)

Identificação	Campo de atuação
B/Psi	Campos de refugiados / atuação sem fronteiras
D/Psi	Campos de refugiados / atuação sem fronteiras
N/Psi	Campos de refugiados / atuação sem fronteiras
M/Psi	Campos de refugiados / atuação sem fronteiras
S/Psi	Campos de refugiados / atuação sem fronteiras
R/Psi	Acolhimento e integração em Portugal
C/Psi	Acolhimento e integração em Portugal
E/Psi	Acolhimento e integração no Brasil
T/Psi	Acolhimento e integração no Brasil
L/Psi	Acolhimento e integração no Brasil
F/Psi	Acolhimento e integração no Brasil

As(os) entrevistadas(os), de modo geral, não se enquadram em perspectivas teórico-práticas ou áreas de especialização exclusivas. São mencionadas, por exemplo, como áreas de formação/atuação: terapia familiar sistêmica (D/Psi), psicologia cognitivo-comportamental (S/Psi), psicologia humanista (E/Psi), etnopsicologia clínica (R/Psi, C/Psi), etnopsicanálise (F/Psi), psicologia comunitária (D/Psi) e psicologia social (F/Psi). Esses dados apontam para um caráter multidisciplinar e holístico da atuação, com adoção de técnicas variadas, ressaltando o uso de uma abordagem intercultural na realização do trabalho.

Foram feitas entrevistas abertas, de forma dialógica, com uso de um guia composto por temas gerais concernentes à pesquisa (como políticas migratórias, estatuto do refúgio, saúde mental, papel da Psicologia, participação política, entre outros), bem como por temas mais específicos acerca das práticas desenvolvidas, conforme as particularidades do trabalho e contexto da pessoa entrevistada. As entrevistas tiveram duração média de uma hora. Todos foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa

e consultados quanto à voluntariedade da concessão da entrevista e autorização para gravação.

O conteúdo das entrevistas foi categorizado para análise de conteúdo temático, de forma qualitativa, em diálogo com a literatura especializada. Foram separados os seguintes eixos de análise: processos de reconhecimento do estatuto do refúgio e outras modalidades migratórias; políticas migratórias e humanitárias; práticas de atendimento e assistência a pessoas migrantes e refugiadas; saúde mental e sofrimento; contornos da intervenção psi; participação política.

### **Contornos da intervenção: entre abordagens clínicas e psicossociais**

As formas de intervenção desenvolvidas por psicólogos em contextos de crise humanitária descritas na literatura<sup>2</sup> indicam cenários caracterizados por situações extremas e emergenciais, que compreendem desastres como terremoto, tsunami, furacão, avalanche, incêndio, desastre industrial, acidente aéreo, ataque terrorista, conflitos armados e guerra (Conselho Federal de Psicologia, 2011; Costa, Pacheco, & Perrone, 2016; Guimaro, Steinman, Kernkraut, Santos, & Lacerda, 2013; Mattedi, 2008; Melo & Santos, 2011; McKinney, 2007; Paranhos & Werlang, 2015; Thabet, Vostanis, & Karim, 2005).

São apresentadas propostas de atendimento em crise, caracterizadas predominantemente por atendimento clínico, psicoterapêutico ou psicossocial, com finalidades de prevenção, gestão da crise, recuperação, tratamento, aconselhamento e triagem. As descrições dos efeitos observados entre as pessoas que vivem as crises destacam a identificação de transtornos psíquicos e a manifestação do trauma, com um viés predominantemente orientado pelo prisma da psicopatologia, propondo intervenções com o objetivo de prevenir sequelas emocionais e o desenvolvimento de quadros agravados de adoecimento psíquico (Alves, Lacerda, & Legal, 2012; Antunes, 2017; Cloitre, 2009; Coutinho, Rodrigues, & Ramos, 2012; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Goodkind et al., 2014; Mosquera et al., 2010; Jong et al., 2000; Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Braehler, 2009; Nickerson et al., 2015).

A literatura traz também críticas em relação a essa forma de aproximação do campo, de caráter eminentemente biomédico e com foco em processos

patológicos, considerada uma abordagem limitada, destacando sua insuficiência para entender as várias formas de expressão do sofrimento e de manejo dele por parte dos sujeitos, levando a intervenções culturalmente deslocadas e com finalidades meramente adaptativas, baseando-se numa ideia engessada da condição de vítima (Knobloch, 2015; Pinillos, 2012; Pupavac, 2001; Pussetti, 2009).

Entre os entrevistados, alguns destacam uma participação ainda bastante rudimentar da Psicologia no trabalho humanitário, enfatizando a necessidade urgente de se colocar entre os repertórios de atuação humanitária os cuidados em saúde mental, indicando uma ausência de iniciativas com esse fim, falta de reconhecimento da demanda por parte das organizações ou desinteresse, enquanto outros identificam uma ascensão do tema compondo a agenda de intervenção, um enfoque cada vez mais presente que chama a participação da Psicologia. Como afirma uma das entrevistadas, coordenadora de projetos em ONG: “foi tomada a decisão: saúde mental é uma prioridade e vai ser integrada em todas as intervenções que fizermos”.

