

Saúde mental e restrição de liberdade: relato de experiência como médica psiquiatra em centro de detenção de refugiados

Mental health and deprivation of liberty: experience report as a psychiatrist in a refugee detention center

Patrícia Cavalcanti Schmid¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912126

RESUMO O relato de experiência refere-se ao trabalho da autora, por seis meses, como psiquiatra por Médicos Sem Fronteiras (MSF) em centro de detenção de refugiados localizado em Nauru, um país insular da Oceania. O estudo traz descrições do trabalho de campo e reflexões teóricas. Discute-se a temática do suicídio e a especificidade dessa questão para o grupo de refugiados e solicitantes de asilo atendidos, assim como relata-se a descoberta de um novo diagnóstico clínico chamado síndrome de resignação. Busca-se ainda refletir sobre o papel dos profissionais de saúde mental diante de situações de privação de liberdade e discutem-se impasses éticos, vividos em campo, com relação à política de imigração australiana, sua importância econômica para Nauru e o impacto na população de refugiados; impasses esses vividos até a expulsão da equipe de MSF pelo governo local em 05 de outubro de 2018.

PALAVRAS-CHAVE Refugiados. Saúde mental. Política migratória.

ABSTRACT *The experience report refers to the author's work, for six months, as a psychiatrist for Médecins Sans Frontières (Doctors Without Borders – MSF) in a refugee detention center in Nauru, an island country in Oceania. The report provides descriptions of the field work and theoretical reflections. The author discusses the issue of suicide and the specificity of such issue for the group of refugees and asylum seekers attended, as well as the discovery of a new clinical diagnosis called resignation syndrome. It's also sought to reflect on the role of mental health professionals in dealing with deprivation of liberty and discusses ethical challenges experienced in the field, regarding Australia's refugee policy, its economic importance to Nauru and the impact on the refugee population; obstacles encountered until MSF team was expelled by the local government on October 5th, 2018.*

KEYWORDS *Refugees. Mental health. Migration policy.*

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
pschmid@globo.com

Introdução

A organização humanitária Médicos Sem Fronteiras (MSF) atua desde 1971; atualmente, possui projetos em mais de 70 países do mundo. MSF leva cuidados de saúde a contextos em que há conflitos armados, epidemias, desnutrição, desastres naturais e exclusão do acesso à assistência médica¹.

Em 2017, MSF iniciou um projeto em Nauru, um país insular localizado na Oceania. A falta de apoio à saúde mental foi identificada tanto para a população nauruana quanto para os refugiados que vivem na ilha como parte da política de reassentamento *offshore* do governo australiano².

O Projeto MSF Nauru teve seu início em um acordo com o Ministério da Saúde de Nauru, em que serviços psicológicos e psiquiátricos começaram no final de 2017. Após 11 meses de trabalho, em uma reviravolta abrupta, foi anunciado, em outubro de 2018, que os serviços não seriam mais necessários; e toda a equipe do MSF foi ordenada a sair da ilha².

Este relato de experiência refere-se às reflexões da autora sobre as questões de saúde mental, violência e privação de liberdade, a partir de sua vivência como membro da equipe médica de MSF por seis meses em Nauru. A autora é psiquiatra, atuando com adultos, crianças e adolescentes, doutoranda em estágio probatório no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub/UFRJ); e participou do Projeto MSF Nauru de 02 de abril de 2018 a 03 de outubro de 2018.

Localizado mais precisamente na região da Oceania denominada Micronésia, o país insular tem extensão territorial de apenas 21 quilômetros quadrados, sendo o terceiro menor do mundo. A nação é também uma das menos populosas, com cerca de 10 mil habitantes. A economia de Nauru é pouco desenvolvida, baseada na exploração de reservas de fosfato. Contudo, com o quase esgotamento das reservas, Nauru entrou em crise econômica. O Produto Interno Bruto (PIB) do País foi um dos maiores do mundo na década de 1970. Na

época atual, com poucas áreas de cultivo, ele é obrigado a importar a maioria dos alimentos³.

