



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DANIELA ALEXANDRA PINTO MARINHEIRO DA SILVA

***Condicionantes sociais na saúde mental de refugiados e  
requerentes de asilo***

ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO MACEDO

DR. DAVID MOTA

ABRIL/2022



## Resumo/Abstract

Existe atualmente um elevado número de refugiados e requerentes de asilo. A literatura existente até à data revela uma elevada prevalência de psicopatologia nestas populações. Apesar das experiências traumáticas vividas por estes indivíduos no país de onde são originários, estas não são suficientes para explicar, por si só, a elevada carga de doença mental, sugerindo um papel importante dos condicionantes do contexto pós-migratório no desenvolvimento da psicopatologia. O objetivo desta revisão é fazer uma análise atual da saúde mental de refugiados e requerentes de asilo e do impacto que os condicionantes sociais no contexto do país de acolhimento têm no desenvolvimento de doença mental, bem com a forma como estes se relacionam entre si, de forma a compreender quais poderão ser abordáveis e funcionar como alvo na prevenção e tratamento de psicopatologia.

A pesquisa para este trabalho foi feita nas bases de dados MEDLINE e NCBI, da plataforma Pubmed, e Science Direct e na base de dados Index. Foi restrita a artigos de revisão sistemática e metanálises publicados nos últimos 5 anos. Foram ainda incluídos alguns artigos e livros selecionados relacionados com o tema.

O fraco domínio da língua do país de acolhimento, o isolamento social, a falta de apoio familiar, recursos financeiros escassos, dificuldade no acesso aos cuidados de saúde mental, dificuldade no processo de aculturação e de adaptação a uma nova cultura, processos de obtenção de estatuto de refugiado e de residência prolongados e complexos, condições precárias de habitação em instalações de emergência, campos de refugiados, centros de detenção e instalações partilhadas, discriminação e origem em países menos desenvolvidos associaram-se a maior prevalência de psicopatologia. O emprego e níveis superiores de educação são maioritariamente fatores protetores de sintomas psicopatológicos, porém condições de empregabilidade precárias aumentam o risco de doença mental, bem como uma maior perda de estatuto socioeconómico. O tempo de permanência no país de acolhimento apresentou resultados heterogéneos no impacto na saúde mental de refugiados e requerentes de asilo.

A prevalência de psicopatologia em populações de refugiados e requerentes de asilo é superior em comparação a populações não deslocadas do país de origem e em comparação com outras populações de migrantes. Condicionantes sociais do contexto pós-migratório associam-se a maior prevalência de psicopatologia. Estes estabelecem relações entre si e com as experiências traumáticas pré-migratórias, potenciando o seu impacto na saúde mental de refugiados e requerentes de asilo.

There are currently a great number of refugees and asylum seekers. The existing literature to date reveals a high prevalence of psychopathology in these populations. Despite the traumatic experiences lived by these individuals in the country where they come from, these alone are not enough to explain the high burden of mental illness, suggesting an important role of the post-migratory context in the development of psychopathology. The aim of this review is to make a current analysis of the mental health of refugees and asylum seekers and the impact that adverse social factors in the host country have on the development of mental illness, as well as the way they relate to each other, to understand which ones can be approached and function as a target in the prevention and treatment of psychopathology.

Research for this work was carried out in the MEDLINE and NCBI databases, from the Pubmed platform, and Science Direct and in the Index database. It was restricted to systematic review articles and meta-analyses published in the last 5 years. Some selected articles and books related to this subject were also included.

Poor domain of the host country's language, social isolation, lack of family support, scarce financial resources, difficulty in accessing mental health care, difficulty in the process of acculturation and adaptation to a new culture, prolonged and complex processes of obtaining refugee status and residency authorization, poor housing conditions in emergency facilities, refugee camps, detention centers and shared facilities, discrimination and origin in less developed countries were associated with a higher prevalence of psychopathology. Employment and higher levels of education are mainly protective factors for psychopathological symptoms, but poor employment conditions increase the risk of mental illness, as well as a greater loss of socioeconomic status. The length of stay in the host country showed heterogeneous results on the mental health of refugees and asylum seekers.

The prevalence of psychopathology in refugee and asylum seeker populations is higher compared to not displaced populations and other migrant populations. Social determinants of the post-migratory context are associated with a higher prevalence of psychopathology. These establish relationships with each other and with pre-migratory traumatic experiences, enhancing their impact on the mental health of refugees and asylum seekers.

### **Palavras-chave/ Keywords**

Refugiados, solicitantes de asilo, saúde mental, estigma, condicionantes sociais

Refugees, asylum seekers, mental health, stigma, social determinants

## Índice

Introdução .....	6
Metodologia.....	10
Discussão.....	11
Contextualização histórica e sociocultural.....	11
Psicopatologia em refugiados e requerentes de asilo .....	13
Epidemiologia da doença mental em refugiados e requerentes de asilo .....	13
Vulnerabilidade para a doença mental em refugiados e requerentes de asilo .....	15
Condicionantes sociais associados ao desenvolvimento de psicopatologia em refugiados e solicitadores de asilo.....	18
1. A linguagem e a comunicação .....	18
2. O estatuto socio-económico .....	20
2.1 Dificuldades financeiras.....	20
2.2. O emprego e a educação .....	21
2.3 O estatuto político e de residência.....	22
2.4 A habitação .....	24
3. Dificuldades no acesso aos cuidados de saúde mental.....	26
4. O contexto socio-cultural .....	28
4.1 O isolamento social .....	28
4.2. Diferenças culturais .....	30
4.3 O processo de aculturação.....	35
5. A família .....	36
6. O país de origem.....	37
7. Duração do período de permanência no país de acolhimento .....	38
8. A discriminação .....	39
9.1. O estigma associado à doença mental .....	41
Conclusão .....	43
Referências .....	45

## Introdução

Existem atualmente 26,6 milhões de refugiados em todo o Mundo. Este número aumentou em 172000 face ao final do ano de 2020. O número de conflitos ativos atingiu um valor recorde desde 1945 apesar da pandemia de COVID-19 e dos pedidos das Nações Unidas para um cessar-fogo global. (1)

Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), no dia 1 de março de 2022, devido ao conflito mais recente registado na Europa, entre a Rússia e a Ucrânia, cerca de 660000 indivíduos viram-se obrigados abandonar a Ucrânia e a procurar refúgio nos países vizinhos. (2)

A Convenção de Genebra de 1951 define o estatuto de refugiado como “alguém que receia, fundamentadamente, a perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertença a grupo social ou opinião política e que se encontra fora do país de que tem nacionalidade e não pode, ou, devido a esse receio, não quer beneficiar da proteção desse país”. (3)

O número total de novas solicitações de asilo na primeira metade de 2021 foi de 555400, um ligeiro aumento face ao mesmo período do ano de 2020. Existiam, no final de junho de 2021, 4,4 milhões de solicitações pendentes. (1)

Segundo o *Master Glossary of Terms* do ACNUR (4), um requerente de asilo difere apenas no estado do pedido de proteção internacional, sendo que, neste caso, ainda aguardam uma decisão final. Este termo pode também ser utilizado para indivíduos que ainda “não tenham submetido o seu pedido de proteção internacional, mas que têm a intenção de o fazer” ou para “indivíduos que estejam a necessitar dessa proteção”. Nem todos os requerentes de asilo serão reconhecidos como refugiados, porém todo o refugiado é, inicialmente, um requerente de asilo. Um requerente de asilo não deverá ser enviado para o seu país de origem até que o seu pedido seja examinado de acordo com o protocolo.

Apesar da diferença ténue na definição, estas populações enfrentam desafios diferentes, durante o processo de migração. Um requerente de asilo encontra-se, habitualmente, em países de transição, até que o seu pedido de proteção internacional seja analisado e aceite no país de acolhimento. Este país de transição é comumente um país de baixo ou médio rendimento. Estes indivíduos enfrentam a possibilidade de serem repatriados até que o seu pedido seja atendido, em consequência de leis e políticas que limitam a integração no mercado de trabalho, podendo ser retidos em centros de detenção e correndo um elevado risco de discriminação. (5)

O processo de migração pode ser dividido em 3 grandes fases, que incluem o período pré, peri e pós migratório. Cada um destes estádios tem diferentes implicações na saúde

mental de refugiados e requerentes de asilo (RRA) e acarreta diferentes desafios para estas populações.

A prevalência de psicopatologia em RRA é elevada, particularmente no que diz respeito a perturbações de ansiedade, depressão e Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD), comparativamente à população geral (6) e em relação a outras populações de migrantes. (7) Frequentemente apresentam-se como comorbidades, num mesmo indivíduo (8-11), particularmente a depressão e PTSD. (11, 12)

Os condicionantes sociais externos ao indivíduo ou determinantes sociais da saúde já revelaram a sua importância no funcionamento e adaptação cognitivo-emocional. O aumento da evidência relacionada com os mecanismos epigenéticos e a sua importância é também um aspeto que salienta, cada vez mais, a importância do contexto na abordagem aos doentes. (13) A interação cérebro-ambiente ganha uma nova relevância quando aplicada a populações tão vulneráveis ao ambiente externo.

A mudança para um país mais seguro, não significa necessariamente que haverá efeitos benéficos no bem-estar psicológico. Apesar da ampla evidência sobre a associação significativa entre o trauma pré migração e dificuldades psicológicas, sabe-se menos sobre a relação entre fatores pós migração e problemas de saúde mental. (14)

As dificuldades que enfrentam diariamente RRA no contexto pós-migratório são, tradicionalmente, estudadas de forma independente, sem considerar as relações entre elas. (15) No entanto, existem evidências de que não atuam isoladamente e que o seu impacto na saúde mental depende, em parte, das interações que estabelecem entre si e da associação com as experiências traumáticas vividas no país de origem.

Um trabalho de 2020 (10) revelou que refugiados originários da Síria apresentavam elevadas taxas de psicopatologia, independentemente de terem sido acolhidos em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Isto acontece porque, refugiados acolhidos em países menos desenvolvidos, têm mais probabilidade de serem colocados em campos de refugiados, com acesso limitado a serviços de saúde mental e escassos recursos, enquanto refugiados acolhidos em países do ocidente são expostos a escassos sistemas de apoio social e mais experiências de discriminação.

O conceito de trauma inclui violência, mas não se limita a ela, abrangendo um conjunto de experiências não violentas, como a separação ou a morte de um familiar. (5) O trauma é uma condição necessária, mas não suficiente para PTSD. Muitos migrantes forçados, expostos a eventos traumáticos não desenvolvem esta condição, nem apresentam maus indicadores de saúde mental. A exposição a fatores de stresse da vida diária pode explicar este resultado final variável. (16)

Estes dados realçam a importância dos fatores sociais do contexto pós-migratório na saúde mental. O impacto negativo na saúde mental das experiências traumáticas pré-migração pode, assim, ser mediado pelas experiências do contexto pós-migratório, impedindo a recuperação do trauma vivido. Adicionalmente, a exposição a violência no contexto pós-migratório é um fator de risco crítico para doença mental, muitas vezes desvalorizado e mascarado pela magnitude do trauma pré-migratório (5).

A exposição a um maior número de experiências adversas está, invariavelmente, associada a uma maior prevalência de doença mental, no entanto, esta não é inevitável e depende, em parte, da exposição a adversidades no momento do acolhimento nos países de realojamento. Estes fatores podem ser modificáveis e otimizados com o apoio das agências competentes e dos governos internacionais (17) e devem ser considerados no momento de planejar intervenções. (10)

Em Portugal, requerentes de asilo, beneficiários do estatuto de refugiado e seus familiares têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde mediante a apresentação de documentação emitida pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, estando isentos de taxas moderadoras. (18)

No entanto, a maioria dos refugiados não tem acesso a profissionais de saúde mental, uma vez que estes serviços são escassos nos locais onde há uma maior densidade destas populações e são, frequentemente, de difícil acesso em países desenvolvidos. Por outro lado, quando disponíveis, os serviços de saúde mental dos países ocidentais são pouco utilizados, sendo que uma grande parte destas populações provém de sociedades não ocidentais, que apresentam formas culturais específicas de compreender e lidar com o stresse psicossocial. Além disso, os cuidados de saúde mental têm uma abordagem limitada no que diz respeito aos numerosos fatores de stresse relacionados com o processo de migração que, diariamente, se apresentam a estes indivíduos. (19) A falta de acesso a cuidados de saúde mental contribui para uma diminuição da qualidade da saúde mental e um aumento do sofrimento. (20)

Com a retórica anti-migrantes a aumentar em tantos locais a nível global, a discriminação e a restrição de liberdades e direitos dos indivíduos que solicitam asilo pode aumentar, com efeitos potencialmente negativos para a saúde mental. (7)

A discriminação percebida associa-se a um conjunto de emoções negativas que afetam o bem-estar e que podem contribuir para piores níveis de saúde mental e sofrimento psicológico, assim como para pior saúde física, devido a desregulação biológica e comportamentos de risco, tais como a redução da utilização dos cuidados de saúde e da adesão a tratamentos. (21)

A importância deste trabalho prende-se com a necessidade de compreender os determinantes com impacto na saúde mental de RRA. O objetivo desta revisão é fazer uma análise da informação mais recente e fidedigna existente sobre a saúde mental nestas populações, tentando compreender quais os fatores sociais, económicos e culturais associados ao desenvolvimento de psicopatologia e a forma como estes se relacionam, bem como quais poderão ser modificáveis e alvo de abordagem, tanto a nível preventivo, como a nível terapêutico.

## Metodologia

A metodologia para a realização deste trabalho consistiu numa pesquisa nas bases de dados MEDLINE e NCBI, da plataforma Pubmed, e Science Direct e uma pesquisa de artigos portugueses na base de dados Index. Foram consultados outros artigos pontuais considerados relevantes para este trabalho.