Em campo, as ações desenvolvidas são as mais amplas e têm objetivos muito variados. D/Psi aponta que:

*Uma coisa é atuar num território em que as pessoas estão numa situação mais ou menos estável, que já estão há muito tempo nessa situação, e outra coisa é atuar numa emergência, quando estamos a falar de um período imediatamente a seguir a uma emergência, a atuação tem que ser um pouco mais proativa. Então, nessa altura, temos que avaliar o que as pessoas precisam e o impacto que o desastre natural ou a violência que eles sofreram poderá ser imediatamente apoiado e, nessa altura, faz falta mais incidência naquilo que são os primeiros auxílios psicológicos, tentar encontrar coisas práticas que possam melhorar imediatamente a situação das pessoas. (D/Psi)*

A psicóloga aponta o caráter de urgência de determinadas circunstâncias, distinguindo-as de situações mais estabilizadas, nas quais as necessidades são de outra ordem, que vão além dos primeiros auxílios perante a crise. As ações são demarcadas a partir

<sup>2</sup> Levantamento realizado em março de 2019, nas plataformas de busca Periódicos Capes e BVS-Psi. Como descritores, utilizamos os termos “crise humanitária” ou “intervenção humanitária” e “psicologia”. Trata-se de um levantamento não exaustivo, mas exploratório.

da leitura que é feita no terreno das condições estruturais e serviços que já são ofertados, bem como das demandas e dinâmicas locais, aponta. Segundo S/Psi, em cada cenário há características específicas acerca das ações em saúde, tendo a entrevistada atuado em alguns momentos com atendimento mais individualizado, focado em terapia, em outros, orientada para o auxílio das equipes locais.

De modo geral, podemos enquadrar os atendimentos entre abordagens clínicas – psicoterapia, aconselhamento, acolhimento de crise – ou psicossociais – que englobam um amplo espectro de ações. As abordagens psicossociais são comumente colocadas como alternativa a um modelo exclusivamente clínico e individualizado. S/Psi aponta que, em certos contextos sociais, a atividade clínica não fazia muito sentido, mas ainda assim era empregada, tendo em vista ser o que era possível desenvolver, dadas as condições locais.

As noções sobre o trabalho psicossocial abrangem uma variedade de ações. Em publicação da Médicos sem Fronteiras (2011), afirma-se que, “em projetos psicossociais, é vital uma abordagem conjunta de cuidado individual e apoio comunitário” (p. 30, tradução nossa). Aponta-se uma distinção entre ações com foco na saúde mental e aquelas de caráter psicossocial, colocando como objetivos da intervenção: “projetos de saúde mental visam reduzir o sofrimento causado por transtornos mentais. O objetivo geral dos projetos psicossociais é reduzir as consequências psicológicas da violência em massa” (Médicos sem Fronteiras, p. 30, tradução nossa). Assim, de uma maneira ou de outra, o alvo está nas condições psíquicas dos sujeitos, seja com um enfoque no adoecimento já instalado ou nos efeitos que determinadas vivências sociais podem produzir. Distinguem-se dois componentes do “*psychosocial package*”: o “*psycho-*”, que envolve suporte psiquiátrico, aconselhamento, treinamento para as equipes locais, e o “*socio*”, com suporte prático (serviços médicos, assistência em água e saneamento ou apoio alimentar são alguns exemplos), educação, mobilização e atividades comunitárias.

Em pesquisa de doutorado, Gagliato (2018) identifica também uma divisão entre saúde mental focada no trauma e a abordagem psicossocial, sendo que no bojo dessas distinções estão pressupostos diferentes acerca do que influencia a saúde mental perante crises humanitárias: o enfoque no trauma sugere como fator crítico a “exposição direta a eventos de ruptura, como atos de violência e eventos de destruição verificáveis”

(p. 65), enquanto, na abordagem psicossocial, a atenção recai nas “situações sociais e materiais estressantes causadas ou pioradas por crises humanitárias” (p. 65), como pobreza, desnutrição, passagem por campos de refugiados, destruição de redes sociais, agressões sexuais etc. O primeiro tipo defende tratamento clínico especializado para elaboração do trauma, enquanto o segundo localiza a raiz do sofrimento nas condições de vida cotidiana e, portanto, requer intervir nessas condições prejudiciais e geradoras da adversidade para melhoria da saúde mental.

Para o autor, ambas abordagens apresentam fraquezas: “por um lado, um tipo de abordagem psicossocial, que subestima o impacto que uma crise humanitária pode causar no funcionamento psíquico das pessoas diretamente afetadas e, por outro, um tipo de abordagem do trauma que subestima a constelação dos fatores comunitários no prejuízo psíquico” (Gagliato, 2018, p. 66). A falha, então, está na medida da atenção conferida às condições psíquicas, seja não lhe dando a devida deferência ou desconsiderando os fatores que atuam sobre elas.

Independente do tipo de abordagem, expressa-se uma preocupação localizada nas condições psíquicas de pessoas que experenciam situações extremas. O reconhecimento dos efeitos prejudiciais à saúde psíquica é o disparador que convoca a atenção e a assistência, e a identificação de demandas por atendimento psicológico pauta o formato no qual o atendimento ocorrerá.

O incremento nas ações descritas como psicossociais na cena humanitária é resultado de uma maior consciência global e local do custo psicológico exigido pelos conflitos modernos, destaca Galappatti (2003), bem como se vê uma preocupação mais acentuada sobre a legitimidade e efetividade dessas ações. Galappatti (2003) ressalta que conflitos e desacordos marcam os debates sobre o que se considera psicossocial e como tal campo é constituído, identificando-se entre as estratégias: prestação de serviços explicitamente psicológicos ou terapêuticos; sensibilização e psicoeducação; desenvolvimento de habilidades interpessoais; atividades sociais para expressão de sentimentos e pensamentos; mobilização das redes sociais existentes na comunidade; práticas de apoio ao desenvolvimento infantil; treinamento de habilidades para melhorar a segurança material e senso de autossuficiência; apoio para remover ameaças estruturais ao bem-estar; fortalecimento da dimensão

espiritual; formação de competências orientadas para a Psicologia, entre outros.