Nauru e Austrália têm uma história política longa e desconfortável. A Austrália foi o poder administrativo e o principal beneficiário da mineração de fosfato em Nauru, entre 1920 e 1968, período durante o qual foram removidas cerca de 34 milhões de toneladas de fosfato, no valor de cerca de US\$ 300 milhões⁴. Após anos de exploração, as áreas mineradas cobrem quase 90% de Nauru; e a sua reabilitação tem sido extremamente cara e lenta. O Índice de Vulnerabilidade Ambiental (produzido pela Comissão de Geociência Aplicada do Pacífico Sul) classifica Nauru como ‘extremamente vulnerável’⁴. Tais questões político-econômico-ambientais impactaram a sua soberania econômica. O país insular, como já dito, entrou em crise; e a oferta da Austrália para abrigar um centro de processamento *offshore* de refugiados tornou-se a principal fonte de recursos financeiros para Nauru. Cabe esclarecer que o termo *offshore* significa afastado da costa, sendo usado para descrever trabalhos em alto mar. No que tange ao tema de refugiados e solicitantes de asilo, o termo é empregado quando há reassentamentos em locais afastados, em alto mar, como em Nauru.

O referido centro foi aberto em 2001, suspenso em 2008 e reaberto em 2012, após um aumento na chegada marítima de solicitantes de asilo na Austrália. Como exposto por Lowth⁵⁽⁴⁶⁵⁾

Em 2013, desesperada para refrear as chegadas por mar, a Austrália declarou que nenhum solicitante de asilo chegando de barco seria assentado em solo australiano. Em vez disso, eles seriam enviados para ‘Processamento Offshore’ nos centros de detenção Nauru e Manus Island. [...] As ações da Austrália contrariam tratados internacionais há muito tempo assinados. Existem cerca de 1200 solicitantes de asilo em Nauru e 900 em Manus Island, provenientes do Oriente Médio, África e Países Asiáticos. Muitos são crianças e as condições são terríveis. [tradução da autora].

Dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) – agência da Organização das Nações Unidas (ONU) para Refugiados –, de 19 de junho de 2018, revelam que 68,5 milhões de pessoas fazem deslocamento forçado no mundo, sendo 25,4 milhões de refugiados e 3,1 milhões solicitantes de asilo⁶. Os países de destino vêm desenvolvendo medidas cada vez mais restritivas para o controle de quem pode entrar e permanecer em seu território, incluindo detenção de migrantes. Embora a política de detenção de migrantes deva ser não punitiva, eles são mantidos em condições de prisão, sem vistos e sem liberdade de realocação. Os impactos desse processo de detenção na saúde mental dos refugiados e solicitantes de asilo têm sido pesquisados.

Estudos de todo o mundo têm mostrado consistentemente altos níveis de sofrimento entre os solicitantes de asilo em situação de detenção. [...] Um estudo australiano descobriu que, três anos após a liberação, os solicitantes de asilo que tinham sido detidos durante seis meses estavam duas vezes mais propensos a estarem clinicamente deprimidos (54 vs. 22%) e quase cinco vezes mais propensos a sofrerem de transtorno de estresse pós-traumático (49 vs. 10%)⁷⁽²⁾. [tradução da autora].

A autora deste relato de experiência atuou como psiquiatra atendendo, por semana, cerca de 30 a 38 refugiados e solicitantes de asilo de países como Irã, Afeganistão, Líbano, Sri Lanka, Myanmar e Iraque, todos com uma média de cinco anos de permanência em Nauru. As questões de saúde mental mostraram-se de intensa complexidade, como será apresentado e discutido ao longo do relato. A autora atendeu adultos, crianças e adolescentes em um modelo ambulatorial com consultas individuais e visitas domiciliares. A fim de manejar as barreiras de linguagem, os atendimentos foram, com frequência, acompanhados pelos intérpretes que compunham a equipe de MSF. Quando não solicitado o intérprete, os atendimentos foram realizados somente em inglês.

Relato da experiência: descrição do contexto

Como exposto no ‘Relatório Internacional de Atividades’ de MSF do ano de 2017⁸, durante a missão exploratória, as necessidades de saúde mental em Nauru foram avaliadas; e a capacidade insuficiente para abordá-las na ilha foi levada em consideração. Casos de esquizofrenia, violência familiar e variados níveis de depressão, especialmente entre crianças, foram identificados.