As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram “refugees”, “asylum seekers”, “mental health” e “stigma” e os termos de pesquisa foram “refugees AND mental health”, “asylum seekers AND mental health”, “refugees AND mental health AND stigma” e “asylum seekers AND mental health AND stigma”. Foram utilizados filtros para restringir a pesquisa aos artigos publicados nos últimos 5 anos e a artigos de revisão sistemática e metanálises. Foram ainda consultados pontualmente livros, artigos e documentos online na área da psiquiatria transcultural e das migrações.

Foi realizada uma outra pesquisa onde foram utilizados os mesmos filtros para limitar os resultados, cujos termos de pesquisa utilizados foram “refugees OR asylum seekers AND discrimination AND mental health”, e uma outra pesquisa sem filtros com os termos “discrimination AND mental health”.

Para a definição do termo refugiado, foi consultado no *Master Glossary of Terms* no site do ACNUR. Foi também considerada a definição da Convenção Relativa ao Estatuto de Refugiado de 1951, do Protocolo Adicional à Convenção Relativa ao Estatuto de Refugiado de 1967 e da Convenção da Organização de Unidade Africana (OUA) de 1967. Para a definição do termo requerentes de asilo, foi igualmente consultado o *Master Glossary of Terms*.

Para a secção da contextualização histórica e sociocultural, foram consultadas diferentes fontes, como documentos oficiais da Agência da Organização das Nações Unidas para os Refugiados e a Convenção Relativa ao Estatuto de Refugiado de 1951, bem como o Protocolo Adicional à Convenção Relativa ao Estatuto de Refugiado de 1967.

Apenas foram incluídos artigos escritos em inglês ou português.

## Discussão

### Contextualização histórica e sociocultural

As populações têm migrado de lugar em lugar desde o início da existência humana. Os motivos dessas migrações incluem a exploração e a sobrevivência. (22)

Apesar da crise migratória atual ser frequentemente descrita como uma crise sem precedentes, já se verificaram outras situações em que populações se viram deslocadas dos seus países. Os motivos são diversos, desde guerras regionais, mundiais ou civis, revoluções e descolonizações. (23) Contudo, desde o início do ano de 2015 que o número de indivíduos que atravessa as fronteiras da Europa tem aumentado de forma marcada, bem como o número de requerentes de asilo nos países europeus. (24)

Na Europa, como consequência da segunda Guerra Mundial, cerca de 60 milhões de pessoas tiveram de abandonar os seus países. Já anteriormente, durante a primeira Guerra Mundial, milhões de pessoas foram forçadas a procurar proteção internacional.

No sul do continente asiático, 15 milhões de pessoas devem ser adicionadas ao total de refugiados previamente à crise atual. Como resultado da criação do estado de Israel, em 1948, 1 milhão de palestinos tornaram-se refugiados. A criação da República Popular da China em 1948 e a ocupação japonesa da China entre 1938 e 1945, foram responsáveis pela deslocação de 90 milhões de pessoas. (23)

Outros episódios, como o êxodo em massa da Sérvia em 1915, a invasão austríaca e a revolução Bolchevique e consequente guerra civil constituem outros momentos históricos em que as populações foram forçadas a abandonar os seus países de origem. (23)

Em resposta ao Holocausto e ao regime de totalitarismo soviético, e em contexto pós-guerra, surge um novo panorama de proteção legal para estas populações. Foi criada a Organização Internacional de Refugiados, em 1946, substituída, em 1951, pelo Gabinete do Alto-Comissário das Nações Unidas para os Refugiados e pela Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados. (23)

Uma vez resolvida a situação dos refugiados da Segunda Guerra Mundial, pensava-se que o problema estava solucionado. Porém, a Convenção de 1951 revelou ser insuficiente para lidar com o problema coletivo dos refugiados. (25) Esta convenção, que determinava os direitos dos refugiados devido a conflitos e os deveres dos países que os acolhiam, dizia respeito apenas a “vitimas dos acontecimentos ocorridos antes de 1 de janeiro de 1951” (3), e as nações tiveram a opção de aplicar as suas disposições apenas à Europa. (25). O Protocolo de 1967 Relativo ao Estatuto dos Refugiados estendeu o âmbito da Convenção ao eliminar os limites temporais e geográficos da mesma. (25, 26)

A Convenção da Organização de Unidade Africana, adotada pela OUA em 1967, “que rege os aspetos específicos dos problemas dos refugiados em África”, adicionou à definição da Convenção de 1951 “qualquer pessoa que, devido a uma agressão, ocupação externa, dominação estrangeira ou a acontecimentos que perturbem gravemente a ordem pública numa parte ou na totalidade do seu país de origem ou do país de que tem nacionalidade, seja obrigada a deixar o lugar da residência habitual para procurar refugio noutra lugar fora do seu país de origem ou de nacionalidade.” (25, 27)

O número de pedidos de proteção internacional processados no primeiro semestre de 2021 aumentou 5% em relação ao ano anterior, porém, uma vez que, nas fases iniciais da pandemia, não foram entrevistados candidatos em alguns países, os pedidos processados foram essencialmente de candidatos entrevistados previamente. Ainda assim, este número foi significativamente inferior aos números pré-pandemia da COVID-19. A maioria das solicitações foram submetidas por originários da Síria, Afeganistão, República Centro Africana, Venezuela e Honduras, à semelhança do que aconteceu no mesmo período de 2020. O número de pedidos de proteção internacional de indivíduos provenientes da República Centro Africana teve um rápido aumento, passando de 1700 pedidos, no primeiro semestre de 2020, para 57.800 nos primeiros seis meses de 2021. (1)

A atenção pública ignora frequentemente uma grande parte dos problemas atuais relacionados com a questão da crise dos refugiados, dando ênfase apenas a uma pequena porção do que se passa realmente. De facto, a expressão “crise dos refugiados”, diz, maioritariamente, respeito aos problemas que os estados europeus têm de enfrentar para dar resposta a esta crise e não aos problemas que estas populações enfrentam durante este processo. Desde 2011, apenas uma minoria dos refugiados originários da Síria e do Afeganistão migraram para a Europa, tendo procurado refúgio dentro do próprio país, enquanto deslocados internos, ou em países vizinhos. Outras populações de refugiados são completamente ignoradas enquanto enfrentam um futuro incerto em campos de refugiados, como as originárias do Saara Ocidental, Bangladesh e Somália. (23)

## **Psicopatologia em refugiados e requerentes de asilo**

### **Epidemiologia da doença mental em refugiados e requerentes de asilo**

De acordo com Hoell et al. (2021) (28), RRA experienciam elevadas taxas de psicopatologia, particularmente PTSD (31%) e depressão (31,5%).

Em refugiados e deslocados internos, as prevalências de Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade Social e Perturbação Obsessivo-Compulsiva encontradas por Morina et al. (2018) foram, respetivamente, 23%, 15% e 5%. (29)

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático Complexa (PTSD Complexa), uma forma de PTSD incluída na CID-11 associada à exposição repetida e prolongada a eventos traumáticos extremos aos quais o indivíduo tem a perceção de não conseguir escapar, é descrita por Mellor et al. (2021) (30) como tendo uma prevalência em refugiados entre 2 e 86%. Esta heterogeneidade de resultados pode ter várias explicações, como o facto de terem sido incluídas definições de PTSD Complexa precursoras da atual. Esta entidade é particularmente resistente aos tratamentos convencionais focados no trauma utilizados na PTSD e cursa, frequentemente, com outras comorbidades (31).

Uma metanálise revelou um risco de esquizofrenia e outras psicoses não esquizoafetivas significativamente superior em refugiados, em comparação com a população dos países de acolhimento e com migrantes não refugiados. Este dado sugere que a experiência de ser refugiado pode, por si só, constituir um fator de risco independente para psicose não esquizoafetiva, em migrantes. (33)

Estes resultados são congruentes com os achados de um trabalho que revelou maior incidência de psicose em refugiados restabelecidos na Suécia, comparativamente à população geral deste país. (34)

Outro estudo revelou uma prevalência de 2% de distúrbios psicóticos em refugiados da etnia Hmong restabelecidos nos Estados Unidos e Vietnamitas realocados na Noruega. Esta prevalência aparenta ser semelhante à da população dos países de acolhimento, no entanto, os primeiros anos podem constituir um período crítico para o desenvolvimento de psicose. (9) Morina et al. (2018) (29) encontrou uma prevalência de distúrbios psicóticos entre 1 e 12%.

Giacco et al. (2018) (9) estudou a prevalência de distúrbios de abuso de substâncias em refugiados, encontrando grande heterogeneidade de resultados, que podem ser um reflexo das diferenças de padrões de consumo entre o país de origem e o país de acolhimento que afetam a disponibilidade de substâncias e as normas sociais de consumo. Morina et al.

(2018) (29) encontrou resultados semelhantes, com prevalência de abuso de álcool entre 2 e 60%.

Outro estudo reporta uma prevalência de uso de substâncias inferior à da população do país de acolhimento, particularmente em refugiados recém-chegados. Com o tempo, este padrão tende a assemelhar-se ao da população desse país, havendo mesmo diferenças na prevalência de uso de substâncias em refugiados residentes em países diferentes, sugerindo a influência das normas sociais do país de acolhimento nos padrões de consumo destes indivíduos. (9)

Uma revisão sistemática de 2020, por Kokou-Kpolow et. al (35) reportou uma prevalência de Perturbação de luto prolongado em refugiados adultos em luto de 33,2%. A comorbidade com PTSD, depressão, perturbações de ansiedade e queixas psicossomáticas foi também encontrada neste estudo. Posselt et al. (2020) (11) refere ainda que o luto constitui um fator de risco independente para psicopatologia, particularmente em situações de múltiplas perdas de familiares.

Uma revisão sistemática de 2018 (29) reportou uma prevalência de comportamentos auto-lesivos, incluindo suicídio, entre 2 e 12%. Já a prevalência de distúrbios de somatização encontrada foi de 14%

Richter et al. (2020) (36) encontrou uma elevada prevalência de distúrbios do sono em RRA. Estes distúrbios encontram-se associados a preocupações psicossociais e, principalmente, a problemas de saúde mental. Destes, a PTSD é a que mais frequentemente se associa a perturbações do sono, que constituem parte integrante dos critérios de diagnóstico.

Alguns estudos sobre a prevalência de psicopatologia em refugiados revelam uma grande variabilidade de resultados, que pode ser explicada pelas diferentes características e antecedentes dos grupos em estudo e pelo apoio que estes recebem no país de acolhimento, no entanto, a metodologia adotada em cada estudo tem influência nestes achados, sendo que, quando utilizadas amostras de conveniência, as prevalências de doença mental tendem a ser superiores (9), bem como com a utilização de métodos de rastreio, nomeadamente no que diz respeito aos métodos de diagnóstico. Ainda assim, independentemente do método de avaliação utilizado, a prevalência de psicopatologia tende a ser superior comparativamente à população geral.

## **Vulnerabilidade para a doença mental em refugiados e requerentes de asilo**

Os RRA são, provavelmente, o grupo mais vulnerável de todos os grupos de migrantes. Experiências como processos de migração forçada, não planeada e associada a várias formas de trauma, incertezas legais e sobre o estado do seu processo de imigração, bem como perda de apoio social e recursos, podem contribuir para elevadas taxas de psicopatologia. Estes problemas são agravados pela atitude dos países de acolhimento. (22)

Uma boa saúde mental é um fator contributivo para uma boa integração na comunidade. Por sua vez, indivíduos bem integrados apresentam uma boa saúde mental. (37) O principal objetivo ao realocar refugiados é a integração na comunidade que os acolhe, o que passa, essencialmente, por aprender a língua da comunidade, familiarização com a cultura e encontrar emprego, de forma a desenvolver meios de subsistência e independência futuros. Desse modo, os cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde mental, são comumente relegados para segundo plano. A isto, acrescem a dificuldade em aceder aos mesmos, o estigma a que estão sujeitos e as barreiras linguísticas e comunicacionais. (22)

Nos países onde são restabelecidos, estes indivíduos podem ser alvo de discriminação por motivos raciais, políticos e religiosos, não ser bem recebidos, ter condições habitacionais pobres, em locais afastados da comunidade, incluindo campos de segregação e limitações no acesso a emprego e educação. Não é raro que, no período pós-migração inicial, a frustração e desilusão surjam ao mesmo tempo que estes problemas emergem. Frequentemente, as respostas a este nível dependem da abordagem das necessidades sociais. (38)

Experiências com elevados níveis de stresse associados após a chegada ao país de acolhimento associam-se a manifestações internalizantes. Os desafios do quotidiano no país de restabelecimento são um fator de risco para sintomas depressivos, além do trauma associado a experiências de guerra em refugiados do Norte da Europa. (39)

O contexto social do país de acolhimento revelou ter um valor preditivo do desenvolvimento de problemas do comportamento e emocionais superior à exposição a experiências traumáticas no período pré migratório, após uma estadia de 8-9 anos, em refugiados em países do Norte da Europa. (32)

O processo de migração afeta múltiplos aspetos da vida e da saúde mental destes indivíduos, a nível biológico, social e psicológico. As três fases deste processo constituem diferentes desafios. Os principais fatores pré-migratórios que influenciam o potencial de desenvolvimento de psicopatologia são condições que propiciam o seu desenvolvimento, incluindo trauma perinatal e adversidades em fases precoces da vida, bem como alienação da própria cultura e isolamento social. As diferenças culturais e socioeconómicas entre países podem ter um impacto variável. A fase pós-migratória pode ser também variável, dependendo

da forma como as famílias se estabelecem no país de acolhimento. (22) Fatores pós-migração associados a piores indicadores de saúde mental incluem a discriminação, problemas do quotidiano e falta de apoio social. (39)