Na análise dessa autora, as dificuldades em delinear uma compreensão compartilhada se dão pelas noções construídas acerca da natureza dos efeitos psicossociais que os conflitos armados produzem, com distintas apreensões teóricas e conceitos que delimitam o entendimento sobre esses impactos – quadros diagnósticos, problemas emocionais e relacionais, rupturas na identidade social, relações grupais e aculturação, implicações na socialização e desenvolvimento cognitivo, ou no sistema de significados, e práticas curativas tradicionais. Assim, os projetos se diferenciam quanto às noções do que constitui um problema psicossocial, que intervenções são apropriadas e que resultados se espera como sendo bem-sucedidos (Galappatti, 2003).

Pupavac (2001) chama também atenção para a ampla noção de trabalho psicossocial, ao abarcar um largo repertório de atividades que vão desde o aconselhamento sobre trauma até programas de educação para a paz, habilidades para a vida e iniciativas de construção da autoestima etc. Mas sua crítica recai principalmente no impacto do modelo psicossocial, em sua compreensão essencialmente psicológica dos problemas sociais e em sua incorporação na política internacional contemporânea. Este modelo envolve “tanto a invalidação das respostas psicológicas da população como sua invalidação como atores políticos, enquanto validam o papel de agentes externos” (p. 367, tradução nossa). Assim, atenta-se para uma compreensão contextualizada das vivências nos territórios – de como os sujeitos se situam e constroem formas de manejo das crises – e para a necessidade de uma aproximação cuidadosa por parte da assistência humanitária, aberta aos modos de expressão comunitários e às suas capacidades de incidência e enfrentamento.

Salientam-se, ainda, os potenciais para gerar danos advindos de experiências em intervenções psicossociais, destaca Wessells (2009), considerando a insensibilidade diante dos aspectos culturais, políticos e estruturais das situações de emergência; o foco excessivo em problemas de saúde mental e pouca atenção para enfrentamento; o excesso de confiança em abordagens individualizantes; a imposição de abordagens estrangeiras como abuso de poder; o treinamento e supervisão inadequados para os prestadores da assistência, entre outros.

O desenvolvimento das intervenções psicossociais e suas perspectivas foi um dos pontos abordados nas entrevistas. Na compreensão de M/Psi, o atendimento psicossocial parte da perspectiva que o foco não está só no indivíduo, mas “*compreende que as relações também têm impacto, as questões políticas, sociais, tudo isso tem impacto em quem ele é*” (M/Psi). Nessa modalidade de intervenção, o sujeito é abordado “*de uma forma bem holística*”, como “*um sujeito de desejo, desde a questão do que é se integrar nessa comunidade, que quer aprender, que tem uma vocação, que tem uma habilidade, e que não é algo patológico*” (M/Psi), recusando o olhar sobre o migrante como um “ser traumatizado”.

Tais práticas tendem a acontecer visando grupos, atentando para as relações, seja consigo, com o outro, com a sociedade. “*A ideia do apoio psicossocial centra-se naquilo que é a saúde social e a forma como nós podemos ajudar as pessoas a encontrar ferramentas para que se recuperem das situações que viveram, e também pra que se previnam*” (D/Psi). É uma abordagem que leva em conta as várias dimensões das necessidades humanas e visa o desenvolvimento de capacidades, competências, possibilidade de identificar problemas e dificuldades e encontrar formas de resolvê-los, preservando a saúde familiar e comunitária por meio de atividades que façam sentido em determinado território, aponta D/Psi.

S/Psi faz um contraponto entre abordagens curativas e de prevenção. Menciona uma pirâmide de intervenção, que remete a distintos níveis quanto às ações desenvolvidas e ao foco de atenção, estando em seu topo as ações mais especializadas e com focos mais precisos, e em sua base as ações mais abrangentes e dirigidas para múltiplas dimensões. No nível psicossocial estão as *low intensity interventions*, que abarcam atividades como: sessões de esclarecimento e literacia de aspectos de saúde mental e dos impactos que diferentes estressores existentes naquele contexto podem ocasionar; sessões de capacitação orientadas para grupos específicos (por exemplo, sessões de parentalidade para reforçar competências parentais, tanto para pais como para *staff* de orfanatos); atividades de *life skills*; sessões recreativas para crianças e jovens, que podem ser lúdicas ou psicoeducativas. S/Psi defende o suporte psicossocial como uma maneira mais efetiva de atuação, sentia-se confortável na clínica, seu lugar de familiaridade, mas a considera insuficiente.

F/Psi compreende que a diferenciação entre atendimento psicossocial ou psicoterapêutico não existe, visto que “*o terapêutico vai estar presente no momento que eu ofereço a escuta pra alguém*”, e o prisma psicossocial se mostra pois “*tinham outros atravessadores que estavam presentes na dinâmica de acolhimento dos imigrantes*”, por exemplo, situações relacionadas ao racismo e à xenofobia. Assim, compreende que essas duas nuances do fazer psi estavam imbricadas e apareciam no trabalho desenvolvido. Segundo E/Psi, a intervenção se caracterizava como psicossocial na medida em que “*tentava fortalecer as redes de apoio sociais que eles tinham, que no processo de migração elas são muito prejudicadas, . . . a gente tentava fazer uma intervenção que fosse mais grupal pra fortalecer algum tipo de vinculação entre eles*”.