O trabalho de campo aqui relatado corresponde ao período da missão da autora por seis meses em Nauru, iniciados em abril de 2018, quando MSF já estava em campo desde novembro de 2017. As ações realizadas conduziram a intensas reflexões sobre o efeito de políticas de detenção na saúde mental de refugiados e solicitantes de asilo, bem como sobre o papel dos serviços de saúde mental atuantes nessas condições.

Os pacientes refugiados solicitavam espontaneamente consultas na clínica montada por MSF, ou eram referenciados por algumas outras organizações também presentes em Nauru. Consultas individuais eram agendadas, ou visitas domiciliares, se o caso preenchesse critérios como limitação de locomoção, presença de crianças pequenas na família, dificultando a mobilidade, e gravidade do caso, impedindo ida à clínica. A média de consultas por semana foi de 80 atendimentos individuais⁸.

Segundo dados colhidos, a autora atendeu cerca de 60 pacientes refugiados. Em junho de 2018, havia 20 crianças e adolescentes em atendimento, dos quais a autora atendia 16 pacientes. Os demais eram adultos. A equipe na clínica era composta por duas psiquiatras, uma psicóloga, dois mediadores culturais, que realizavam o trabalho de intérpretes, uma profissional de promoção de saúde, uma gerente de saúde mental, além da equipe de logística e da coordenadora de campo.

Durante os atendimentos com pacientes refugiados, temáticas em comum puderam ser percebidas. A não escolha de estar em Nauru,

a detenção indefinida, produzindo um senso de prisão perpétua, e a consciência da presença do centro de refugiados como o principal recurso econômico do País, contribuindo para o desenvolvimento de um forte sentimento de desumanização e desesperança. Outro elemento importante identificado foi que a maioria absoluta dos pacientes não relatou problemas de saúde mental antes de sua chegada a Nauru e referiam-se ao desenvolvimento desses problemas como consequência de sua permanência forçada no País. A autora deste relato ouviu testemunhos significativos, apontando o fato de que mesmo experiências com situações de combate, tortura e assassinato de entes queridos nos países de origem, ou durante a jornada migratória, causaram menos danos às condições de saúde mental que viver em Nauru.

As principais questões de saúde mental diagnosticadas estavam no campo do Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno de Ansiedade (TA) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), seguindo os critérios diagnósticos do 'Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais', quinta edição (DSM-V). Casos de psicose foram atendidos entre refugiados em número bastante pequeno. Os casos de psicose e esquizofrenia propriamente dita foram mais incidentes na população nativa de Nauru, também atendida pelo trabalho em curso, porém o foco deste relato serão as ações com a população de refugiados.

Os achados em Nauru são consistentes com dados da literatura sobre o efeito de políticas de detenção na saúde mental de imigrantes, conforme exposto acima⁷. Entretanto, aspectos peculiares demonstraram exacerbar as dificuldades de adaptação da população de refugiados, impactando fortemente seus mecanismos psíquicos de resiliência. São eles: a intensa diferença cultural, as violações de direitos humanos e as queixas repetidas de negligência médica, relativas aos demais serviços médicos de Nauru e presentes no País. Tais aspectos fortaleceram intensamente o senso de desumanização vivido.

Entre as questões de saúde mental, este relato irá focar a temática do suicídio e o diagnóstico de síndrome de resignação avaliado em quatro pacientes atendidos.

O trabalho de campo: principais resultados encontrados

Suicídio, representações e efeito contágio

Durante o processo de denúncia em outubro de 2018, após ser solicitado a retirar suas equipes de Nauru pelo governo local, MSF alertou sobre um número alarmante de tentativas de suicídio entre refugiados. Na avaliação da autora, a atuação da equipe de MSF com os pacientes com intento suicida, reivindicando uma melhoria da assistência pelos demais serviços de saúde presentes na ilha, acabou por gerar tensões políticas com o governo de Nauru. Tais tensões recrudesceram ao longo da missão, culminando com a solicitação oficial de retirada de MSF do País em 05 de outubro de 2018.