Certos determinantes específicos do contexto pós migração potenciam sinergicamente os efeitos psicológicos do trauma pré migração. (14). Uma revisão sistemática sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde em refugiados, revelou que fatores como baixa empregabilidade e salários mais baixos, perda da família e da rede de apoio social, falta de acesso a cuidados de saúde e elevadas taxas de psicopatologia são mais prevalentes em refugiados em comparação com a população geral. A qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQOL) avaliada pela ferramenta WHOQOL-Bref, constituída por 26 questões, que aborda quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), revela resultados inferiores no domínio psicológico em refugiados que experienciaram traumas relevantes com impacto direto na saúde mental, comparativamente a refugiados não expostos a trauma, assim como uma qualidade de vida inferior. Segundo os autores, estes resultados podem ser explicados por níveis elevados de sofrimento psicológico e maior exposição a somatização, estigmatização e barreiras no acesso ao sistema de saúde no país de acolhimento. Estes fatores podem ser agravados se lhes associarmos a falta de profissionais de cuidados de saúde mental experientes e de tradutores, que constituem uma peça essencial na prestação de cuidados culturalmente sensíveis. (40)

Existe já evidência sobre alguns fatores de risco e fatores protetores para a saúde mental de RRA. É importante perceber, além disso, qual o período do processo de migração em que estes atuam. Giacco (2019) (41) dividiu este processo em 5 fases e descreveu, para cada uma delas, quais os fatores de risco com maior impacto. O período pós-migratório, foi subdividido em três fases. Na chegada ao país de acolhimento, os principais fatores de risco foram a insegurança alimentar, a falta de habitação e a insatisfação com as condições da mesma, particularmente em campos de refugiados. Outros fatores impactantes foram longos períodos de espera pela resposta ao pedido de asilo e falta de informação, que se associam a sintomas depressivos. Foram descritos, como fatores protetores, as condições de alojamento, acesso aos cuidados de saúde e processos de obtenção de residência rápidos. Na fase de integração no país de acolhimento, os fatores de risco foram o isolamento social, desemprego, discriminação e vitimização, problemas de identidade cultural e com o processo de aculturação e descida de escalão social. Como fatores protetores, realçam-se o apoio social, a sensação de pertença na sociedade do país de acolhimento, a receção de estatuto de residente, pertencer a uma comunidade onde habitam várias pessoas da mesma etnia e habitações com áreas superiores. A incerteza ou não aceitação em relação estatuto de refugiado é outro dos períodos destacados pelo autor. O medo de ser deportado ou detido em

centros de imigração e de perder o emprego são fatores de risco conhecidos para sofrimento psicológico e psicopatologia. Nesta fase, a sensação de pertença à comunidade pode funcionar como um fator de risco.

O diagnóstico destas patologias pode ser atrasado por vários motivos. Além da relutância em procurar ajuda devido ao estigma associado à saúde mental (42), muitas vezes a psicopatologia, nomeadamente a PTSD, apresenta-se sobre a forma de queixas somáticas (31), que levam os doentes a procurar ajuda médica, podendo ser erradamente diagnosticados. (9, 43) As barreiras linguísticas e a comunicação por intermédio de um tradutor contribuem igualmente para o atraso do diagnóstico. (43) Este atraso pode resultar na cronificação das patologias e deterioração do estado de saúde.(9) É importante que os prestadores de cuidados de saúde compreendam que as queixas somáticas e de dor inespecífica são uma resposta comum ao trauma, e que esta perceção poderá ajudar a ultrapassar as dificuldades de comunicação enquanto barreira ao diagnóstico adequado e atempado. (43)

Há evidência de que o estigma constitui uma barreira importante na procura e acesso a cuidados de saúde mental. A doença mental é ainda tabu em diversos países. (43) Indivíduos com perceções negativas sobre a saúde mental preocupam-se particularmente com as consequências sociais da psicopatologia, nomeadamente a nível familiar, e mais especificamente com as consequências adversas na união familiar e em perspetivas futuras de casamento. (42)

Os prestadores de cuidados de saúde mental a RRA, residentes na Europa, reportaram experiências de estigma e discriminação dentro dos próprios cuidados de saúde, condições socioeconómicas precárias, isolamento social e trauma como fatores que contribuem para a marginalização destes migrantes. (44)

É necessário intervir a este nível junto de RRA e integrar serviços de saúde mental na comunidade e cuidados de saúde. A educação na comunidade e programas de apoio são cruciais para quebrar o estigma. (43)

Apesar de todos estes dados favorecerem uma intervenção multidisciplinar para abordar as necessidades em saúde mental destes indivíduos, uma revisão sistemática de 2019 (45) encontrou resultados variáveis sobre a eficácia de abordagens multidisciplinares, que incluíram combinações de assistência social, psicoterapia, farmacoterapia e aconselhamento social em refugiados. Segundo os autores, estes achados deveram-se à falta de pesquisa e de estudos focados nesta temática. Van der Boor & White (2020) (20) referem que o modelo biomédico não é suficiente para satisfazer as necessidades destas populações, sendo necessário um maior foco em intervenções externas ao setor da saúde.

## **Condicionantes sociais associados ao desenvolvimento de psicopatologia em refugiados e solicitadores de asilo**

### **1. A linguagem e a comunicação**

A língua, como parte integrante da cultura, modula a forma de expressar emoções, pensamentos e comportamentos. A psiquiatria é a especialidade médica mais dependente da interpretação e a cultura fornece um contexto para essa interpretação. Deste modo, a cultura e a linguagem afetam a forma como os sintomas psiquiátricos são expressos e interpretados. (46)

O domínio da língua do país de acolhimento associa-se a melhores resultados em saúde mental, bem-estar e integração na comunidade. (47) Um deficiente conhecimento da língua está relacionado com um risco significativo de psicopatologia em RRA residentes na Alemanha. (48) Outro estudo revela que, as dificuldades de comunicação, em refugiados provenientes do sudeste asiático, se associam a isolamento social a longo prazo, particularmente em mulheres, que têm menor probabilidade de receber educação e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de sintomas depressivos. (49)

Barreiras linguísticas em refugiados afegãos revelaram desencorajar a adaptação (50) e são parcialmente responsáveis pela baixa taxa de utilização dos cuidados de saúde mental por RRA. (20, 42, 48, 50) Um dos mecanismos que explica o difícil acesso aos cuidados é o facto de, por não dominarem a língua, terem maior dificuldade e perderem mais tempo para compreender o processo de acesso aos cuidados de saúde primários. (20)

O domínio da língua do país de restabelecimento é um fator protetor para sintomas depressivos em refugiados. (39, 48)

Em mulheres refugiadas e imigrantes, o risco de depressão pós-parto é acentuado por diversos fatores pré e pós-migração. No contexto do país de acolhimento, a falta de domínio da linguagem associa-se a maior isolamento social e limitação no acesso a serviços de saúde. (51)

Para a elaboração de escalas para investigação, geralmente não é suficiente fazer uma simples tradução direta, correndo o risco de se perder a validade das medidas devido a diferenças culturais. (46) As ferramentas utilizadas pelos investigadores são frequentemente desenvolvidas nos países ocidentais, traduzidas e, posteriormente, validadas nas diferentes culturas. (13)

A falta de tradutores que auxiliem na prestação de cuidados de saúde mental agrava os maus indicadores de saúde mental em RRA. Esta falha aumenta o sofrimento individual

por dificultar a integração e limitar o acesso aos cuidados de saúde (40) e aumenta a sensação de receio ou ansiedade de serem mal compreendidos pelos profissionais de saúde (42).

Há evidência limitada, porém consistente, do impacto positivo dos tradutores na qualidade dos cuidados de saúde prestados, permitindo responder aos desafios sociais e culturais. De uma forma geral, a utilização de tradutores experientes conduz a melhores resultados em saúde (15, 40) e maior satisfação dos doentes, o que se traduz em pontuações mais elevadas no domínio psicológico da escala de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, através da ferramenta WHOQOL-Bref. (40)

Asfaw et al. (2020) (52) relatam a experiência de psicoterapeutas que trabalham com refugiados na Alemanha. Uma das dificuldades reportadas por estes profissionais foi a comunicação. Alguns alegaram que a solução passa pelo recurso a tradutores. Outros expuseram uma opinião oposta, alegando que preferiam recorrer a estratégias de comunicação não verbal, uma vez que o uso de tradutores pode acarretar mais desafios do que benefícios e interferir com a comunicação dos sentimentos e experiências dos doentes, adicionando os seus próprios sentimentos e interpretações à tradução.

Um estudo realizado na Suécia (53) revela resultados semelhantes, tendo os participantes indicado que o uso de tradutores poderia complicar a comunicação com refugiados, já, por si, difícil devido ao fraco domínio da língua pelos doentes. Após receberem formação sobre como trabalhar com tradutores, estes passaram a ser considerados uma ferramenta útil.

Também RRA apresentam reservas quanto à utilização de tradutores por receio de problemas de confidencialidade, medo de omissão de informação que consideram relevante, interpretação inadequada da informação fornecida, adição de opiniões pessoais à tradução e medo de julgamento. Outra dificuldade que pode advir da utilização de tradutores é o impedimento da criação de dinâmicas interpessoais com o prestador de cuidados de saúde mental. (20)

A utilização de tradutores informais, geralmente indivíduos provenientes da comunidade, é comum entre investigadores que trabalham com a minoria étnica Rohingya, já que esta comunidade comunica através de uma língua própria não reconhecida pelo Estado birmanês. Porém, Tay et al. (2019) (54) recomendam a limitação do uso deste tipo de tradutores, devido aos problemas de privacidade e confidencialidade que podem surgir e por receio de quebras de comunicação. Van der Boor & White (2020) (20) referem ser comum recorrer a familiares como tradutores para facilitar a comunicação nos cuidados de saúde mental. No entanto, defendem que problemas de confidencialidade podem surgir e que, sempre que possível, deverão ser utilizados tradutores com formação e treino.

Em suma, o domínio da linguagem tem um papel preponderante no desenvolvimento e manutenção de sintomas de psicopatologia e apresenta uma grande influência positiva no comportamento de procura de cuidados de saúde mental e no diagnóstico correto de doença mental. Além disso, a comunicação afeta também outros fatores pós-migratórios que, no seu conjunto, afetam a forma como é feita a integração na comunidade do país de acolhimento. A integração é um fator pós migração de peso no que diz respeito ao bem-estar destes indivíduos. A relação entre RRA e profissionais de saúde mental é facilitada se a comunicação for clara. Por vezes, isto é apenas possível recorrendo a tradutores que, apesar de muito úteis nestas circunstâncias, podem perturbar a criação de uma relação de confiança e o diagnóstico de doença mental. Estes achados permitem realçar a importância da presença de tradutores junto dos cuidados de saúde, desde que estes sejam profissionais experientes e com formação adequada.

## **2. O estatuto socio-económico**

### **2.1 Dificuldades financeiras**

A maioria dos migrantes consegue adaptar-se favoravelmente a uma nova identidade cultural e contribuir para o crescimento das economias locais, bem como para o enriquecimento da cultura dos países de acolhimento. No entanto, a relação entre desigualdade social e saúde mental encontra-se bem estabelecida e é inevitável que estas populações sofram de iniquidade social e económica, estando, assim, mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental. (22)

A falta de bens materiais básicos, como abrigo, comida, água, roupa e casa de banho, são fortes preditores de sintomas de PTSD complexo. (30)

Em refugiados em luto, as dificuldades financeiras, aliadas ao sofrimento de perder um ente querido, associam-se a um aumento do sofrimento psicológico. (35)

A escassez de rendimentos pode influenciar também a procura de cuidados de saúde mental. A preocupação com despesas médicas como, por exemplo, o custo de medicamentos, principalmente em países em que é necessário ser portador de seguro de saúde para poder aceder aos serviços, constitui uma barreira importante no acesso aos cuidados de saúde mental. Frequentemente, RRA sentem que os profissionais de saúde não compreendem as suas dificuldades financeiras o que, aliado à desconfiança na medicina ocidental e crença de que os prestadores de cuidados apenas se interessam pelos lucros, contribui para uma baixa procura de cuidados. (20)

A manutenção do estatuto socioeconómico prévio na mudança para o país de acolhimento associa-se a melhores níveis de saúde mental. Indivíduos com estatuto elevado no contexto pré-migratório apresentam piores indicadores de saúde mental, possivelmente devido à maior perda de estatuto que lhes é imposta. (55)

## **2.2. O emprego e a educação**

Ter um emprego e acesso a oportunidades de emprego influencia, além de questões financeiras, outros aspetos do indivíduo, como a sua identidade, e contribui para que, residentes em países de transição, que vivem num constante estado de incerteza, mantenham a esperança no futuro. (47)

O número limitado de oportunidades de contribuir economicamente e socialmente para a comunidade de acolhimento relaciona-se com a persistência de PTSD e depressão no período pós migração. (56)

Ter um emprego está associado a menor risco de comportamentos externalizantes em refugiados do Norte da Europa (39) e o facto de não ter um trabalho é, por si só, uma fator de risco para psicopatologia, podendo limitar a integração completa num novo ambiente (9, 14, 48) e reduzir a eficácia do tratamento. (14) A empregabilidade está também relacionada com uma diminuição de problemas comportamentais e emocionais no seguimento de indivíduos com este tipo de disfunção. (39) Não ser capaz de sustentar e fornecer recursos à família está associado a uma maior probabilidade de sintomas depressivos clinicamente importantes (9, 14) e outra psicopatologia, relacionando-se também com a gravidade dos sintomas. É também expectável que tenha um impacto negativo na qualidade de vida psicológica (37), na saúde geral e na qualidade de vida global.(14)

O stresse associado a problemas financeiros e ao desemprego é mais frequentemente reportado por homens, uma vez que, particularmente nestas populações, ter um emprego é um marco significativo. Ainda assim, é mais provável que estes se encontrem desempregados, principalmente aqueles que experienciam sofrimento psicológico. (14, 48)

O desemprego, por dificultar a adaptação ao luto em refugiados em período de luto, constitui uma fonte secundária de sofrimento psicológico. (35)

Uma revisão sistemática encontrou uma associação fraca entre o desemprego e o desenvolvimento de problemas de saúde mental em requerentes de asilo. Porém, um fator confundidor a ter em conta, e que não foi considerado neste estudo, é o trabalho não autorizado, que pode ser uma fonte adicional de preocupação e stresse por envolver trabalho forçado, salários em atraso e falta de recursos institucionais. (7)

Um outro trabalho identificou a falta de oportunidades de emprego e educação como um fator de risco para psicopatologia e sentimentos de medo, tristeza e ansiedade em requerentes de asilo. (11)

Vários autores reportaram que, níveis superiores de escolaridade em refugiados se associam a piores indicadores de saúde mental e maior prevalência de psicopatologia, devido à maior perda de estatuto socioeconómico imposta (10, 55), resultados que contrastam com os achados de uma metanálise (6) mais recente e com uma revisão sistemática de 2019 (39), que associam níveis educacionais superiores a um menor risco de sintomas depressivos. Peconga & Høgh Thøgersen (2020) encontraram também evidência que relaciona um maior nível de escolaridade a menos sintomas de PTSD (10).