Algumas entrevistadas apostam no caráter preventivo do apoio psicossocial, que visa reduzir a possibilidade de que “*cheguem a um grau mais complexo de sofrimento*” (D/Psi) e “*pretendem reforçar as competências de resiliência das pessoas, precisamente pra que as coisas não avancem para status que possam incluir já perturbação mental, precisamente porque em grande parte desses contextos os recursos pra tratar isso são escassos ou inexistentes*” (S/Psi).

Outra vantagem apontada nessas intervenções é o aumento no raio de alcance, “*vai abranger mais pessoas*” (D/Psi), enquanto os cuidados especializados atingem parcelas menores. Essas atividades seriam articuladas com os próprios membros da comunidade, por meio de treinamentos em cuidados de saúde mental e psicossocial, “*eles próprios conseguem ativar-se e ajudar-se desta forma, sem necessitarem de clínica de Psicologia*” (D/Psi), levando em consideração a forma como as pessoas querem ser apoiadas.

Em síntese, alguns aspectos comumente identificados como parte da intervenção psicossocial envolvem um olhar mais ampliado, que busca compreender o contexto e como ele interfere nas condições de saúde e bem-estar das pessoas, entendendo que processos de adoecimento estão ligados às formas como a realidade social se apresenta. Trabalha-se com foco orientado as potencialidades e fortalecimento dos grupos, procurando reforçar os vínculos e o senso de comunidade. Aposta-se no caráter eminentemente preventivo da atenção psicossocial, com vistas a evitar a instalação de quadros de adoecimento, buscando a preservação ou recuperação da saúde e do bem-estar.

O princípio pedagógico de reforço de competências e construção de habilidades também sobressai nas entrevistas, por vezes com feições recreativas. Contempla-se nos atendimentos um número maior de pessoas, na medida em que faz uso de técnicas de grupos e voltadas a coletivos, em substituição a abordagens individuais, além de ser um trabalho que se desenvolve fora do consultório, no seio da comunidade ou em locais variados, conforme as possibilidades da situação, procurando estabelecer articulações com essas comunidades.

Entretanto, segundo os entrevistados, há circunstâncias em que o trabalho com grupos não se mostra o mais indicado. Como aponta E/Psi: “*existem casos de violações de direitos humanos gravíssimas, de violências, tortura, abusos sexuais*”, que apareciam muitas vezes nas atividades grupais – que, por sua vez, serviam também para identificar esses casos – e para os quais se oferecia uma abordagem individual. Essa abordagem costuma também ser indicada para pessoas que apresentam um quadro de saúde mental que requer uma atenção psiquiátrica ou psicológica mais específica.

B/Psi trabalhava em campo, predominantemente com atendimento especializado, clínico e individual. No seu escopo de intervenção estava o aconselhamento a vítimas de violência sexual, atendimento familiar com crianças que apresentavam dificuldades comportamentais, assistência clínica e terapêutica, psicoeducação em grupos e atividades na comunidade de *awareness* sobre sinais de estresse e outras dificuldades. Quando as pessoas apresentam quadros graves de transtornos mentais, eles podem ser estabilizados, mas as intervenções precisam ser breves, o que dificulta que a atenção seja dada conforme a necessidade, como afirma B/Psi.

Na ONG em que atuava S/Psi, a abordagem predominante era a clínica individual: “*desde o meu ponto de vista, muito ocidental, portanto, é muito uma abordagem focada na terapia one on one*”. A organização oferecia terapias breves, com uma limitação de 12 consultas ao máximo, e por esse motivo concentrava-se no restabelecimento da funcionalidade, e não em “*perturbações da personalidade*” ou “*reestruturação cognitiva*”, ou seja, um “*trabalho mais profundo e sólido*” (S/Psi). De início, eram já estabelecidos objetivos terapêuticos que pudessem ser alcançados nesse tempo breve, “*funcionavam aqui como uma guia pra que as pessoas não se perdessem e não comessem às*

*tantas a mexer noutras coisas que depois iam ter mais dificuldades de fechar” (S/Psi). A entrevistada também afirma que, não sendo possível trabalhar as “origens traumáticas” do que ocasionou essa “quebra de funcionalidade”, pode-se ao menos proporcionar uma melhora das capacidades, o que já seria um “serviço humanitário que se presta às pessoas” (S/Psi).*

Esse tipo de intervenção não se aplica adequadamente em determinados contextos, considera S/Psi, nos quais há um sentido social e comunitário mais proeminente, em que *“a lógica da intervenção mais clínica era um conceito um bocadinho estranho e nesse sentido mais difícil de compreender”*, enquanto outros locais apresentam uma dinâmica que *“se assemelha mais àquilo que nós normalmente nos familiarizamos ou identificamos como sendo uma consulta de Psicologia em Portugal ou no Brasil”*. Isso repercute no nível de envolvimento das pessoas com os atendimentos, que depende da compreensão que têm acerca do processo.

Ao se deparar com as limitações desse tipo de abordagem e a ausência de sentido naquele contexto cultural, S/Psi passou a desenvolver sessões psicoeducativas, algo como aconselhamento de grupo, com a proposta de promoção da compreensão e da aprendizagem de estratégias para lidar com determinadas questões. Ela percebeu que as pessoas se tornaram mais comunicativas do que nas sessões individuais, e, assim, *“só reforçou minha ideia de que o tipo de intervenção que estávamos a oferecer, não sendo desadequado pra toda gente, seguramente também não era o que fazia sentido pra maior parte das pessoas”*.