Pelo menos 78 dos pacientes atendidos por MSF tiveram ideias suicidas e/ou realizaram atos de automutilação ou suicídio. Crianças de até 9 anos relataram que preferiam morrer a viver na situação de desesperança em que estavam⁹. Entre os cerca de 60 pacientes atendidos pela autora, houve um caso de melhora parcial, com diagnóstico de transtorno depressivo maior, de acordo com DSM-V. Todos os demais pacientes não evoluíram com melhora sustentável e aprofundaram ou desenvolveram ideação suicida.

A temática do suicídio era cotidiana em atendimentos na clínica ou em visitas domiciliares. Tentativas aconteciam com frequência, levando a autora e demais membros da equipe de MSF a acompanhar os pacientes no único hospital local e a negociar sua admissão em leitos existentes em um centro de processamento regional, administrado pela organização médica International Health Medical Services

(IHMS). Estudos sobre tendência suicida em centros de detenção são consistentes com os achados em Nauru.

Há razões para acreditar que as condições da detenção contribuam significativamente para a tendência suicida dos detidos, visto que relatórios (Anistia Internacional, 2012, 2013; Moss, 2015) mostram violações de direitos humanos nos centros de detenção offshore. Eles sinalizam que os solicitantes de asilo não têm acesso a abrigo adequado, água ou serviços médicos; seu acesso a telefones, ou outros meios de contato é limitado, o que leva ao isolamento da família e dos amigos, e são deixados na incerteza sobre a duração da determinação do status de refugiado (Anistia Internacional, 2012, 2013)¹⁰⁽¹⁰⁷⁾. [tradução da autora].

A deterioração das condições de saúde mental dos pacientes refugiados atendidos foi marcante ao longo dos seis meses da autora como psiquiatra em Nauru. Pacientes apresentaram baixa ou nenhuma resposta ao uso de antidepressivos (fluoxetina, sertralina e venlafaxina disponíveis), mesmo quando associados ao tratamento psicoterápico regular. Estudos sobre suicídio mostram que a temática tem sido discutida como um problema mundial de saúde pública. Segundo Durkheim (1982), citado por Müller, Pereira e Zanon¹¹, o suicídio pode ser definido como a morte resultante de um ato, positivo ou negativo, produzido com o conhecimento das consequências pela própria vítima. Ademais, ainda, segundo Botega (2015), também citado por Müller, Pereira e Zanon¹¹, um modelo de suscetibilidade aplica-se à temática do suicídio, incluindo uma propensão genética, aliada a fatores psicossociais, demarcando elementos como vivências traumáticas da infância, privação materna, abuso físico, entre outros.

Dados da literatura apontam a exposição a múltiplas adversidades como consistentemente influenciando comportamentos suicidas. Uma relação entre o número de adversidades vividas, especialmente na infância, e tentativas

de suicídio ao longo da vida tem sido levantada¹². Os pacientes refugiados em Nauru consistentemente relataram eventos traumáticos em seus países de origem e durante a jornada migratória, sendo condizentes com os dados da literatura sobre múltiplas adversidades. A estada em Nauru, marcada pela detenção indefinida, desumanização e desesperança, conduziu a imensa maioria dos pacientes a uma retraumatização, impossibilitando a elaboração das experiências traumáticas prévias. A desesperança foi o fio condutor para a ideação suicida e tentativas de suicídio. Contudo, o exercício de escuta da autora durante os atendimentos com relatos de ideação suicida, ou atuando em atos suicidas em Nauru, possibilitou a compreensão de uma característica singular do suicídio para esses refugiados: o suicídio revelado como um ato de reempoderamento. Como revelam Rimkeviciene et al.¹⁰⁽¹¹⁴⁾ ao analisar o caso de um refugiado internado na Austrália após intentos suicidas,

[...] o suicídio torna-se assim uma maneira de recuperar o poder sobre as decisões da vida e a única maneira de escapar da sensação de armadilha vivida. Esse sentimento de armadilha é inerente à detenção prolongada e sem prazo fixo. [tradução da autora].

Essa característica do suicídio, como recuperação de poder, impactou fortemente a autora deste relato. Detidos por cinco anos em Nauru, os pacientes refugiados expressavam, na discussão sobre a própria morte, a única possibilidade de protesto e afirmação de algum poder decisório sobre si mesmos. Tal formulação trouxe reflexões importantes sobre qual tratamento de saúde mental seria possível diante dela. Como produzir impactos na diminuição da ideação suicida e das tentativas de suicídio, quando o ato suicida coloca-se como a afirmação contraditória do poder sobre a própria vida? Como intervir na fala suicida, quando ela se revela como oposição às ações vividas de desumanização e violação de direitos? Essas indagações acompanharam o

trabalho de campo da autora ao longo de seis meses e serão aprofundadas mais abaixo.