A educação e o treino vocacional são ferramentas úteis para melhorar a autoestima, contribuir para a manutenção da esperança no futuro e melhorar a forma de enfrentar problemas de saúde mental em indivíduos que vivem na incerteza em relação ao seu estatuto político. (47) Fracas perspetivas de atividade vocacional são um forte preditor de PTSD Complexo. (30)

Ter um emprego é um fator potencialmente protetor para a saúde mental de requerentes de asilo (7) e refugiados (55), mesmo em situação de residência em países de transição (47). Conseguir providenciar sustento à família é um indicador de sucesso e estabilidade, particularmente no sexo masculino, apesar de estes apresentarem taxas de desemprego superiores, possivelmente devido aos sintomas incapacitantes de doença mental. Nem sempre ter um trabalho é um fator protetor, sendo que, quando se trata de trabalho não autorizado ou condições de trabalho precárias, pode constituir uma fonte de stresse adicional, bem como a falta de poder de decisão e de controlo no local de trabalho.

A escolaridade apresentou resultados mais variáveis, mas com evidência de que esta é um fator protetor para psicopatologia. No entanto, o impacto da perda de estatuto socioeconómico não deve ser ignorado quando esta questão é abordada.

### **2.3 O estatuto político e de residência**

Uma revisão sistemática de 2020 (11) encontrou prevalências de PTSD, depressão e comportamentos suicidários em requerentes de asilo superiores em comparação com refugiados. Estes achados revelam a importância da estabilidade, segurança e certeza quanto ao futuro na saúde mental.

Os procedimentos legais envolvidos no processo de solicitação de asilo relacionam-se com a saúde mental. (11) Processos prolongados associam-se a pior qualidade de vida global.

A redução do tempo necessário para responder ao pedido de proteção internacional aumenta a probabilidade de arranjar emprego e, conseqüentemente, melhora a integração social e reduz o risco de marginalização e de doença mental, aumentando a qualidade de vida. (37)

Outro estudo encontrou também evidência de que a duração mais prolongada do processo de obtenção de asilo aparenta ter um impacto significativo na deterioração da saúde mental (41) e redução da qualidade de vida de requerentes de asilo acolhidos na Alemanha e está associada a sintomatologia depressiva, de PTSD e ansiedade, bem como a piores indicadores psicológicos de qualidade de vida relacionada com a saúde (HrQoL) e satisfação com a vida inferior. (48)

Em refugiados sírios, o período de espera pela resposta ao pedido de estatuto de refugiado revelou um maior impacto na saúde mental comparativamente a fatores como a separação da família, a perda de vida social e a exclusão da sociedade. (10)

O estatuto político precário com que muitas vezes se deparam limita o acesso a serviços, incluindo os cuidados de saúde mental. A incerteza em relação ao estado do pedido de estatuto de refugiado pode conduzir a sentimentos de insegurança e injustiça, o que pode, por sua vez, contribuir para exacerbar sintomas de PTSD em doentes que viveram experiências traumáticas, e para resultados negativos na saúde mental. (41, 42) Essa insegurança pode, adicionalmente, provocar receio e má adesão às intervenções de saúde mental. (57) Um dos motivos destacados para essa adesão limitada é o receio de serem detidos e forçados a regressar ao país de origem nas deslocações aos locais de prestação de cuidados. (9, 57) A segurança pessoal é, muitas vezes, priorizada em relação à saúde, particularmente em migrantes sem documentação. (20)

Foi encontrada uma forte associação entre a obtenção de autorização de residência e o risco de psicopatologia em RRA, porém esta relação apenas se verificou em situações em que existiam outros fatores de stresse pós migratório, sendo este risco superior em requerentes de asilo quando comparados com refugiados. Quando outros fatores pré e pós migração foram controlados, esta relação deixou de se verificar. A obtenção de residência é, de facto, um marcador para outras variáveis, como o aumento de oportunidades e recursos disponíveis pela aquisição do estatuto de refugiado, aumentando a saúde global. (14)

Em contexto de detenção, a aquisição de proteção temporária em alternativa à proteção definitiva associa-se a maior prevalência de PTSD e depressão. (58)

A incerteza relacionada com o estatuto de imigração influencia a gravidade dos sintomas psicológicos, bem como fatores que, de forma indireta, influenciam o comportamento de procura de ajuda, como o estigma associado à doença mental. (42) Esta incerteza associa-se também a pior saúde mental e a falta de esperança no futuro, particularmente em

requerentes de asilo com depressão ou PTSD pré-existentes. (11) Sambucini et al. (2020) encontraram ainda evidência de maior eficácia de intervenções psicológicas, particularmente na depressão, em refugiados, comparativamente com requerentes de asilo. Segundo os autores, estes achados devem ser interpretados com precaução, uma vez que as respostas podem ter sido alvo de manipulação como tentativa de obtenção de uma resposta mais rápida ao pedido de proteção internacional. (59)

Grávidas requerentes de asilo reportam elevados níveis de sintomas de ansiedade e stresse por incerteza em relação à decisão do pedido de asilo. (60)

Uma revisão sistemática confirmou achados de estudos previamente realizados, que destacavam a existência de vários determinantes, como o isolamento social, a incerteza relacionada com o estado do pedido de asilo e a lentidão do processo de decisão, que, associados ao contexto de detenção, aumentam o sofrimento psicológico, ansiedade e depressão em RRA, constituindo, assim, fatores desencadeantes de comportamentos auto-lesivos. (61)

RRA que vivem em países de transição, não possuindo estatuto legal de residência ou não residindo em países com programas de acolhimento instituídos, vivem na incerteza num conflito constante entre manter uma atitude positiva e momentos de desespero. Uma revisão sistemática de 2019 (47) revelou que, este período beneficia particularmente de atitudes e pensamentos orientados para o futuro, como forma de aumentar a resiliência e o bem-estar. Estratégias como aprender novas aptidões, expandir e enriquecer a rede de apoio social, aumentar a conexão com a fé e crenças religiosas e espirituais e viver uma vida o mais próximo possível do que se idealiza para o futuro são formas de colocar em prática esse pensamento orientado para o futuro.

Sumariando, a incerteza em relação à obtenção de autorização de residência e do estatuto de refugiado têm implicações diversas na saúde mental. Além de limitar o acesso aos serviços de saúde mental devido a procedimentos burocráticos, limita também o comportamento de procura de ajuda, uma vez que indivíduos com estatuto político incerto evitam deslocar-se por receio de detenção e deportação.

## **2.4 A habitação**

Por vezes, após abandonarem o país de origem, RRA são retidos em campos, centros de detenção ou instalações temporárias até obtenção do estatuto de residência, com condições precárias, separados das famílias e, frequentemente, vítimas de violações dos direitos humanos.

Problemas de habitação são um fator de risco importante para psicopatologia. (14) Enquanto RRA, particularmente do sexo masculino, que vivem em centros de habitação partilhada e instalações temporárias apresentam risco de deterioração da sua saúde mental e maiores níveis de discriminação, os que habitam em instalações privadas ou independentes e permanentes apresentam maior satisfação com a vida e melhor saúde mental (48, 55) Em indivíduos que vivem em países de transição, as condições habitacionais estáveis associam-se a melhor saúde mental e qualidade de vida. (47)

Também há diferenças entre indivíduos que vivem em instalações de emergência comparativamente aos que habitam em centros de receção iniciais e instalações partilhadas, sendo que, os primeiros, reportam níveis significativamente superiores de sintomas de depressão, perturbação de ansiedade generalizada e PTSD, e os segundos referem melhor qualidade de vida subjetiva. De uma forma geral, quanto mais satisfeitos com as condições de habitação se encontram, menor é a probabilidade de apresentarem sintomas de depressão e PTSD. (48)

Posselt et al. (2020) (11) relatam também maior prevalência de problemas de saúde mental em requerentes de asilo em contexto de detenção. A permanência em centros de detenção e em campos de refugiados associa-se, devido às regras apertadas e vigilância constante, a sentimentos de humilhação, vergonha, ansiedade e choque.

Residentes em campos de refugiados apresentam taxas de consumo prejudicial de álcool superiores a refugiados residentes na comunidade. (9)

Segundo von Werthern et al. (2018) (58), a detenção deve ser vista como uma experiência traumática por si só. Imigrantes em contexto de detenção apresentam maior prevalência de psicopatologia, particularmente PTSD, depressão e ansiedade, comparativamente a não detidos. Destes, os requerentes de asilo são os que apresentam pior saúde mental. Mesmo quando comparados com reclusos, indivíduos em centros de detenção apresentam maior prevalência de depressão e PTSD. Além disso, deve ser considerada um fator de risco independente para má saúde mental. Nesta revisão sistemática, com exceção de um estudo, não se encontraram diferenças significativas nos níveis de exposição a experiências traumáticas pré-migratórias entre detidos e o grupo de controlo, sugerindo que a detenção contribui, independentemente, para PTSD, acima e além do impacto das experiências traumáticas.

A duração do período de detenção apresenta também correlação com sintomas de doença mental, sugerindo uma deterioração da função psicológica com a detenção prolongada. Apesar disso, mesmo detenções de curta duração têm consequências negativas na saúde mental. (58)

A necessidade de mudar frequentemente de alojamento é uma dificuldade reportada por prestadores de cuidados de saúde mental a refugiados, na Suécia, que impossibilita uma relação com o doente de longa duração, afetando a confiança. (53)

Hou et al. (16) (2020) encontraram apenas uma fraca associação entre experiências de vida desfavoráveis associadas a bens materiais, onde se incluem as condições de habitação, e a prevalência de sintomas de PTSD. Reportaram ainda uma associação com sofrimento psicológico geral e diminuição da funcionalidade relacionados com este tipo de fatores de stresse diários.

Requerentes de asilo sem abrigo apresentam maior risco de problemas de saúde mental, uma vez que têm maior dificuldade em aceder a apoios governamentais, podendo mesmo não ser elegíveis para receber esse tipo de ajuda. (62)

A confiança em terceiros aparenta ser um fator protetor contra o declínio da saúde mental em relação a dificuldades habitacionais (14) , assim como viver em habitações com áreas superiores. (63)

No contexto de detenção, o apoio percebido dos funcionários dos centros aparenta ter um impacto positivo na qualidade de vida e um efeito benéfico no bem-estar dos detidos. No entanto, este efeito positivo não se verifica necessariamente na saúde mental. (58)

Resumindo, condições habitacionais que permitem privacidade e espaço individual são fatores que se associam, de um modo geral, a melhores indicadores de saúde mental. Ainda assim, viver em instalações partilhadas associa-se a melhores indicadores comparativamente a viver em instalações de emergência, possivelmente devido às piores condições habitacionais e às experiências traumáticas vividas pelos residentes neste segundo tipo de instalações. É também possível que a convivência entre residentes de instalações partilhadas seja um fator protetor para doença mental. A estabilidade relativamente à habitação é um fator muito valorizado e também se relaciona com outros fatores pós migratórios, como o acesso a serviços sociais e a continuidade de cuidados de saúde mental, podendo, no seu conjunto, impactar o bem-estar psicológico.