T/Psi atuava em um país de língua árabe e realizava os atendimentos em inglês, contando com a participação de uma tradutora, o que aponta como um dificultador para que as pessoas atendidas conseguissem entender suas intervenções. De todo modo, considera que há na abordagem com refugiados elementos comuns que possibilitam o emprego de técnicas e a construção de determinados conhecimentos replicáveis. Porém, expressa que *“queria trabalhar mais nessa área clínica, eu sabia das barreiras estruturais, muitas vezes os refugiados, principalmente da cultura árabe, não entendem a função clínica”*. Ele menciona também certa dificuldade de compreensão das técnicas empregadas, o que seria um empecilho para o bom andamento do processo. Relata o caso de uma pessoa que atendeu:

*Um exemplo básico, quando eu comecei a atender essa senhora iraquiana, ela tava falando das crises de ansiedade que ela tem, . . . quando ela vai dormir, e no primeiro acolhimento o que eu pensei foi trabalhar a técnica de respiração com ela, e eu tentava, a moça americana que tava fazendo tentava, e ela cortava, então eu vejo que é muito difícil pra eles compreenderem passos simples que podem ajudá-los, porque tá muito intrínseco essa dor, esse sofrimento, então gerar essa reflexão é algo que leva tempo . . . Eu quero trabalhar de novo a técnica da respiração pra que ela entenda bem isso, eu quero fazer com ela a técnica (T/Psi).*

T/Psi compreende que as pessoas mostram dificuldade de abertura em virtude das vivências traumáticas que tiveram, *“em diferentes esferas, no modo como cada um retém essas vivências, também pela cultura que eles vêm, não é comum ter um psicólogo, não é comum você falar sobre saúde mental”*. Ele afirma que a condição de trauma deixa a pessoa de certa forma estagnada, *“o que eles têm de novo com o choque cultural e com esses traumas que não geram oportunidades”*; assim, considera importante um trabalho nesse sentido.

Nessa linha de análise, o que dificulta a realização do atendimento e o desenvolvimento do trabalho está na própria condição de adoecimento que a pessoa apresenta e na pouca abertura para a intervenção, que se dá por não compreenderem a função clínica ou as técnicas empregadas. A técnica em si aparece dotada de uma eficiência em que sua inaplicabilidade é atribuída à resistência dos sujeitos, seja por desconhecimento ou por indisposição para colaborar. Partir do princípio que as barreiras ocorrem por *“não entenderem a função a clínica”* desloca por completo a necessidade de aceitação e adaptação ao que está sendo oferecido para o sujeito da intervenção, enquanto a função clínica se mantém intacta e replicável de forma indiscriminada.

Em determinados momentos, quando não logram resultados, percebendo que as intervenções individuais pautadas na escuta não são as mais adequadas, buscam outras formas de abordagem com finalidades psicoeducativas e aconselhamento, não entrando em aspectos muito mobilizadores de modo que não possam ser acolhidos e trabalhados. Ao mesmo tempo que se preconiza um atendimento clínico necessário para demandas relacionadas a um maior comprometimento da saúde mental ou para

elaborações de traumas resultantes das experiências de violência, percebe-se que essa forma de manejo das expressões de sofrimento e adoecimento nem sempre fazem sentido para o público atendido, de modo que outras estratégias precisam ser adotadas, o que recai numa possível superficialidade, que impede que a real demanda seja acolhida.

A Psicologia entra em um cenário marcado por ampla diversidade sociocultural e linguística, dotada de referenciais que foram elaborados em contextos específicos e com públicos recortados, portanto não passíveis de abarcar tal pluralidade. A direção, nesse ínterim, tem sido de um esforço de adequação do saber-fazer da Psicologia aos diferentes contextos, embora não fique evidente como se realiza essa adequação, nem como é possível reformular os aportes de compreensão e intervenção considerando os elementos das realidades com as quais se deparam os profissionais, sob risco de descaracterização desse saber-fazer e descolamento dos repertórios da Psicologia.

Compreender o contexto requer dialogar com distintos atores da sociedade, averiguar as concepções de saúde e de saúde mental, de etiologia, “*como a cura, o processo de promoção da saúde mental se dá através da relação com a natureza, o bem-estar psicossocial vem dessa relação com a natureza*” (M/Psi). A psicóloga conta que quando aconteceu o genocídio em Ruanda, houve muitas críticas dirigidas aos psicólogos “*porque a cura pra eles era através dos tambores, da dança, da comunidade, através da sua própria cultura, e não era aquela questão de trazer no quatinho e falar sobre o trauma*” (M/Psi).

Para promover ações que façam sentido às pessoas e resulte em adesão, S/Psi considera que deve haver dois fatores essenciais: humildade para ouvir das pessoas o que faz sentido para elas e abertura de espírito para considerar elementos diferentes daqueles com os quais se está habituado, que tradicionalmente não se configurariam como ações em saúde mental. O desafio, portanto, das organizações humanitárias está em pensar modelos de intervenção não exclusivamente “ditados pelo mundo ocidental”, mas que produzam impactos, pois não basta ter um envolvimento e reações positivas das pessoas; tem que gerar efeitos. “*Não chega só pensar fora da caixa, temos que medir o impacto daquilo que estamos a fazer*” (S/Psi).

Para dar conta da pluralidade dos contextos e das demandas, E/Psi ressalta a importância de ter um conhecimento amplo acerca da variedade de

técnicas passíveis de serem empregadas no atendimento a migrantes, seja no âmbito da intervenção clínica direta, em programas de saúde mental ou em intervenções psicossociais, entendendo que, para que o trabalho seja mais efetivo, é preciso “*um entendimento intercultural, um conhecimento de vasto número de abordagens que possam te dar um leque maior de intervenção*”, considerando que determinadas abordagens podem ser mais indicadas conforme a situação. “*Mas independente disso, se você não tiver um conhecimento, sensibilidade cultural, trabalhar com migração não vai ser tão efetivo*” (E/Psi).