Um outro elemento importante vivenciado foi o suicídio como contágio. Nauru, como descrito acima, é um dos menores países do mundo, um país ilha, cuja cerca para os refugiados que vivem lá são o mar e os grandes corais do oceano pacífico. Estudos apontam evidências acerca da hipótese do efeito de contágio do suicídio, especialmente pela associação entre exposição de suicídios em plataformas de mídia, suicídios de celebridades, agrupamento geográfico e impacto nas taxas de suicídio¹³. A experiência em campo revelou o poder de contágio do ato suicida. Os fatores elencados acima se associaram a eventos determinantes, produzindo um aumento dos atos de automutilação com intento suicida, dos atos de autoimolação, de ingestão excessiva de medicação e de tentativas de afogamento. Tais eventos determinantes tiveram início após 15 de junho de 2018, quando um dos refugiados morreu em Nauru com suspeita de suicídio completo e quando transferências médicas para fora do País foram contempladas para casos de tentativa grave de suicídio.

Síndrome de Resignação (SR): uma nova experiência clínica

Como descrito acima, a autora deste relato atendeu crianças e adolescentes como psiquiatra infantil. Entre as crianças e adolescentes em tratamento nos seis meses de missão da autora, dos 16 jovens atendidos, 7 tiveram prescrição de medicação. Os principais diagnósticos de acordo com o DSM-V foram TEPT em crianças, TEPT com características psicóticas, TA e TDM com ideação suicida. A evolução de quatro casos levou a autora e a equipe do MSF à investigação e descoberta de uma discussão diagnóstica não incorporada aos tradicionais manuais de psiquiatria DSM e Código Internacional de Doenças (CID).

Os pacientes aqui referidos, 1 menino e 3 meninas, tinham 10 anos, 12 anos, 15 anos e 18 anos. As nacionalidades não serão divulgadas

para fins de preservação de sigilo. Os pacientes iniciaram o quadro com sintomas depressivos, evoluindo com ideação suicida, episódios de agitação psicomotora, alternando com quadro estuporoso marcado por hipotonicidade. A continuidade do quadro deu-se com completa ausência de responsividade sem reatividade a estímulos táteis ou algícos e recusa à alimentação e líquidos, culminando com a necessidade de avaliação para intubação nasogástrica.

Os casos diferenciavam-se de um clássico estupor depressivo, uma vez que a ausência completa de reatividade acompanhada de hipotonicidade remetia a um estado comatoso. Em investigação na literatura, no encontro com estudos realizados na Suécia, pudemos correlacionar a experiência vivida em Nauru com os achados de tal estudo.

Lagercrantz et al.¹⁴ descrevem e discutem uma síndrome que abarca um distúrbio de longa data, que afeta predominantemente crianças e adolescentes, psicologicamente traumatizados, em meio a um processo de migração demorado e adverso. Um início depressivo é seguido por isolamento social que progride, via estupor, para um estado que induz à alimentação por sonda e é caracterizado pela incapacidade de responder até mesmo a estímulos dolorosos. Os pacientes mostram-se aparentemente inconscientes. A síndrome, denominada ‘Síndrome de Resignação (SR)’, pode apresentar-se em quatro estágios: prodrômico (ansiedade, disforia, isolamento social, transtornos do sono), deterioração (mutismo, ausência de comunicação não verbal), completo desenvolvimento (estupor, negativismo, ausência de reação a estímulos, dependência alimentar por intubação nasogástrica, hipotonicidade, períodos de excitabilidade, fraca resposta reflexa ao exame neurológico, entre outros) e remissão.

O estudo discute que a remissão da SR tende a ocorrer dentro de meses a anos e é dependente da restauração da esperança para a família e para o paciente. De janeiro de 2013 a abril de 2015, 424 casos foram identificados exclusivamente na Suécia em um universo de 6.547 pedidos de asilo de 0 a 17 anos. Tal fato

levou o Conselho Nacional Sueco de Saúde e Assistência Social a reconhecer a SR como uma entidade de diagnóstico separada. O estudo aponta, ainda, a ausência de relatos de casos identificados em outros países¹⁴.