### **3. Dificuldades no acesso aos cuidados de saúde mental**

As barreiras estruturais no acesso aos cuidados de saúde mental representam uma barreira significativa para refugiados, comparativamente à população geral. (42)

Estes deparam-se, frequentemente, com necessidades básicas não correspondidas. Isto pode dever-se ao facto de serem deslocados de países de baixo e médio rendimento, onde os recursos financeiros são escassos, mas também ao facto de serem, muitas vezes,

forçados a deslocar-se, sem poderem levar para o país de acolhimento as suas posses e sem poderem aceder às mesmas devido a políticas governamentais. As suas qualificações são também, frequentemente, não reconhecidas, o que dificulta a procura de emprego e limita, assim, a possibilidade de obter recursos que permitam aceder mais facilmente aos cuidados de saúde mental. (42)

Além disso, a saúde mental, quando colocada face a face com outras necessidades, como obter segurança financeira, alimentar ou habitacional, deixa de ser uma prioridade. (42)

Numa revisão sistemática de 2019, mulheres grávidas requerentes de asilo apresentaram elevada prevalência de sintomas depressivos, mas apenas uma minoria reporta ter recebido apoio psicológico. (60)

Vários fatores foram já identificados como barreiras no acesso aos cuidados de saúde em mulheres refugiadas. Alguns exemplos são a incerteza quanto ao estatuto de residência, o baixo estatuto socioeconómico, a falta de recursos financeiros, o desemprego e baixos rendimentos, a falta de transporte e as extensas listas de espera. (51)

O desconhecimento, por parte dos indivíduos (20, 42, 51, 53, 54) e por parte dos profissionais de saúde do direito de acesso aos cuidados de saúde mental e das complexas leis e agências envolvidas na receção e integração destas populações (53), é também um fator que contribui para a subutilização dos serviços de saúde mental pelos refugiados (9), que acabam, muitas vezes, por recorrer a formas informais de ajuda. (54)

A falta de literacia em saúde, particularmente em saúde mental, é também uma barreira comum. Muitas vezes, RRA não compreendem a necessidade de intervenções psicoterapêuticas. Além disso, não estão familiarizados com o papel dos profissionais de saúde mental, nem com os sintomas que podem ser alvo de intervenção, considerando que não são problemas sérios que necessitam de tratamento. O facto de não compreenderem a forma como os cuidados de saúde primários constituem a porta de acesso a cuidados mais específicos foi também relatada como uma dificuldade para aceder a cuidados de saúde mental, bem como a preocupação sobre se os profissionais de saúde estão familiarizados com as doenças comuns do país de origem. (20)

A complexidade do processo de referenciação para os cuidados de saúde mental e dos critérios de elegibilidade para aceder a estes serviços limitam também o acesso a cuidados. Outras questões associadas à baixa procura de cuidados de saúde mental incluem a localização dos serviços, a incapacidade de pagar meios de transporte, a impossibilidade de faltar ao trabalho e a necessidade de recorrer a terceiros para tomar conta dos filhos no período das consultas. (20)

A falta de confiança em figuras de autoridade e as preocupações acerca da confidencialidade, mais especificamente em relação a informações que possam comprometer a segurança da família no país de origem, foram reportadas como um fator que pode limitar a procura de ajuda em refugiados. (42)

As barreiras estruturais no acesso aos cuidados de saúde mental são múltiplas e têm uma grande influência no comportamento de procura de ajuda. A falta de recursos financeiros para aceder aos serviços de saúde ou a priorização de outras necessidades básicas refletem-se numa menor afluência aos cuidados de saúde mental. Muitas vezes, associadamente, desconhecem quais os procedimentos legais e estruturas prestadoras de cuidados existentes. Longas listas de espera e processos de referenciação complexos, bem como o não cumprimento de critérios para referenciação associam-se, por vezes, a sentimentos de rejeição pelo sistema e à necessidade de recorrer a terceiros para conseguir aceder a cuidados em seu nome. (20) A desconfiança constitui também uma barreira importante, uma vez que, devido a vários anos de perseguições, a segurança das suas famílias é valorizada acima de tudo e não revelam informação privada a terceiros com receio das eventuais consequências.

#### **4. O contexto socio-cultural**

##### **4.1 O isolamento social**

O apoio de uma boa rede de relações sociais associa-se a uma sensação de normalidade importante, particularmente em residentes em países de transição que vivem em incerteza constante. Permite momentos de partilha, preservar valores culturais, de identidade e pertença, constituindo uma distração, melhorando o humor e aumentando a sensação de segurança. Atenua, assim, o efeito do sofrimento psicológico e reduz o risco de psicopatologia. (47)

A persistência de taxas elevadas de PTSD e depressão após anos do processo de migração sugere manutenção do sofrimento por psicopatologia no ambiente pós migração, que inclui fatores como o isolamento social e cultural e dificuldades de adaptação à vida num país estrangeiro. (56)

Uma revisão sistemática de 2020, revelou que boas redes de apoio social e uma boa integração na sociedade do país de acolhimento se associam positivamente a uma melhor qualidade de vida global, física e psicológica. A presença do cônjuge no país de acolhimento e ter alguém em quem confiar foram também associados a melhor qualidade de vida psicológica. (37)

Mulheres refugiadas com depressão pós-parto, no contexto pós-migratório, encontram-se, frequentemente, sozinhas, sem o apoio emocional e prático da família, amigos, cônjuge e filhos mais velhos, o que contribui para exacerbar a tristeza persistente que sentem. (51)

Em contexto de detenção, o isolamento da família e viver sozinho são fatores que se associam ao agravamento de sintomas de PTSD e depressão. (58)

O isolamento da sociedade relaciona-se com a prevalência de depressão, ansiedade, PTSD (16) e PTSD Complexo (30), mesmo após vários anos de permanência no país de acolhimento. Este facto, realça a importância da má integração, especialmente a longo prazo. (48)

A falta de apoio social aparenta ser um fator preditor de outras dificuldades no processo pós migração. (14)

Um estudo realizado em países de alto rendimento da Europa sugere que a solidão e isolamento em RRA pode ser uma consequência de outras dificuldades diárias do contexto pós-migratório. Aparentemente, as dificuldades de comunicação e a separação da família, ambas associadas a isolamento da comunidade, podem conduzir a uma sensação subjetiva de solidão. (15)

As experiências traumáticas vividas por RRA podem impactar as relações sociais. Indivíduos que sofrem de PTSD têm tendência a evitar desencadeantes interpessoais, distanciando-se e desapegando-se de terceiros. (14, 40) Sintomas depressivos e de ansiedade também revelaram ser preditores de dificuldade na integração social, sendo que, a depressão e a PTSD mostraram uma relação mais forte com má integração na sociedade comparativamente à frequência de eventos traumáticos experienciados. (14)

O isolamento social, comum nestes indivíduos, está intrinsecamente ligado a má integração na comunidade. Ambos são consequência de fatores como as dificuldades de comunicação, separação da família e das redes de apoio social e mesmo dos próprios sintomas de psicopatologia, especialmente se estes forem graves e limitantes. Todos estes determinantes acabam por se interrelacionar e têm consequências negativas na saúde mental de RRA.

O apoio social, da família e de amigos associa-se a um menor risco de sintomas depressivos. (39) Um estudo alemão encontrou evidência que associa um maior período de convivência com a comunidade nativa da Alemanha a maiores níveis de satisfação e menores níveis de sofrimento psicológico em RRA acolhidos neste país, particularmente entre mulheres. (48) Por outro lado, viver em comunidades com elevada densidade populacional da mesma etnia é um fator protetor que reduz a necessidade de recorrer aos cuidados de saúde.

(64) De facto, o impacto negativo do processo migratório pode ser atenuado por viverem junto de grupos com antecedentes semelhantes aos seus.

Viver em comunidades próximas revelou estar também associado a maior apoio social, que permite uma adaptação positiva à comunidade do país de transição em RRA que vivem nessa condição. (47)

Estratégias cognitivas de resolução de problemas envolvem a rede de apoio social como ferramenta útil para tentar encontrar soluções, segurança e coragem para mudar pensamentos e comportamentos negativos. Outras estratégias que envolvem o apoio social incluem estratégias de foco de pensamento na família, amigos, relações e reencontro com familiares. (47)

A relevância da reconstrução de um novo ambiente normal salienta-se ao verificar que o reforço dos laços familiares e a fomentação da criação de redes de apoio social podem ajudar a desenvolver uma sensação de inclusão, minimizar o isolamento social e aumentar a resiliência, melhorando assim a saúde mental. Os prestadores de cuidados de saúde podem intervir, combinando os fatores saúde mental, ambiente social e indivíduos e famílias, reduzindo assim os fatores de risco para saúde mental adversa e promovendo o bem-estar. (65)

#### **4.2. Diferenças culturais**

A cultura influencia o modo como a psicopatologia é gerada, experienciada e tratada. (42, 57) Algumas culturas adotam explicações sobrenaturais para os problemas de saúde mental, que podem ser mal interpretadas como sintomas psicóticos. (9) A expressão de psicopatologia sob a forma de sintomas físicos é também comum, e a procura de ajuda formal é mais frequente quando a origem dos sintomas aparenta ser física.

As diferenças culturais são um dos fatores que explica a pouca utilização dos serviços de saúde mental por RRA. (43) As baixas taxas de utilização dos cuidados de saúde mental podem também ser atribuídas à desconfiança em relação aos métodos da medicina ocidental, uma vez que a psicoterapia é um fenómeno considerado como sendo exclusivamente ocidental (50) e a aplicação desmedida das conceptualizações de saúde mental do ocidente em populações não ocidentais pode acarretar problemas. (44)

Identificar e utilizar dados de países não ocidentais pode requerer que, investigadores das sociedades ocidentais, recorram a uma maior diversidade de conceitos de saúde mental, incluindo o termo “saúde espiritual”. (62) A incorporação de conceitos culturais específicos pode aumentar a aceitação das intervenções em saúde mental. (66) A falta de profissionais

de saúde culturalmente sensíveis foi identificada como uma barreira no acesso aos cuidados de saúde mental por mulheres refugiadas com depressão pós-parto. Estas mulheres apresentam, frequentemente, má relação com os profissionais de saúde que lhes apresentam, como primeira linha terapêutica para os seus sintomas, fármacos psicoativos, preferindo tratamento não farmacológico e consultar profissionais de saúde mental, sem nunca utilizar o termo “psiquiatra”. (51)

A prescrição de medicação a RRA sem explicações sobre o objetivo desse tratamento foi associado a uma sensação de falta de interesse pelos doentes e a preocupações sobre efeitos adversos, risco de adição e de agravamento dos sintomas. Associado a estas preocupações, o envolvimento da família e da religião no tratamento pode contribuir para uma fraca adesão, uma vez que crenças tradicionais são prioridade face às crenças ocidentais. (20)

Vários autores observaram que refugiados provenientes de países não ocidentais tendem a subutilizar cuidados de saúde mental profissionais apesar das suas experiências de vida adversas. O principal motivo para este comportamento aparenta ser a perceção desses serviços como culturalmente estranhos e, em alguns casos, altamente estigmatizantes. No ocidente, a procura de cuidados de saúde mental é uma prática aceite e recomendada. Em refugiados do Camboja, sintomas de trauma resultam mais provavelmente na procura de curandeiros tradicionais, mesmo quando os serviços de saúde mental estão disponíveis. Refugiados afegãos raramente comunicam sofrimento psicológico a pessoas estranhas e resistem fortemente à sugestão de necessidade de tratamentos de saúde mental. (19)

As principais dificuldades referidas por psicoterapeutas, na Alemanha (52) e por prestadores de cuidados de saúde mental, na Suécia (53) , que trabalham com refugiados são as expectativas irrealistas e diferentes das dos profissionais em relação à psicoterapia. Muitas vezes, esperam obter soluções além das que lhes podem ser oferecidas na prática clínica, como ajuda para resolver as suas situações legais.

As abordagens psicoterapêuticas focadas no trauma podem não responder às necessidades destas populações que lidam diariamente com stressores como a pobreza, condições habitacionais inseguras e difícil acesso a recursos básicos (57), sugerindo que estas são insuficientes e incompletas para lidar com estes indivíduos.

Profissionais prestadores de cuidados de saúde mental referem não ter capacidade de dar resposta às necessidades sociais e mesmo ao sofrimento dos refugiados. (53) Algumas das soluções sugeridas passam por explicar, de forma clara, os objetivos da psicoterapia e clarificar que, as questões ligadas ao processo de migração e pedido de asilo são resolvidas por outros meios. (52)

A cultura (13) e crenças sobre causas e sintomas de psicopatologia influenciam a procura de ajuda. (42) Crenças tradicionais ou espirituais associam-se à procura de ajuda não profissional e informal, como líderes religiosos (42) e curandeiros tradicionais, por acreditarem que a possessão por espíritos e castigos divinos estão na origem da sintomatologia, sendo a pessoa merecedora da doença e fazendo esta parte do seu destino. É comum sentirem vergonha por experienciarem estes sintomas e considerarem a necessidade de ajuda formal como um sinal de fraqueza, evitando-a. Uma ida ao médico pode mesmo ser considerada a causa da doença. (20, 54) A ajuda informal é vista mais favoravelmente. A crença de que a psicoterapia é uma forma de tratamento pouco eficaz, que surge frequentemente devido à falta de compreensão das crenças tradicionais pelos profissionais de saúde mental, é também um motivo para que procurem menos ajuda formal. Crenças sobre a eficácia das várias formas de ajuda formal influenciam o comportamento de procura de ajuda. (42) Outras questões associadas à procura de cuidados tradicionais em detrimento de cuidados profissionais são a pressão familiar, a hierarquia de género e preocupações sobre confidencialidade. (20)

De forma a ultrapassar a barreira dos diferentes sistemas de crenças, psicoterapeutas utilizam a estratégia de manter uma mentalidade aberta, não negando as realidades dos doentes, explorando e aplicando rituais espirituais e religiosos não convencionais das diferentes culturas. (52)

O conhecimento sobre padrões culturais e valores dos países de origem e de restabelecimento tem um efeito protetor no desenvolvimento de sintomas depressivos. (39) Quando partilham crenças dos modelos tradicional e dos países de alto rendimento, podem optar por uma maior variedade de opções terapêuticas, porém, se os sistemas de crenças entram em conflito, isso pode representar uma barreira ao acesso à psicoterapia. (42)