Há o reconhecimento de que certas práticas ou intervenções em Psicologia não são adequadas em determinados contextos, pois as próprias pessoas não aderem a abordagens que não dão conta de apreender o que sentem e de oferecer um modo de atendimento que lhes faça sentido. O pressuposto da fala como estratégia curativa, da relação terapêutica/interpessoal como propiciadora de melhoras no estado emocional, do caráter incontestável da técnica impossibilita que o atendimento surta os efeitos esperados, ou, no máximo, ele gera resultados compatíveis com as expectativas da intervenção, mas que pouca mudança significativa produz. Assim, recorre-se a formas alternativas de se colocar no terreno, se aproximar dos sujeitos e ofertar um acolhimento psi, de modo que seja minimamente situado. Quando estratégias de mitigação ou com fins preventivos não apresentam resultado, recorre-se às elaborações diagnósticas disponíveis e aos modelos de atendimento convencionais.

As demandas dos refugiados se expressam em um sofrimento produzido pela “*instabilidade social, falta de recursos, incerteza relativamente com o futuro, condições jurídicas precárias, precariedade da vida, portanto uma demanda que tá muito, digamos assim, muito ligada às dimensões materiais e sociais, a uma vida como imigrante e como refugiado*”, afirma C/Psi. Em termos contextuais e globais, é comum a opinião de que pouca mudança se produz, pois se trata de um sistema sustentado por uma geopolítica sobre a qual pouco se pode incidir na qualidade de atores humanitários, ou mesmo ONGs.

Assim, “*no fundo, podemos até ver a Psicologia ou o apoio psicossocial como uma espécie de penso rápido [band-aid] numa questão que tem muito mais a ver com coisas que escapam a nosso controle, com questões políticas, socioeconômicas*” (D/Psi), e que, portanto,

apresenta pouca “eficácia ou utilidade” em dimensão global. Já numa dimensão mais micro, “*se consegue ver imensos resultados . . . faz imensa diferença ter um projeto de saúde mental psicossocial na comunidade*” (D/Psi). Esse cuidado incide nas estatísticas de suicídio ou de problemas psiquiátricos por meio da prevenção, principalmente em trabalhos que são pensados em um “design de projetos nas comunidades”.

Entre as insuficiências da Psicologia apontadas pelos interlocutores, cita-se a falta da presença mais sólida dos profissionais em campo; os distanciamentos entre a produção acadêmica e o fazer psi posto em prática ou o desconhecimento acerca de como psicólogos podem atuar de fato; uma ausência de compreensão sobre a saúde mental e sua importância; a necessidade de articulação com outras áreas e entre organizações para sedimentar o seu lugar na assistência, bem como o não reconhecimento apropriado das demandas; e uma separação entre necessidades básicas e necessidades em saúde mental. Ainda assim, a despeito desses entraves para a valorização do fazer psi e para sedimentar a relevância da saúde mental na prática humanitária, ambos são postos como prioridade, decisivamente integrados às ações, e servem como lente de análise das experiências e do sofrimento.

### **Considerações finais**

A saúde mental é um foco de atenção que se insere nas práticas de intervenção, mobilizando ações tanto de caráter preventivo quanto de atendimento especializado, quando há detecção de problemas. As práticas podem assumir finalidades distintas, como o alívio do sofrimento, o fortalecimento das capacidades de enfrentamento dos sujeitos e grupos, a prevenção de quadros agravados de adoecimento e a facilitação dos processos envolvidos na experiência migratória e de inserção em novo território, minimizando possíveis efeitos prejudiciais advindos dessa experiência ou promovendo a elaboração de traumas relacionados às vivências anteriores à partida. A questão da saúde mental como demanda está não só nas narrativas e práticas de profissionais da Psicologia, mas é alvo de preocupação de distintos atores que compõem o trabalho humanitário.

Os profissionais psi se ocupam de demandas que não se restringem a acolher e minimizar o sofrimento, mas também por vias que incidem sobre modos de vida, esclarecimentos em saúde, promoção do bem-estar, reforço de habilidades e capacitação em

determinados temas, considerados por vezes como um viés comunitário, ou focados na atuação de outros profissionais. Assim, a Psicologia aparece bastante capilarizada entre múltiplas esferas de ação, com um alcance que visa a própria organização social, as relações, além do manejo e tratamento de expressões de adoecimento.

O fortalecimento da presença de psicólogos em campo é atribuído principalmente a uma intensificação das demandas em saúde mental, que passa pelo seu reconhecimento como um foco das necessidades de atenção e suporte, sendo que tal presença amplifica também a própria identificação das demandas. Ainda que os entrevistados vejam lacunas, entendendo que a relevância da Psicologia não está ainda devidamente assegurada, eles são também uma mostra da presença mais consistente dessa especialidade nas intervenções humanitárias. Psicólogos são cada vez mais convocados a transitar por esse campo, embora com ressalvas quanto ao tipo de trabalho a ser desenvolvido, considerando que novas formas de fazer psi são requeridas para dar conta das dinâmicas e vicissitudes próprias do cenário.