Em maio de 2018, dados apontam que 939 refugiados e solicitantes de asilo ainda vivem em Nauru. Entre esses, cerca de 27 crianças e suas famílias permanecem no País sem esperanças de reassentamento¹⁵. Nesse universo, a identificação de quatro casos semelhantes à SR denota uma incidência significativa. Outros casos foram relatados também como condizentes com SR, mas atendidos por outras organizações de saúde presentes em Nauru. Sobre as possibilidades etiológicas para tal quadro, o estudo citado aqui¹⁴⁽⁴⁾ discute:

Um comitê de experts sugeriu seis possibilidades etiológicas. Estas incluíram: (1) o 'modelo médico de distúrbio', segundo o qual um distúrbio afeta indivíduos vulneráveis sob certas circunstâncias; (2) o 'modelo familiar', enfatizando a teoria do sistema de psicologia familiar; (3) o 'modelo psicológico', enfatizando os efeitos da incontabilidade; (4) o 'modelo político', que identifica as decisões políticas que regem o processo de asilo; (5) o 'modelo cultural', propondo os sintomas com instância pertencente à descendência cultural, religiosa, ou existencial dos pacientes, ou àquelas do país para o qual eles migram. Implícita no modelo cultural está a noção de ganho secundário da doença; e (6) de acordo com o 'modelo pretendido', uma decisão intencional feita pela família, ou pela criança explica os sintomas. [tradução da autora].

Levando em consideração os variados caminhos etiológicos, em que se entrelaçam modelos médico, cultural e políticos, todos esses aplicáveis aos casos atendidos, os desafios e impasses para a construção de intervenções clínicas em um centro de refugiados como em Nauru revelaram-se um fator de tensão para a equipe técnica, gerando intensas reflexões a serem expostas mais adiante.

Discussão

Pesquisa em dicionário revela a definição de campo de concentração como um centro de confinamento militar, instalado em áreas de terrenos livres e cercadas por arames farpados ou outro tipo de barreira. O seu perímetro é constantemente vigiado e abriga prisioneiros de guerra e/ou prisioneiros políticos. Muito embora refugiados e solicitantes de asilo vivam em Nauru em assentamentos com *containers* para habitação, em relativa boa condição física de moradia, tendo mobilidade pela ilha e possibilidade de conseguir um dos poucos empregos disponíveis, ou abrir pequenos negócios, a ausência de liberdade de escolha, tendo o mar como cerca, presença de guardas nos assentamentos, as inúmeras queixas de violações de direitos humanos e negligência médica possibilitam descrever o Centro de Refugiados de Nauru em uma lógica modernizada de campo de concentração.

Muitos pacientes refugiados referiam-se à sua estada em Nauru como uma prisão sem sentença definida. Os casos atendidos mostraram-se claramente marcados pelas consequências da privação de liberdade, desesperança e desumanização. Goffman¹⁶ cunhou o conceito de 'instituições totais' como locais de moradia e de trabalho, para indivíduos com situações em comum, mas separados da sociedade e levando uma vida fechada e administrada pela instituição. Essas características são comuns a hospitais psiquiátricos, prisões, incluindo campos de concentração. Levando em consideração a experiência em Nauru como de 'instituição total', coube-nos refletir sobre a atuação como profissional de saúde mental nesse contexto.

Jansen et al.¹⁷⁽¹⁾ problematizam a atuação médica em centros de refugiados, discutindo a noção de tortura aplicada a esses centros. Os autores argumentam que a detenção, como política imigratória australiana, é uma tortura e exploram as dificuldades que médicos enfrentam quando atuam nesse contexto.

A detenção prolongada de imigrantes provoca ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, automutilação e ideação suicida. Além disso, o risco de doenças mentais severas aumenta com o tempo prolongado em detenção. A ONU e outras definições de tortura psicológica incluem graves danos psicológicos infligidos intencionalmente, para constranger, ou punir pessoas por qualquer motivo, com base em discriminação de qualquer tipo, por, ou com, o consentimento de alguém que atue como executor. A política da Austrália de detenção por tempo indeterminado, a fim de desencorajar, ou punir as pessoas que procuram asilo, preenche essas definições de tortura psicológica. [tradução da autora].