As categorias de diagnóstico psiquiátrico atuais são baseadas na tradição ocidental de descrever os distúrbios mentais, fundamentada em várias gerações de investigação. Estas categorias tornaram-se na forma natural de dividir a psicopatologia. As variações culturais são vistas como diferenças mínimas na descrição, explicação ou na expressão de sintomas que refletem o conhecimento local e as formas díspares de demonstrar sofrimento. No entanto, a experiência e modo de expressão dos sintomas são mediados por processos cognitivo-sociais interpretativos que são formatados pela cultura. Deste modo, não existe expressão de distúrbio psiquiátrico livre de cultura. (13)

As emoções básicas têm sido repetidamente validadas em diversas culturas, revelando a existência de emoções universais e biologicamente determinadas para as quais a expressão e identificação são semelhantes em todos os seres humanos, independentemente da origem étnica, linguística ou cultural. (46)

Alguns autores defendem que os critérios de diagnóstico de PTSD (57, 67) e outros sistemas de diagnóstico (9) não estão adaptados a refugiados e podem interpretar como patológicas algumas emoções normais, incluindo a raiva justificada, impedindo a recuperação natural destas comunidades e a sua verdadeira integração na sociedade do país de acolhimento, e acarretar um desafio no reconhecimento de sofrimento psicológico e para a cura. (45) Yuval et al. (2021) (67) foram mais longe e encontraram, em RRA de África Oriental acolhidos em Israel, evidência da existência de um circuito funcional de sintomas de PTSD que partilha características com o modelo ocidental predominante, bem como grupos funcionais únicos de sintomas, inconsistentes com os sintomas observados em estudos com a população ocidental. Michalopoulos et al. (2020) (31) encontraram evidência da existência de sintomas globais de PTSD, sem diferenças entre regiões e géneros, sugerindo este diagnóstico como uma conceção globalmente aplicável. Por outro lado, a depressão pós-parto não apresenta equivalentes culturais e há culturas que podem nem sequer incluir no seu vocabulário uma expressão equivalente para esta doença. (51)

Os sistemas de classificação nosológicos desenvolvidos ao longo da história da psiquiatria não consideravam aspetos culturais adequadamente. Como forma de ultrapassar esta barreira, o DSM-IV (1994) continha uma lista de síndromes culturais específicos e introduziu o *Outline for Cultural Formulation*, uma ferramenta para avaliar características culturais da doença mental e a forma como estas se relacionam com o contexto histórico e sociocultural do doente. Desde a implementação do DSM-5 (2013), com vista a melhorar a validade e credibilidade dos diagnósticos, afastou-se a ideia de listar síndromes específicos de determinadas regiões e introduziram-se conceitos culturais de sofrimento psicológico. Os autores realçaram a universalidade do sofrimento psicológico, que pode ser expresso de forma diferente, mas que se relaciona com a mesma base biológica da ansiedade, depressão ou reação aguda ao stress. Incluíram ainda secções sobre aspetos de diagnóstico relacionados com a cultura e género ao descrever as doenças. Adicionalmente, o DSM-5 refinou o *Outline for Cultural Formulation* e introduziu a *Cultural Formulation Interview*, um questionário de 16 questões útil para identificar aspetos culturais no processo diagnóstico. Apesar destas adaptações, seria impossível incluir todos os aspetos culturais de uma doença num único documento. (46)

A religião (20), fé e espiritualidade, como partes integrantes da cultura, desempenham também um papel na saúde mental e bem-estar, particularmente em indivíduos mais velhos. Uma revisão sistemática (47) realça o seu papel protetor, permitindo aliviar o stress emocional, melhorar estratégias de *coping* e conferindo uma sensação de normalidade a quem pratica a religião e procura inspiração em líderes religiosos e espirituais. A comunidade religiosa é importante para o apoio material e social de residentes em países de transição. Os

mais jovens procuram, preferencialmente, ajuda formal, podendo ser influenciados pelos mais velhos a recorrer a ajuda tradicional. (20)

A cultura pode influenciar a aceitabilidade das intervenções psicoterapêuticas e funcionar como um fator favorável no tratamento destas populações. Em culturas em que é valorizada a tradição oral de contar histórias, abordagens terapêuticas narrativas são mais fáceis de implementar, contornando o estigma associado aos cuidados de saúde mental. A terapia cognitivo-comportamental, por apresentar semelhanças com os princípios do Budismo, foi particularmente útil em refugiados do Sudeste Asiático. (57)

Estratégias como o *mindfulness* são amplamente utilizadas no ocidente, frequentemente sem haver referência à sua origem religiosa. Reconhecer a influência de diferentes culturas nas intervenções psicoterapêuticas ocidentais pode beneficiar o processo de adaptação cultural. (66)

A utilização de intervenções culturalmente adaptadas mostrou evidência na redução de sintomas somáticos (45), particularmente relevantes nestas populações, por constituírem uma forma comum de manifestação de psicopatologia.

Em mulheres refugiadas com depressão pós-parto, a ajuda informal, como recorrer a grupos da comunidade para apoio emocional, espiritual e prático, à meditação e à religião, demonstrou ter um papel benéfico no bem-estar e saúde mental. Ainda assim, há riscos relacionados com questões de privacidade, confidencialidade e medo do estigma que limitam o recurso a formas de ajuda informal de grupo. (51)

A prática de intervenções em saúde mental em países não ocidentais é frequentemente esquecida. A adaptação de intervenções dos países de baixo e médio rendimento para responder às necessidades de requerentes de asilo nestes países pode ser também uma arma importante. (66)

Em países com escassos recursos, é importante salientar a necessidade de implementar intervenções eficazes, flexíveis e que permitam uma maior acessibilidade a indivíduos que não têm capacidade de frequentar sessões regulares. Essas estratégias podem passar por intervenções remotas e utilização de dispositivos digitais, onde o conteúdo da intervenção é selecionado pelo indivíduo, aumentando a sua perceção de controlo sobre a situação. (66) A utilização de meios digitais nestas populações é útil, com redução do estigma, custos financeiros e contactos interpessoais, particularmente no contexto pandémico da COVID-19, sem perder a eficácia terapêutica. (68) Outras estratégias passam pela delegação de tarefas a profissionais menos especializados e pela colaboração entre várias agências para prestação de cuidados de saúde mental, contribuindo para uma maior sustentabilidade dos serviços existentes. (69)

A aceitação de diferentes formas de compreender a saúde e a doença mental pode ser um ponto de partida para a exploração dos sistemas de crenças de migrantes e atingir uma maior clarividência neste assunto. Uma abordagem centrada no indivíduo pode ser particularmente útil para os profissionais de saúde compreenderem apresentações clínicas que diferem das normas sociais de países ocidentais. (44) Quando os prestadores de cuidados tentam forçar a aplicação das crenças ocidentais em RRA que acedem aos cuidados de saúde mental, estes sentem-se julgados. As crenças tradicionais devem ser consideradas legítimas e culturalmente significativas. (20)

Yuval et al. (2021) (67) reforçam que os estatutos de refugiado e de requerente de asilo se tratam apenas de conceitos políticos e não de grupos socioculturais, sendo as populações incluídas em estudos constituídas por uma grande diversidade de grupos culturais. Ainda assim, apesar das diferenças culturais consideráveis entre refugiados, e apesar de essas diferenças se poderem associar a maior ou menor risco de preconceito e a diferentes atitudes perante estes indivíduos por parte da comunidade do país de acolhimento, Tribe et al. (2019) (45) referem não haver necessidade de abordar de forma individualizada cada uma destas populações. Para estes autores, ser culturalmente sensível deve começar por atos simples como a compreensão da complexidade dos vários significados do sofrimento psicológico, assim como do contexto social em que este surge. Os serviços de saúde devem manter um diálogo contínuo com a comunidade e refletir sobre as suas necessidades.

### **4.3 O processo de aculturação**

O processo de aculturação (i.e. o processo de mudanças culturais e psicológicas que resultam da mudança de uma cultura para outra) pode ser particularmente desafiante para refugiados que não escolheram migrar do seu país de origem ou que não puderam escolher o país de acolhimento. Se esta mudança for inadequada, pode resultar em dificuldades na geração de laços sociais no país de acolhimento e, conseqüentemente, em doença mental (9), podendo exacerbar problemas já existentes. (70) Em grupos de indivíduos mais velhos, esta dificuldade reflete-se em elevada prevalência de dificuldades na integração social, numa fraca rede de apoio e falta de confiança em terceiros. (14)

Uma metanálise de 2005 (55) revelou não haver associação entre a manutenção do acesso à própria cultura e formas de a praticar no país de acolhimento e a saúde mental. Os autores admitem que este achado pode ser, na verdade, uma pequena associação positiva mascarada pelo efeito deletérios da instabilidade política e circunstâncias económicas no país de acolhimento.

RRA passam por um processo involuntário de aculturação. É desafiante para a saúde mental atravessar um conjunto de mudanças decorrentes da influência recíproca entre duas culturas opostas. O impacto negativo deste processo pode traduzir-se em dificuldades de integração na sociedade do país de acolhimento, com consequências negativas para a saúde mental.

## **5. A família**

Relações familiares reconfiguradas associam-se a taxas elevadas e mantidas de PTSD e depressão no período pós migração. (56) Conflitos familiares estão significativamente relacionados com ansiedade, depressão, PTSD e diminuição subjetiva da sensação de bem-estar. (14) Por outro lado, o apoio familiar é um dos mecanismos responsáveis pela redução de sintomas de PTSD, ansiedade e depressão. (14)

A ausência de acompanhantes aparenta ser um fator de vulnerabilidade para psicopatologia em jovens refugiados nos países do Norte da Europa (39) e em refugiados no geral. (10, 71)

A manutenção de sintomas de PTSD vários anos após a chegada ao país de acolhimento tem relação com a separação da família. (39) As saudades da família, a solidão e a preocupação pelos familiares deixados no país de origem relacionam-se com maior risco de desenvolver, pelo menos, um problema de saúde mental. (10, 48) Este risco aumenta com o aumento do período de estadia no país de acolhimento. A família é também um fator que interfere com a eficácia da psicoterapia. (14)

A separação da família afeta negativamente a pontuação do domínio das relações sociais na escala WHOQOL-Bref, que avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde, devido à falta de apoio social, conduzindo a sofrimento psicológico e afetando o processo de integração na comunidade. (40) Este fator é, por isso, um preditor de deterioração da saúde mental em RRA acolhidos na Alemanha. (48)

As dinâmicas familiares são, muitas vezes, diferentes das que são habituais no mundo ocidental. Em famílias de refugiados em luto, o filho mais velho, devido ao peso hierárquico e expectativas que recaem sobre este estatuto, apresenta maior risco para sentimentos de culpa, sendo particularmente afetado pelo luto. (35) Refugiados sírios divorciados, comparativamente a casados, apresentam mais sintomas de PTSD, depressão e ansiedade. (10)

Conflitos e má relação familiar constituem fatores de risco para psicopatologia. Além disso, a separação familiar pode, indiretamente, contribuir para uma má integração na

comunidade, aumentando o risco de doença mental. Deste modo, o apoio familiar é um fator protetor na saúde mental.

## 6. O país de origem

Populações provenientes do continente africano revelaram taxas mais elevadas de PTSD comparativamente a outras populações de RRA. Esta prevalência elevada reflete os elevados níveis atingidos por países africanos na *The Political Terror Scale* (Escala de Terror Político), uma escala de 5 pontos baseada em dados da Amnistia Internacional e do Departamento de Estado dos Estados Unidos, que mede os níveis de violação dos Direitos Humanos e violência entre nações. (56)

Populações originárias de países europeus, maioritariamente constituídas por indivíduos provenientes da antiga Jugoslávia apresentam a maior prevalência de depressão comparativamente a outras populações. (56) Estes dados são confirmados por uma metanálise (55), que encontrou piores níveis de saúde mental em refugiados originários da Europa comparativamente a outros grupos de refugiados. A explicação dos autores para estes achados prende-se com o facto de se ter utilizado como grupo de controlo a população do país de origem que, no caso dos países europeus, geralmente se encontram em paz e são economicamente privilegiados.

Populações provenientes do Médio Oriente apresentam as taxas mais elevadas de distúrbios de ansiedade. (56) A proveniência de países de baixo e médio rendimento poderá estar associada com taxas de PTSD e depressão superiores.

Um estudo de coorte revelou que refugiados originários de países no norte de África e do Médio Oriente apresentam maior morbidade psiquiátrica em comparação com outras populações de refugiados. (71)

Uma revisão sistemática apresentou dados que sugerem que refugiados sírios apresentam taxas de PTSD, ansiedade e depressão superiores a outros grupos de refugiados. (10)

Jannesari et al. (2020) (62) aplicaram um método auto-desenvolvido para categorizar diferentes populações de requerentes de asilo, definidos pelos autores como “indivíduos que deixaram os seus países de origem e solicitaram residência e segurança a outro país” e não pela definição legal, de acordo com a dificuldade de obtenção de estatuto e o apoio para a integração na comunidade. Obtiveram assim três grupos: más condições de vida e poucas ou nenhuma opções para resolver a sua situação, condições de vida intermédias com possibilidade de estabilizarem a sua situação através de emprego ou integração na

comunidade e indivíduos cujo processo de obtenção de estatuto se limita a uma verificação de identidade e segurança, constituindo um processo mais célere, aplicado a algumas populações em situações específicas, como a população síria acolhida na Alemanha entre 2015-2016 e desertores norte-coreanos acolhidos na Coreia do Sul. No primeiro grupo, sujeito a maiores níveis de stresse psicológico, encontram-se requerentes de asilo que procuram ajuda na Austrália, originários do Zimbabué que viajaram para a África do Sul, Haitianos no Brasil e indivíduos da Papua Ocidental que procuram asilo na Papua-Nova Guiné.