As intervenções psicológicas desenvolvidas em campo se mostram bastante diversificadas em termos de aportes teóricos e estratégias metodológicas, algo constituinte do próprio fazer psi como um todo, considerando também as diversas áreas de atuação nas quais se localizam os atores e frentes de ação das organizações. Mas, para além da teoria, essa diversificação diz respeito também a muitos outros aspectos que atuam na definição dos contornos das intervenções: as expectativas quanto aos efeitos que se espera produzir; as possibilidades de inserção no terreno e o desenho das ações em contextos específicos; as formas de participação dos sujeitos da intervenção e como eles são envolvidos nos processos; as condições locais para planejamento e desenvolvimento das ações conforme disponibilidade de recursos, infraestrutura, dinâmicas de funcionamento, formas de organização social, status da organização humanitária; o cenário político, as relações construídas e os espaços de negociação com agentes do governo e outras instâncias de autoridade; as demandas identificadas e respostas oferecidas; os modos de leitura do sofrimento e os objetivos que são traçados no seu manejo; e a disponibilidade dos atores no campo e o tempo de permanência, assim como o tempo para elaboração e execução das ações.

Nas narrativas aparece com regularidade uma preocupação de deixar emergir um sujeito e sua dor sem a imposição de parâmetros específicos de leitura, numa abordagem que se propõe culturalmente sensível, que considera a variabilidade das formas de expressão do sofrimento, e uma busca em conjunto para lidar com aquela situação vivida e encontrar saídas. Mas toda a interpretação e base de entendimento da condição do migrante está ancorada em aportes teóricos mais ou menos tradicionais da Psicologia, necessários para oferecer um atendimento especializado dentro dos contornos do fazer psi. Abdicar de sua utilização significa incorrer na possibilidade de descaracterização desse fazer, o qual ora é visto como insuficiente, exigindo inventividade e criatividade por parte dos profissionais, ora é a fonte de suporte e sustentação na qual os psicólogos podem se amparar para atuar.

Situações de violação e crise intensa marcam o cenário de intervenção de modo crônico e constitutivo. Mediante episódios de violência, já esperados e tomados como eventos comuns do cotidiano, busca-se a prestação de assistência imediata na expectativa de aplacar seus efeitos. Há previsão de determinadas formas de abordar essas vivências, visando fortalecer as condições de enfrentamento dos sujeitos e formas otimizadas de lidar com os danos ou as ameaças. A intervenção psicossocial por vezes acaba sendo posta como uma opção em virtude da inviabilidade de oferecer atenção clínica ou individual, como uma forma de intervenção mais superficial ou que se ocupa em mobilizar respostas para situações de vulnerabilidade, e menos para demandas de ordem psicológica.

Pode ser também entendida como um tipo de abordagem mais apropriada para o público e o contexto em questão, considerando a já constatada insuficiência de meios considerados mais tradicionais. Em certo sentido, parece haver expectativa de que a intervenção psicossocial supra essas insuficiências e tenha maior aceitação, por propor um atendimento mais ajustável às demandas e realidades e que traga em seu bojo um viés social e culturalmente situado. As práticas desenvolvidas não apresentam constância e abarcam uma grande gama de ações, sem que haja

objetivos predeterminados, mas que se desenrolam de forma mais aberta e até mesmo improvisada.

A literatura comentada e os relatos dos entrevistados mostram uma ampla variedade de ações passíveis de enquadramento como intervenção psicossocial. O que tem sido posto sob críticas, entendendo não haver parâmetros de referência padronizados, e a ausência de alinhamento entre os tantos atores que estão no terreno e de aportes consensuais que delimitem modelos unificados, com estratégias e repertórios de ação amplamente disseminados. Porém, o problema não reside necessariamente nessa multiplicidade e na não adoção de modelos estabelecidos, porque isso já levaria a uma outra problemática, que é a da aplicação indiscriminada de técnicas e do desenvolvimento de ações descoladas do contexto e com finalidades que já estariam também previamente estabelecidas, sem dar conta de demandas e dinâmicas próprias do cenário da intervenção.

Uma questão está no imperativo da atenção psicossocial como elemento definidor muitas vezes da própria ação humanitária, na prévia assunção de que esta é a forma de atenção indicada para pessoas e populações que enfrentam situações diversas de crise e de que sempre trará benefícios, independentemente da forma como é feita. Além disso, mesmo diante dessa variabilidade de formas, ela pode ser adotada de forma protocolar, constituindo-se como uma resposta já antevista que pretende reordenar cenários, redefinir modos de organização e de relações, introduzir sistemas de pensamento e de condução dos processos cotidianos que são pautados em lógicas de governança internacional, invisibilizando e anulando experiências locais.

As ações em saúde mental estão postas – ou pelo menos a constatação da necessidade de que haja ações desse tipo – tanto nos processos de acolhimento e integração como em contextos de crise intensa. Os profissionais parecem tatear formas de abordar as demandas em saúde mental dentro das possibilidades de atuação que o cenário oferece, entendendo que há a exigência de reinvenção dos aportes da Psicologia para dar conta desse cenário móvel, heterogêneo, instável, marcado por vivências extremas.