O conceito de cumplicidade é também analisado por Jansen et al.¹⁷ com base nos estudos da médica humanitária Chiara Lepora e do filósofo Robert Goodin. Lepora e Goodin¹⁸ entrelaçam filosofia, direito, ciência política e uma longa experiência prática humanitária em áreas de conflito e dissertam sobre os diferentes graus de envolvimento com as ‘más ações’. Os autores discutem que o ponto principal é que, diante de situações hediondas, um grau de cumplicidade pode ser aceitável. Eles argumentam ainda que há circunstâncias em que ser cúmplice de um dano, no final das contas, é a coisa certa a fazer.

Podemos concluir que, durante boa parte da missão, seguir atendendo os pacientes pareceu a coisa certa a ser feita. Qual o objetivo do tratamento em saúde mental? Alívio do sofrimento, redução de sintomas, construção de atos clínicos humanizados ante a desumanização em curso? Em um primeiro momento, esses pareceram os objetivos possíveis para o trabalho realizado. Atuar em um nível mínimo de cumplicidade, diante da tortura psicológica produzida pelas ações no centro de detenção de refugiados.

Entretanto, conforme discutem Richter & Katschnig¹⁹⁽⁹⁷⁵⁾, “até hoje, a psiquiatria é considerada pelos sociólogos como parte dos

mecanismos de poder que são impostos pelo Estado aos seus cidadãos” [tradução da autora]. Diante do impacto incipiente do trabalho realizado na redução de sintomas e, principalmente, diante do encontro com uma dimensão do suicídio tida como ‘empoderamento’ e do atendimento de casos semelhantes à SR, cujo estudo investigado apontava a restauração de esperança como a intervenção mais importante, a ponderação que se impôs foi sobre a possibilidade de a atuação realizada servir apenas como amortização de tensões, contribuindo para a sustentação dos mecanismos de poder em curso.

Segundo Reynolds²⁰⁽²⁹⁾,

[...] se abraçarmos nosso trabalho como justiça, usaremos nosso poder como agentes comunitários e terapeutas para transformar os contextos sociais da opressão. [tradução da autora].

Assim, após alguns meses em Nauru, o debate que se colocava era sobre seguir o atendimento clínico ou utilizar os dados colhidos em campo para denúncia pública. Os refugiados escutados acreditavam que uma realocação impactaria positivamente em sua saúde mental. Como já descrito, a grande maioria apontava o viver em Nauru como a gênese maior de seus sofrimentos psíquicos. Contudo, os pacientes também definiam o atendimento por MSF como uma importante fonte de ‘reumanização’. Dessa forma, o dilema ético-clínico a ser enfrentado foi a escolha entre a manutenção de uma atuação clínica estrito senso ou a saída de Nauru com objetivos de denúncia, mas, para isso, deixando os pacientes sem atendimento, uma vez que qualquer ação pública, em dado contexto político, significaria o fim da missão de MSF em Nauru.

Jansen et al.¹⁸⁽⁴⁾ concluem que o trabalho em centros de detenção de imigrantes coloca

[...] os médicos em uma posição eticamente tênue, mas, no geral, é certo que os médicos continuem a prestar assistência médica às

peessoas que buscam asilo. Para fazê-lo sem ser injustificadamente cúmplices na tortura, os médicos devem praticar de forma intransigentemente humanista, devem falar publicamente sobre os danos perpetrados e estar constantemente conscientes do potencial de corrupção. [tradução da autora].

Considerações finais

As lições para a atuação em saúde mental são muitas e inconclusivas na concepção da autora. MSF foi expulso de Nauru pelo governo local, sendo obrigado a abandonar todos os pacientes e a realizar a denúncia pública em 05 de outubro de 2018. Não há caminhos fáceis a seguir diante do hediondo crime da tortura e da privação de liberdade. Os extremos da negação e da total cumplicidade devem ser evitados; a reflexão cotidiana impõe-se.