Estes dados sugerem que a dificuldade de obtenção de estatuto de residência e o apoio à integração no país de acolhimento se relacionam com as condições de vida e oportunidades que se apresentam a estas populações e dependem da nacionalidade e país de acolhimento. A definição utilizada por estes autores (62) evita os rótulos governamentais que limitam o acesso a recursos e direitos fundamentais.

Originários de países de baixo e médio rendimento e de países onde vivenciaram conflitos armados persistentes apresentam taxas superiores de psicopatologia. RRA do continente africano e países do médio oriente apresentam maior prevalência de doença mental. A rapidez de obtenção de estatuto de refugiado e o apoio social associam-se a melhores indicadores de saúde mental. O país de origem parece associar-se a uma maior rapidez na resposta ao pedido de proteção internacional, uma vez que, em situações de emergência, como a que se verifica atualmente na Ucrânia, estes processos são acelerados de forma a responder ao elevado número de pedidos.

## **7. Duração do período de permanência no país de acolhimento**

A PTSD e a depressão em RRA têm uma elevada taxa de persistência, não havendo, segundo Blackmore et al. (2020), diferenças de prevalência entre deslocados há mais ou há menos de 4 anos. No entanto, no que diz respeito a perturbações de ansiedade, estas são mais prevalentes em deslocados há menos de 4 anos. (56) Hoell et al. (2021) (28) encontrou, em RRA recém-chegados à Alemanha, uma diminuição da prevalência de sintomas de PTSD com o aumento da permanência no país de restabelecimento. Já para os sintomas depressivos, os achados foram opostos, tendo revelado um aumento da prevalência dos mesmos com o tempo. Também Giacco et al. (2018) (9) reportou um aumento da prevalência de sintomas depressivos e perturbações de ansiedade em refugiados de longa data.

A duração do período de permanência no país de acolhimento é uma variável que interage com outros fatores pós migratórios. (72)

A literatura revela resultados variáveis no que diz respeito à associação entre prevalência de psicopatologia e a duração da estadia no país de acolhimento (14),

encontrando tanto associações com impacto positivo (28), como associações neutras (10, 72) ou com impacto negativo, sendo que a associação negativa (28, 41) é a mais apontada pela evidência atual. Uma das explicações para o aumento do risco de problemas de saúde mental com o aumento do período de estadia prende-se com motivos familiares, como a preocupação e incapacidade de viajar para visitar a família deixada no país de acolhimento. (14)

Quanto maior o período de permanência no período de acolhimento, maior é a utilização dos serviços de saúde mental, o que sugere que a adaptação aos valores e cultura do novo país pode conduzir a uma maior procura destes serviços. (43) Porém, outro estudo revela que, apesar de haver um aumento da taxa de psicopatologia com a permanência no país de acolhimento, tal não se reflete no aumento da procura dos serviços de saúde mental. (73)

A duração do período de permanência no país de acolhimento tem demonstrado resultados muito variáveis na literatura, refletindo, possivelmente a heterogeneidade de relações que este fator estabelece com outros fatores pós migratórios, além de outras explicações relacionadas com a metodologia dos estudos realizados. À medida que os indivíduos se vão adaptando ao país de acolhimento, a procura dos serviços de saúde mental aumenta, sendo, ainda assim, inferior ao que seria expectável tendo em conta as elevadas taxas de psicopatologia.

## **8. A discriminação**

O racismo tem 3 componentes principais. O componente cultural diz respeito à forma como outros sistemas de crenças, símbolos e normas são considerados inferiores aos dominantes, conduzindo a estereótipos e preconceitos que desvalorizam e marginalizam outras culturas e raças não caucasianas. O componente institucional ou estrutural, que se refere ao modo como minorias têm acesso a menos recursos e oportunidades devido a políticas que dão mais poder a grupos dominantes. Por último, o componente individual, em que se verifica um tratamento diferencial, ou discriminação, por indivíduos ou instituições, a grupos raciais estigmatizados. (21)

A integração social de RRA depende da aceitação da exigência de igualdade de direitos entre estes e populações não deslocadas dos seus países. A aceitação destes indivíduos na Alemanha é marcadamente influenciada pela discriminação perante o medo irracional de pessoas de cor e culturas diferentes. Há evidência da associação entre sintomas depressivos, perturbação de ansiedade generalizada e PTSD e as experiências de discriminação. Refugiados que sofrem diariamente de discriminação têm maior probabilidade de sofrer de depressão. (48)

Uma revisão sistemática encontrou uma associação entre psicopatologia e a discriminação em requerentes de asilo, apesar dos vários estudos incluídos apresentarem abordagens muito heterogêneas. Quanto maior a dimensão dos estudos, mais consistente esta associação se revelava. A experiência de discriminação pode variar com o contexto, nacionalidade e etnia do requerente de asilo, porém não é claro que o impacto na saúde mental dependente desses fatores seja também variável. (7)

Hou et al. (2020) (16) encontraram uma associação entre experiências de vida diárias interpessoais, onde se inclui a experiência de discriminação, e maior risco de sintomas de depressão, ansiedade, PTSD e sofrimento psicológico geral. A discriminação percebida foi associada a piores níveis de qualidade de vida psicológica (37), sendo, deste modo, um fator de risco para doenças mentais e comportamentos internalizantes (39), principalmente se aliada a outros fatores pós migratórios. (7)

Um estudo que utilizou uma escala de 17 itens adaptada para avaliar as dificuldades de vida no contexto pós-migração, revelou uma forte interação entre dificuldades de comunicação e discriminação, após controlo da influência de todas as outras variáveis consideradas. Uma vez que a discriminação foi já associada a piores indicadores de saúde física e mental, o recurso a tradutores poderá conduzir a uma diminuição da discriminação percebida por refugiados e, conseqüentemente, a melhores resultados em saúde. (15)

As atitudes e discriminação percebida nos cuidados de saúde têm também um papel no bem-estar. RRA que se apresentam nos cuidados de saúde com documentos de imigração ou sem seguro de saúde, em países onde este é necessário, referem sentimentos de rejeição por parte dos prestadores de cuidados, bem como a sensação de não serem levados a sério, serem desconsiderados e tratados de forma diferente da comunidade de acolhimento. Van der Boor & White (2020) referem que, por vezes, o foco da consulta deixa de ser aquele que levou o doente ao médico e passa a ser outro relacionado com o facto de pertencer a estas comunidades, por exemplo, HIV e tuberculose, atitudes consideradas discriminatórias por RRA. (20). Profissionais de saúde mental apresentam, frequentemente, reservas em trabalhar com RRA, essencialmente devido à ideia pré-concebida de que são casos mais desafiantes e trabalhosos.

Apesar do crescimento de movimentos anti-discriminação, a intolerância continua presente e em crescimento por todo o mundo. Com a crise migratória atual, em que há cada vez mais contacto entre diferentes culturas, raças e etnias e os países ocidentais, a presença desse tipo de comportamentos faz-se sentir um pouco por todo o ocidente. Em RRA, a discriminação ganha um papel determinante no desenvolvimento de psicopatologia. Isso acontece, particularmente, quando se associa a outros fatores de risco do contexto pós-migratório, como as dificuldades comunicacionais.

Alguns aspetos foram evidenciados como forma de atenuar os efeitos deletérios da discriminação na saúde. Sabendo que o apoio da família, amigos e profissionais de apoio e as crenças e práticas religiosas (21) apresentam esse efeito benéfico, estes fatores podem ser explorados, em RRA, como forma de minimizar o efeito da discriminação na saúde mental.

### **9.1. O estigma associado à doença mental**

O estigma relacionado com a psicopatologia, particularmente relacionado com o trauma, é uma barreira importante no acesso aos serviços de saúde por RRA. (40, 74) Até o termo “saúde mental” tem uma conotação negativa, bem como instalações especializadas no tratamento de problemas de saúde mental. Isto tem um impacto negativo no indivíduo, que experiencia sentimentos de vergonha e desaprovação pelos familiares e receia ser discriminado, isolado e ostracizado da restante comunidade. É frequente sentirem medo de ser hospitalizados por sintomas psicológicos, por receio da separação da família. (42) Esse receio limita a procura de cuidados de saúde mental. (20)

Na minoria étnica Rohingya, a ideação suicida é fortemente condenada e é escondida por vergonha e medo de julgamento. (54)

O estigma relacionado com a saúde mental associa-se a uma menor procura de cuidados de saúde mental. O auto-estigma tem implicações negativas numa grande diversidade de fatores sociais e psicológicos e constitui uma barreira à procura de cuidados. (42)

Em mulheres refugiadas com depressão pós-parto, o estigma associado à psicopatologia é significativo e tem consequências graves. Por limitar o recurso aos cuidados de saúde mental, leva a que os sintomas sejam escondidos da comunidade até que a sua gravidade justifique um pedido de ajuda à família ou amigos. A vergonha, a culpa e o medo de ficar sem os filhos, ser deportada e de entrar numa espiral com sintomas progressivamente mais graves, associados à falta de conhecimento sobre a doença, são responsáveis pela tendência de manter os sintomas privados e sofrer em silêncio. (51)

Refugiados experienciam níveis superiores de auto-estigma relativamente a não refugiados da mesma região e níveis mais elevados de estigma associado à saúde mental comparativamente à população do país de acolhimento. O auto-estigma relaciona-se positivamente com trauma coletivo, o estatuto de refugiado e níveis educacionais inferiores. Após serem submetidos a programas de saúde mental e providenciados serviços de apoio psicossocial, estas populações revelam uma redução dos níveis de estigma relacionado com a saúde mental em relação a populações onde estes programas não foram implementados, assim como um aumento de comportamentos de procura de ajuda. (42)

O medo do estigma relacionado com a psicopatologia é um fator que contribui para um aumento de sintomas físicos inexplicados em refugiados. (9)

O estigma associado à doença mental e tudo o que a envolve é comum em RRA, particularmente se baixo nível educacional, por terem crenças sobre psicopatologia diferentes das ocidentais. Nas suas culturas, a psicopatologia é vista de forma negativa e apresenta consequências sociais indesejáveis. Assim, o estigma apresenta-se como uma barreira à procura de cuidados de saúde e influência a forma como os sintomas de psicopatologia são vivenciados.

Ao integrar os serviços de saúde mental em contextos familiares não estigmatizantes, é possível aumentar a utilização dos mesmos em pessoas que não têm interesse em participar em programas de saúde mental formais. Há maior tendência a colaborar na prestação de cuidados e sentimento de igualdade em relação aos profissionais de saúde, em contraste com o contexto hierárquico entre doente e médico. Este contexto de igualdade traz outras vantagens, nomeadamente a redução da tendência do profissional de saúde assumir um papel de autoridade e evita o papel de doente, que pode ter um efeito deletério na saúde mental por não salientar os pontos fortes e recursos adaptativos destas pessoas, nem promover um processo de *coping* ativo face a fatores de stresse psicossocial. (19) A integração da psicoterapia num contexto de cuidados de saúde primários interdisciplinares, com o envolvimento de múltiplos profissionais como enfermeiros, assistentes sociais e tradutores, poderá ser um modo eficaz de abordar a psicopatologia e, simultaneamente, stressores psicossociais co-mórbidos. (57)

A educação tem igualmente um papel importante na redução do estigma, quer a nível dos indivíduos, quer a nível dos profissionais de saúde.

## Conclusão

A prevalência de psicopatologia em RRA tem sido sistematicamente avaliada em diversos estudos e os resultados têm sido concordantes. Estas populações apresentam prevalência de doença mental elevada e superior a outras populações de migrantes e a populações nativas. A razão destes achados tem sido associada à elevada carga de experiências traumáticas vivenciadas no contexto do período pré e peri migratório e esta relação tem sido estudada extensivamente. Porém, outros dados sugerem que estes fatores não funcionam de forma isolada e que não são suficientes para explicar, por si só, a prevalência de doença mental. De facto, existem cada vez mais dados que associam a psicopatologia às condições de vida e dificuldades inerentes ao período pós-migratório e à relação que estes fatores estabelecem com as experiências pré-migratórias.

Cada pessoa é um ser único e passa, ainda que coletivamente, de forma individualizada pelas experiências traumáticas, vivenciando-as de forma única e revivendo os traumas de forma individual. O resultado final do conjunto de fatores pré, peri e pós migratórios é também individualizado, mesmo em indivíduos que experienciaram vivências semelhantes. Apesar disso, existem alguns fatores pós-migratórios que revelaram evidência sólida e importante no impacto na saúde mental de RRA.

Esta revisão permitiu tirar algumas conclusões relativamente à relação entre fatores sociais e a saúde mental destas populações. De acordo com os resultados, fatores que se associaram a maior prevalência de psicopatologia foram o pobre domínio da língua do país de acolhimento, o isolamento social, a falta de apoio familiar, recursos financeiros escassos, dificuldade no acesso aos cuidados de saúde mental, dificuldade no processo de aculturação, processos de obtenção de estatuto de refugiado e de residência prolongados e complexos, condições precárias de habitação em instalações de emergência, campos de refugiados, centros de detenção e instalações partilhadas, discriminação e origem em países menos desenvolvidos.

A relação entre o emprego e a educação e a prevalência de psicopatologia revelou ser mais variável. Isto porque, nem sempre um emprego ou níveis educacionais superiores constituem fatores protetores de sintomas psicopatológicos. É necessário ter em consideração as condições de trabalho, uma vez que estas se podem associar a maiores níveis de stresse. A perda de estatuto socio-económico no país de restabelecimento acarreta um importante peso na saúde mental.

A adaptação a uma nova cultura pode dificultar a integração na comunidade do novo país. As diferenças entre culturas da interpretação da doença mental estão bem documentadas e devem ser consideradas no momento de abordar RRA com psicopatologia.

Deste modo, é imperativo que terapeutas e todos os que trabalham com refugiados reconheçam o potencial das diferenças transculturais nos sistemas de crenças de forma a facilitar o fornecimento de intervenções em saúde mental culturalmente sensíveis. (42)

É essencial recorrer a profissionais experientes e oferecer formação aos prestadores de cuidados de saúde mental para estarem preparados para lidar com culturas diferentes, particularmente devido ao grande fluxo de migrantes para a Europa nos últimos anos. O recurso a profissionais treinados permite aumentar a empatia em relação a estas populações e fornecer cuidados de saúde adequados, eficazes, culturalmente sensíveis e não estigmatizantes. A formação de tradutores e de profissionais de saúde para trabalhar nestes contextos e a sua existência em número suficiente para suprir as necessidades dos serviços de saúde é essencial para que os cuidados prestados sejam adequados às necessidades. Deste modo, adaptações no sentido de aumentar a flexibilidade de consultas e permitir contacto enquanto aguardam pelas mesmas, e adaptação dos cuidados às experiências prévias e compreensão da doença de cada indivíduo são relevantes. (20)

Os achados desta revisão relativamente à influência do tempo de permanência no país de acolhimento na manutenção de sintomas psicológicos foram semelhantes aos da literatura existente até à data, revelando resultados muito heterogéneos. Várias explicações podem justificar estes achados, particularmente a heterogeneidade dos estudos e das populações incluídas nos mesmos e a influência de outros fatores sociais do contexto pós-migratório na saúde mental.

Uma limitação importante desta revisão prende-se com o facto de a pesquisa ter sido restrita a literatura dos últimos 5 anos, havendo muita informação excluída, porém o período mais crítico está a viver-se na atualidade, tendo esse sido o foco deste estudo, pois reflete melhor a realidade mais recente. Para minimizar o impacto desta limitação, foram incluídos alguns estudos mais antigos considerados relevantes.

O crescente número de RRA torna a questão da saúde mental destas populações um tema urgente e a requerer uma atenção particular por parte dos governos e serviços de saúde. Prevê-se um elevado fluxo de refugiados para países europeus decorrente do atual conflito entre a Rússia e a Ucrânia e é necessário que os cuidados de saúde, incluindo cuidados de saúde mental, estejam assegurados.

## Referências

1. UNHCR. Mid-Year Trends 2021. UNHCR The UN Refugee Agency [Internet]. 2021. Available from: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/618ae4694/mid-year-trends-2021.html>.
2. UNHCR. UNHCR mobilizing to aid forcibly displaced in Ukraine and neighbouring countries. United Nations High Commissioner for Refugees [Internet]. 2022 March 1. Available from: <https://www.unhcr.org/news/briefing/2022/3/621deda74/unhcr-mobilizing-aid-forcibly-displaced-ukraine-neighbouring-countries.html>.
3. ACNUR. Convenção relativa ao estatuto dos Refugiados de 1951. Agência da ONU para os Refugiados [Internet]. 1951. Available from: <https://www.acnur.org/>.
4. UNHCR. Master Glossary of Terms. United Nations High Commissioner for Refugees 2022.
5. Scoglio AAJ, Salhi C. Violence Exposure and Mental Health Among Resettled Refugees: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(5):1192-208.
6. Nguyen TP, Guajardo MGU, Sahle BW, Renzaho AMN, Slewa-Younan S. Prevalence of common mental disorders in adult Syrian refugees resettled in high income Western countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):15.
7. Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S. Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(5):1055-64.
8. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-14.
9. Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol*. 2018;77:144-52.
10. Peconga EK, Høgh Thøgersen M. Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know? *Scand J Public Health*. 2020;48(7):677-87.
11. Posselt M, McIntyre H, Ngcanga M, Lines T, Procter N. The mental health status of asylum seekers in middle- to high-income countries: a synthesis of current global evidence. *Br Med Bull*. 2020;134(1):4-20.
12. Khan S, Kuhn SK, Haque S. A Systematic Review of Autobiographical Memory and Mental Health Research on Refugees and Asylum Seekers. *Front Psychiatry*. 2021;12:658700.
13. Kirmayer LJ, Ban L. Cultural psychiatry: research strategies and future directions. *Adv Psychosom Med*. 2013;33:97-114.
14. Gleeson C, Frost R, Sherwood L, Shevlin M, Hyland P, Halpin R, et al. Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1793567.
15. Wicki B, Spiller TR, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Nickerson A, et al. A network analysis of postmigration living difficulties in refugees and asylum seekers. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1975941.
16. Hou WK, Liu H, Liang L, Ho J, Kim H, Seong E, et al. Everyday life experiences and mental health among conflict-affected forced migrants: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;264:50-68.
17. Rodrigues R. Desafios ao nível da Saúde Mental em populações de Refugiados, Deslocados Internos e Requerentes de Asilo [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina]: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2021.
18. ACSS, DGS. Circular Informativa Conjunta N.13/2016/CD/ACSS. Entidade Reguladora da Saúde [Internet]. 2016 May 12. Available from: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/2395/Circular\\_informativa\\_ACSS\\_e\\_DGS\\_refugia\\_dos\\_13\\_2016\\_CD\\_ACSS.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2395/Circular_informativa_ACSS_e_DGS_refugia_dos_13_2016_CD_ACSS.pdf).
19. Miller K, Rasco L. *The Mental Health of Refugees- Ecological Approaches to Healing and Adaptation*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2004.

20. van der Boor CF, White R. Barriers to Accessing and Negotiating Mental Health Services in Asylum Seeking and Refugee Populations: The Application of the Candidacy Framework. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(1):156-74.
21. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res*. 2019;54 Suppl 2(Suppl 2):1374-88.
22. Bhugra D, Gupta S. *Migration and Mental Health*: Cambridge University Press; 2011.
23. Gatrell P. The Question of Refugees: Past and Present. *Origins*. 2017 March;10(7): 1-7.24.
24. Cummings C, Pacitto J, Lauro D, Foresti M. Why people move: understanding the drivers and trends of migration to Europe. ODI [Internet]. 2015 December. Available from: <https://odi.org/en/publications/why-people-move-understanding-the-drivers-and-trends-of-migration-to-europe/>.
25. El-Hinnawi E. United Nations Environmental Programme1985. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/121267>.
26. ONU. Protocolo Adicional à Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados. Ministério Público de Portugal [Internet]. 1967 Jan 31. Available from: <https://gddc.ministeriopublico.pt/instrumento/protocolo-adicional-convencao-relativa-ao-estatuto-dos-refugiados-0>.
27. OUA. Convenção da Organização de Unidade Africana. Ministério Público de Portugal [Internet]. 1969 Setembro 10. Available from: [http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencao\\_refugiados\\_oua.pdf](http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencao_refugiados_oua.pdf).
28. Hoell A, Kourmpeli E, Salize HJ, Heinz A, Padberg F, Habel U, et al. Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2021;7(3):e93.
29. Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2018;9:433.
30. Mellor R, Werner A, Moussa B, Mohsin M, Jayasuriya R, Tay AK. Prevalence, predictors and associations of complex post-traumatic stress disorder with common mental disorders in refugees and forcibly displaced populations: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1863579.
31. Michalopoulos LM, Meinhart M, Yung J, Barton SM, Wang X, Chakrabarti U, et al. Global Posttrauma Symptoms: A Systematic Review of Qualitative Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(2):406-20.
32. Montgomery E. Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees' mental health. *Soc Sci Med*. 2008;67(10):1596-603.
33. Brandt L, Henssler J, Müller M, Wall S, Gabel D, Heinz A. Risk of Psychosis Among Refugees: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(11):1133-40.
34. Hollander A-C, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*. 2016;352:i1030.
35. Kokou-Kpolou CK, Moukouta CS, Masson J, Bernoussi A, Cénat JM, Bacqué MF. Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *J Affect Disord*. 2020;267:171-84.
36. Richter K, Baumgärtner L, Niklewski G, Peter L, Köck M, Kellner S, et al. Sleep disorders in migrants and refugees: a systematic review with implications for personalized medical approach. *Epma j*. 2020;11(2):251-60.
37. van der Boor CF, Amos R, Nevitt S, Dowrick C, White RG. Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Confl Health*. 2020;14:48.
38. Neto A, Costa A, Conceição D, Coutinho C, Rousseau C. O Acolhimento de Refugiados I: Desafios aos Cuidados de Saúde Mental em Portugal. *Acta Med Port*. 2019 Jan;32(1):14-6.
39. Borsch AS, de Montgomery CJ, Gauffin K, Eide K, Heikkilä E, Smith Jervelund S. Health, Education and Employment Outcomes in Young Refugees in the Nordic Countries: A Systematic Review. *Scand J Public Health*. 2019;47(7):735-47.

40. Gagliardi J, Brettschneider C, König HH. Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in general and clinical refugee populations in the community setting. *Confl Health*. 2021;15(1):44.
41. Giacco D. Identifying the critical time points for mental health of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e61.
42. Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2020;75:101812.
43. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*. 2019;123(9):851-63.
44. Peñuela-O'Brien E, Wan MW, Edge D, Berry K. Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcult Psychiatry*. 2022:13634615211067360.
45. Tribe RH, Sendt KV, Tracy DK. A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *J Ment Health*. 2019;28(6):662-76.
46. Guinart D, Kane JM, Correll CU. Is Transcultural Psychiatry Possible? *Jama*. 2019;322(22):2167-8.
47. Posselt M, Eaton H, Ferguson M, Keegan D, Procter N. Enablers of psychological well-being for refugees and asylum seekers living in transitional countries: A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(4):808-23.
48. Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S. A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Front Psychiatry*. 2021;12:643704.
49. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc Sci Med*. 2001;53(10):1321-34.
50. Alemi Q, James S, Cruz R, Zepeda V, Racadio M. Psychological distress in afghan refugees: a mixed-method systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2014;16(6):1247-61.
51. Tobin CL, Di Napoli P, Beck CT. Refugee and Immigrant Women's Experience of Postpartum Depression: A Meta-Synthesis. *J Transcult Nurs*. 2018;29(1):84-100.
52. Asfaw BB, Beiersmann C, Keck V, Nikendei C, Benson-Martin J, Schütt I, et al. Experiences of psychotherapists working with refugees in Germany: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):588.
53. McDonald JT, Dahlin M, Bäärnhielm S. Cross-cultural training program on mental health care for refugees - a mixed method evaluation. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):533.
54. Tay AK, Riley A, Islam R, Welton-Mitchell C, Duchesne B, Waters V, et al. The culture, mental health and psychosocial wellbeing of Rohingya refugees: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(5):489-94.
55. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*. 2005;294(5):602-12.
56. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003337.
57. Gruner D, Magwood O, Bair L, Duff L, Adel S, Pottie K. Understanding Supporting and Hindering Factors in Community-Based Psychotherapy for Refugees: A Realist-Informed Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13).
58. von Werthern M, Robjant K, Chui Z, Schon R, Ottisova L, Mason C, et al. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):382.
59. Sambucini D, Aceto P, Begotaraj E, Lai C. Efficacy of Psychological Interventions on Depression Anxiety and Somatization in Migrants: A Meta-analysis. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(6):1320-46.

60. McKnight P, Goodwin L, Kenyon S. A systematic review of asylum-seeking women's views and experiences of UK maternity care. *Midwifery*. 2019;77:16-23.
61. Gargiulo A, Tessitore F, Le Grottaglie F, Margherita G. Self-harming behaviours of asylum seekers and refugees in Europe: A systematic review. *Int J Psychol*. 2021;56(2):189-98.
62. Jannesari S, Hatch S, Oram S. Seeking sanctuary: rethinking asylum and mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e154.
63. Yang MS, Mutchler JE. The High Prevalence of Depressive Symptoms and Its Correlates With Older Hmong Refugees in the United States. *J Aging Health*. 2020;32(7-8):660-9.
64. Finnvoll JE, Ugreninov E. Refugees' admission to mental health institutions in Norway: Is there an ethnic density effect? *Soc Sci Med*. 2018;209:43-50.
65. APA. Mental Health Facts on Refugees, Asylum-seekers, & Survivors of Forced Displacement. American Psychiatry Association [Internet]. Available from: <https://www.psychiatry.org/>.
66. Jannesari S, Lotito C, Turrini G, Oram S, Barbui C. How does context influence the delivery of mental health interventions for asylum seekers and refugees in low- and middle-income countries? A qualitative systematic review. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):80.
67. Yuval K, Aizik-Reebs A, Lurie I, Demoz D, Bernstein A. A Functional Network Perspective on Posttraumatic Stress in Refugees: Implications for Theory, Classification, Assessment, and Intervention. *Transcult Psychiatry*. 2021;58(2):268-82.
68. Turrini G, Tedeschi F, Cuijpers P, Del Giovane C, Kip A, Morina N, et al. A network meta-analysis of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6).
69. Uphoff E, Robertson L, Cabieses B, Villalón FJ, Purgato M, Churchill R, et al. An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;9(9):Cd013458.
70. Solberg MA, Peters RM. Adverse Childhood Experiences in Non-Westernized Nations: Implications for Immigrant and Refugee Health. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(1):145-55.
71. Barghadouch A, Carlsson J, Norredam M. Psychiatric Disorders and Predictors Hereof Among Refugee Children in Early Adulthood: A Register-Based Cohort Study. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(1):3-
72. Henkelmann JR, de Best S, Deckers C, Jensen K, Shahab M, Elzinga B, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2020;6(4):e68.
73. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, De Jong JT. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(10):837-44.
74. Due C, Green E, Ziersch A. Psychological trauma and access to primary healthcare for people from refugee and asylum-seeker backgrounds: a mixed methods systematic review. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:71.