## Referências

- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. (1984). *Declaração de Cartagena*. [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos\\_Internacionais/Declaracao\\_de\\_Cartagena.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf)
- Alves, R. B., Lacerda, M. A. C., & Legal, E. J. (2012). A atuação do psicólogo diante dos desastres naturais: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 307-315.
- Antunes, J. A. P. (2017). Refugiados e Saúde Mental – Acolher, compreender, tratar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 115-130.
- Barichello, S. E., Araujo, L. E. B. (2014). Aspectos históricos da evolução e do reconhecimento internacional do status de refugiado. *Universitas Relações Internacionais*, 12(2), 63-76.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique. *CNS Spectrums*, 14(1), 32-43.
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação*.
- Costa, A. M., Pacheco, M. L. L., & Perrone, C. M. (2016). Intervenções na emergência: A escuta psicanalítica pós-desastre na boate Kiss. *Revista Subjetividades*, 16(1), 155-165.
- Coutinho, M. P. L., Rodrigues, I. F., & Ramos, N. (2012). Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional. *PSICO*, 43(3), 400-407.
- Fassin, D. (2014). Compaixão e repressão: A economia moral das políticas de imigração na França. *Ponto Urbe*, 15.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Foucault, M. (2006). Mesa redonda de 20 de maio de 1978. In M. Foucault. *Ditos e Escritos IV – Estratégias, Poder-Saber* (pp. 335-351). Forense Universitária.
- Gagliato, M. F. (2018). Saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias: uma análise crítica entre políticas e práticas atuais de assistência. [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Repositório institucional da USP.
- Galappatti, A. (2003). What is a psychosocial intervention? *Mapping the Field in Sri Lanka Intervention*, 1(2), 3-17.
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 77, 144-152.
- Goodkind, J. R., Hess, J. M., Isakson, B., LaNoue, M., Githinji, Ann, Roche, N., Vadnais, K., & Parker, D. P. (2014). Reducing Refugee Mental Health Disparities: A Community-Based Intervention to Address Post-Migration Stressors With African Adults. *Psychological Services*, 11(3), 333-346. <https://doi.org/10.1037/a0035081>
- Guimaro, M. S., Steinman, M., Kernkraut, A. M., Santos, O. F. P., & Lacerda, S. S. (2013). Sofrimento psicológico em sobreviventes do terremoto ocorrido no Haiti em 2010. *Einstein*, 11(1), 11-14.
- Jong, J. P., Scholte, W. F., Koeter, M. W. J., & Hart, A. A. M. (2000). The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 171-177.
- Knobloch, F. (2015). Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, 26(2), 169-174.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brahler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69, 246-257.
- Louis, M., & Maertens, L. (2021). *Why international organizations hate politics – Depoliticizing the world*. Routledge.
- Mattedi, M. A. (2008). A abordagem psicológica da problemática dos desastres: Um desafio cognitivo e profissional para a Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(1), 162-173.
- McKinney, K. (2007). Culture, power, and practice in a psychosocial program for survivors of torture and refugee trauma. *Transcultural Psychiatry*, 44(3), 482-503.


- Médicos Sem Fronteiras. (2011). *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence. A community-based approach. Guideline Document*. <https://www.msf.org/psychosocial-and-mental-health-interventions>.
- Melo, C. A., & Santos, F. A. (2011). As contribuições da psicologia nas emergências e desastres. *Psicólogo inFormação*, 15(15).
- Mosquera, M. S.; Lozano, F. S. F.; Gutiérrez, V. F. M.; Robayo, M. F. & Leal, J. F. S. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 4(2), 83-97.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J., & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders*, 173, 185-192.
- Organização das Nações Unidas. (1951). Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados. *ACNUR Brasil*. <https://www.acnur.org/br/media/convencao-relativa-ao-estatuto-dos-refugiados-1951>
- Paranhos, M. E., & Werlang, B. S. G. (2015). Psicologia nas emergências: Uma nova prática a ser discutida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 557-571.
- Pinillos, M. (2012). Intervención psicossocial y educativa para prevención de riesgos asociados a procesos migratorios. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 579-591.
- Pupavac, V. (2001). Therapeutic governance: Psycho-social intervention and trauma risk management. *Disasters*, 25(4), 358-372.
- Pussetti, C. (Coord.). (2009). *Migrantes e saúde mental: A construção da competência cultural*. Observatório da Imigração.
- Thabet, A. A., Vostanis, P., & Karim, K. (2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 262-269.
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2023). *Global Trends. Forced displacement in 2023*. <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023>
- Weintraub, A. C. A. M., Noal, D. S., Vicente, L. N., & Knobloch, F. (2015). Atuação do psicólogo em situações de desastre: Reflexões a partir da práxis. *Interface*, 19(53), 287-297.
- Wessells, M. (2009). Do no harm: toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*, 64(68), 842-854.

---

*Suzana Almeida Araújo*

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG. Brasil.


E-mail: [psisuzana@gmail.com](mailto:psisuzana@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0001-7150-1820>

*Marco Aurélio Máximo Prado*

Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte – MG. Brasil.

E-mail: [mamprado@gmail.com](mailto:mamprado@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-3207-7542>

Endereço para envio de correspondência:

Rua José Ribeiro Filho, 35, apto. 603-2, Ouro Preto. CEP: 31330-500. Belo Horizonte – MG. Brasil.

*Recebido 28/08/2025*

*Aceito 28/01/2026*

*Received* 08/28/2025

*Approved* 01/28/2025

*Recibido* 28/08/2025

*Aceptado* 28/01/2025

Disponibilidade de dados: os dados da pesquisa estão disponíveis no corpo do artigo.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003286436>

Editores responsáveis: Miriam Cristiane Alves e Rafael Wolski de Oliveira.

*Como citar:* Araújo, S. A., & Prado, M. A. M. (2026). Práticas em saúde mental no campo humanitário do refúgio: entre o prescritivo e o inventivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e286436. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003286436>

*How to cite:* Araújo, S. A., & Prado, M. A. M. (2026). Mental Health Practices in the Humanitarian Refugee Field: Between the Prescriptive and the Inventive. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e286436. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003286436>

*Cómo citar:* Araújo, S. A., & Prado, M. A. M. (2026). Prácticas de Salud Mental en el Ámbito Humanitario del Refugio: entre lo Prescriptivo y lo Inventivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e286436. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003286436>