Em uma esfera macropolítica, cabe pensar quais as intervenções possíveis de agências

como a ACNUR em contextos como o de Nauru, assim como cabe refletir acerca de como dados colhidos em ações humanitárias podem subsidiar pressões para mudanças efetivas e reassentamentos que levem em conta práticas de justiça social. Em uma esfera micropolítica, a experiência em Nauru deixa claro que, diante de toda forma de violência na interface com a saúde mental, a prática clínica com seus meios tradicionais – prescrição de medicação e psicoterapia – tende a ser dragada pela impossibilidade. A atuação do campo diante da violência precisa de reinvenção, de intervenção social, não se submetendo ao poder instituído, a fim de efetivamente atuar fomentando saúde mental, o que só acontece em liberdade.

Colaboradores

Schmid PC (0000-0002-0712-4132)* é responsável pela pesquisa de campo, coleta dos dados, análise e elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Médicos Sem Fronteira. Quem Somos. [internet]. [acesso em 2018 out 24]. Disponível em: <https://www.msf.org.br/quem-somos>.
2. Médicos Sem Fronteira. Nauru. [internet]. [acesso em 2018 out 24]. Disponível em: <https://www.msf.org/nauru>.
3. Encyclopedia Britannica. Nauru Island Country/Pacific Ocean. [internet]. [acesso em 2019 mar 19]. Disponível em: <https://www.britannica.com/place/Nauru>.
4. Jane M. The High Price of Resettlement: the proposed environmental relocation of Nauru to Australia. *Aust. geogr.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 3]; 48(1):7-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00049182.2016.1202376>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Lowth M. Australia and the Nauru files: doctors fighting for the human rights of asylum seekers. *Br.j.gen.pract.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 3]; 67(663):465-466. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692861>.
6. Agência da ONU para Refugiados. Dados sobre refúgio no Brasil. [internet]. [acesso em 2018 out 24]. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>.
7. Cleveland J, Kronick R, Gros H, et al. Symbolic violence and disempowerment as factors in the adverse impact of immigration detention on adult asylum seekers' mental health. *Int. j. public. health.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 3]; 63(8):1001-1008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1121-7>.
8. Médicos Sem Fronteira. Relatório Internacional de Atividades. [internet]. [acesso em 2018 nov 3]. Disponível em: <https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2018-08/msf-international-activity-report-2017-1.pdf>.
9. MSF alerta de un número alarmante de intentos de suicídio entre los refugiados detenidos en Nauru. [internet]. [acesso em 2018 nov 3]. Disponível em: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-msf-alerta-numero-alarmanete-intentos-suicidio-refugiados-detenidos-nauru-20181011124031.html>.
10. Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. Suicidality in detention centres: a case study. *Inter. jour. migrat. health soc. care.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 11]; 13(1):106-118. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJMHS-09-2015-0034>.
11. Müller SA, Pereira GS, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. psicol. IMED.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 3]; 9(2):6-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>.
12. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. *BJPsych.* [internet]. 2010 [acesso em 2018 nov 11]; 197(1):20-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074716>.
13. Yıldız M, Orak U, Walker MH, et al. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death stud.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 3]; 43(6):365-371. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2018.1478914?journalCode=udst20>.
14. Sallin K, Lagercrantz H, Evers K, et al. Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound? *Front. behav. neurosci.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 3]; 10(7):1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00007>.
15. Kids Off Nauru. [internet]. [Austrália]: World Vision; 2019 [acesso em 2018 nov 11]. Disponível em: <https://www.kidsoffnauru.com/>.
16. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.
17. Jansen M, Sue Tin A, Isaacs D. Prolonged immigration detention, complicity and boycotts. *J. med. ethics.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 11]; 44(2):138-142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2016-104125>.
18. Lepora C, Goodin RE. On Complicity and Compromise. Oxford: Oxford University Press; 2014.
19. Richter D, Katschnig H. Sociology and Psychiatry. *Soc. behavioral scienc.* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 11]; 22(2):974-978. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.27068-2>.
20. Reynolds V. Resisting burnout with justice-doing. *International Journal Narrative Therapy and Community Work.* 2011; (4):27-45. [acesso em 2018 nov 10]. Disponível em: www.dulwichcentre.com.au.

Recebido em 11/11/2018

Aprovado em 02/04/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve