



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RAQUEL FILIPA SOARES RODRIGUES

***Desafios ao nível da Saúde Mental  
em populações de Refugiados, Deslocados Internos  
e Requerentes de Asilo***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO  
DRA. SUSANA MARIA NUNES RENCA

Abril/2021

*"Being a refugee is much more than a political status.*

*It is the most pervasive kind of cruelty that can be exercised against a human being, by depriving the person of all forms of security and the most basic requirements of a normal life... Forcibly robbing this human being of all aspects that would make human life not just tolerable, but meaningful in many ways."*

- Human Flow (2017), Ai Weiwei

## Índice

Resumo .....	4
Introdução.....	5
Materiais e Métodos.....	8
Resultados.....	9
1. Enquadramento Histórico, Político e Social .....	9
2. Contexto Actual e Dispersão Geográfica .....	13
3. Epidemiologia de Doença Mental .....	14
3.1. Prevalência de Doença Mental.....	14
3.2. Factores associados à Prevalência de Doença Mental.....	17
3.3. Comorbidade de Doença Mental .....	25
4. Intervenção Médica, Psicológica e Psicossocial .....	26
4.1. Investigação .....	26
4.2. Tipos de Intervenções .....	28
4.3. Principais Intervenções.....	30
4.4. Aplicabilidade .....	37
Discussão .....	39
Conclusão.....	43
Referências.....	44

## Resumo

**Introdução:** Refugiados, deslocados internos e requerentes de asilo partem de países onde existe guerra e violência organizada, enfrentam o perigo do deslocamento e sofrem dificuldades várias no processo de reassentamento. Esta exposição prolongada a adversidade, confere-lhes um risco acrescido de doença mental, cuja prevalência é substancialmente superior à da população em geral, sendo que não existe ainda evidência consensual sobre quais as intervenções mais adequadas no tratamento de perturbações mentais nestas populações. **Objectivo:** O objectivo deste trabalho é fornecer uma revisão atualizada dos desafios presentes no panorama actual da saúde mental de populações de refugiados, deslocados internos e requerentes de asilo, compreender o contexto histórico, político e social que condicionou o presente enquadramento, analisar a prevalência de doença mental nestas populações e rever as intervenções médicas, psicológicas e psicossociais actualmente utilizadas no seu tratamento. **Métodos:** A pesquisa foi realizada através das plataformas NCBI, PubMed e ScienceDirect, nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, Web of Science, COCHRANE, SciELO, Index e ACAAP e foi restringida a revisões sistemáticas publicadas desde 2015 acerca da prevalência de doença mental e das intervenções terapêuticas em populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo. **Resultados:** Foram encontradas taxas de doença mental substancialmente superiores às da população em geral e foram relatados os factores condicionantes dessa prevalência. Foi encontrada evidência a favor de abordagens psicoterapêuticas com foco no trauma, abordagens psicossociais e formatos de psicoterapia curtos e não especializados, em países em desenvolvimento. Não existiu evidência consensual para formas de Terapia Cognitivo-comportamental. **Conclusão:** Apesar de existir uma base de eficácia para determinadas psicoterapias, é necessária mais investigação que confira uma maior evidência em relação aos valores de prevalência e seus factores condicionadores e em relação à eficácia de intervenções terapêuticas especificamente adequadas às necessidades particulares destas populações.

**Palavras-chave:** “Refugiados”, “Doença Mental”, “Prevalência”, “Perturbação de Stress Pós-traumático”, “Intervenções Psicossociais”, “Terapia Cognitivo-Comportamental”

## Introdução

Actualmente, cerca de 28 milhões de pessoas vivem sob a condição de refugiado. No entanto, existem, por todo o globo, mais de 79,5 milhões de pessoas deslocadas forçadamente. Cerca de 45,7 milhões destas pessoas são deslocados internos, 4,2 milhões são requerentes de asilo e 30 a 34 milhões são crianças, com menos de 18 anos de idade. (1)

A grande maioria destes deslocados sofre uma migração forçada, derivada de causas bélicas, políticas, económicas, ou mesmo climáticas, enfrentando contextos de guerra, tortura, perseguição cultural, étnica ou religiosa, ou, ainda, situações de mudança ambiental severa, com prejuízo de segurança, habitação, saúde, alimento, ou outros recursos essenciais. (2) Muitos dos países que estão na origem deste efluxo migratório são assolados por regimes ou grupos organizados que perpetraram violência, assassinatos, violações, agressões, raptos, escassez deliberada de alimentos, proibição de práticas culturais, entre outras violações dos direitos humanos. (3)(4)

A migração forçada, assim, é um processo dotado de extrema complexidade e que requer um cuidadoso acompanhamento destas populações ao nível da sua saúde física e mental. A trajetória migratória pode ser dividida em três componentes: pré-migração, migração e pós-migração, estando cada uma destas fases, no que concerne a saúde mental destas populações, associada a riscos e manifestações específicas. (2) Antes de serem forçados a deixar o seu país de origem, estas pessoas são frequentemente vítimas de variadas experiências traumáticas, frequentemente associadas a violência organizada, podendo existir uma afecção grave da sua saúde física e mental, por vezes de forma não óbvia ou imediata. (5) No entanto, também a própria viagem envolve, em regra, um trajecto difícil, que impõe riscos à sobrevivência, sendo o destino e recepção incertos, o que contribui para uma intensificação de factores de stress e de potencial traumático. Igualmente, o processo de chegada a um novo país ou região inclui dificuldades de adaptação a uma nova cultura e linguagem, existindo, por vezes, contrariedades, como o contacto com posições de racismo e xenofobia por parte da comunidade receptora. (2) Por fim, as condições sociais e económicas durante o período de reassentamento no local de destino repetidamente se afiguram como factores desfavoráveis e agravantes, uma vez que é frequente ocorrer separação da família, comunidade ou círculo social, dificuldades no processo de asilo e na obtenção de estatuto de residente, bem como situações de prolongado desemprego, condições de habitação desadequadas e pobreza. (6)

Assim, a experiência dos refugiados e demais deslocados forçadamente ocorre com a influência de determinantes muito específicos e implica, geralmente, não só uma inerência de experiências traumáticas, como diversas adversidades, durante, e mesmo após, o deslocamento.

Os efeitos psicológicos das experiências dos refugiados podem incluir sentimentos de desamparo, tristeza, aflição, luto, vergonha, raiva, defraudação de expectativas, sensibilidade à injustiça e culpabilização. (7) Os refugiados podem passar por isolamento extremo, humilhação e perdas imensas, algumas das quais existenciais, incluindo a perda de entes queridos, da sua pátria, cultura, identidade, e mesmo de concepções como justiça, esperança, confiança, fé e significado da vida. (8)

É neste adverso contexto que, de acordo com o inferido pela literatura existente, a prevalência de problemas de saúde mental destas populações é frequentemente elevada e superior à encontrada na população em geral (6)(9)(10), sendo depressão e perturbação de stress pós-traumático (PTSD) as perturbações mais estudadas e reportadas. No entanto, também perturbações de ansiedade, pânico, abuso de substâncias, doença psicótica e somatização aparentam ser problemas prevalentes entre populações com este tipo de experiências migratórias.

Porém, existem ainda diversos desafios na avaliação da prevalência de doença mental em populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo, uma vez que a grande maioria dos estudos existentes reportam resultados de elevada heterogeneidade e, globalmente, fraca evidência. Alguns dos principais obstáculos passam por dificuldades na implementação de investigação em contextos humanitários, barreiras e preconceitos culturais, ineficácia da comunicação no contexto de diálogos traduzidos por interpretes externos, falta de adaptação cultural dos métodos de avaliação diagnóstica (11)(12), utilização de instrumentos de avaliação que tendem a sobrestimar a prevalência de perturbações (10)(13) e grande variabilidade nas características sociodemográficas e nas experiências de cada diferente amostra populacional.

Também ao nível da intervenção e tratamento destas perturbações, não existe ainda forte evidência para a eficácia de qualquer estratégia de tratamento particular neste tipo de doentes. Apesar da variabilidade na qualidade dos estudos existentes, a evidência geral sugere que várias formas de psicoterapia são relativamente eficazes no esbatimento de sintomas de PTSD, depressão e ansiedade. (14)(15)(16)(17).

No entanto, na literatura, existe um maior foco no estudo de intervenções ao nível do trauma e PTSD, em detrimento de outras perturbações, e na Terapia Cognitivo-comportamental e seus subtipos, sendo esta a forma de tratamento mais estudada nestas populações (15)(17), porém, ainda com resultados dissonantes.

Segundo a Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951, é incumbência dos países europeus fornecer um local de refúgio a estas comunidades, sendo que, igualmente importante, deverá ser o fornecimento de cuidados de saúde e reabilitação com melhor suporte empírico àqueles que dela precisam. Apesar da grande maioria destas populações forçadamente deslocadas residir em locais com escassos recursos de saúde e insuficientes profissionais treinados, o objectivo último deverá ser a aplicação das melhores práticas, com sustentabilidade dos serviços e equidade no acesso aos mesmos.

Assim, afigura-se urgente o desenvolvimento de investigação acerca da prevalência de doença mental nestas populações, com metodologias mais consistentes e rigorosas, bem como a criação de directrizes padronizadas e com evidência comprovada, para permitir um correcto diagnóstico e consistente abordagem terapêutica, com base em intervenções com demonstrado benefício.

O objectivo deste trabalho é fornecer uma revisão atualizada dos desafios ainda presentes no panorama actual da saúde mental de populações de refugiados, deslocados internos e requerentes de asilo, sem descartar a compreensão histórica e contemporânea do fenómeno de deslocação forçada de populações, da designada “crise de refugiados” e das respectivas causas e consequências. Este artigo pretende, primordialmente, rever a prevalência de doença mental nestas populações e analisar as intervenções médicas, psicológicas e psicossociais utilizadas, actualmente, na gestão do sofrimento mental destas populações, bem como identificar as lacunas ainda existentes na procura de uma abordagem que deverá ser completa, prolongada, primar pela componente humana e ser, imprescindivelmente, ligada à culturalidade e especificidade de experiências de cada doente.

## **Materiais e Métodos**

A metodologia diferiu para as diferentes secções deste artigo. Para a realização de um enquadramento histórico, político e social, foram utilizados conceitos e dados estatísticos das entidades de referência, nomeadamente a *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde), o *United Nations High Commissioner for Refugees* (Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados) e a *European Migration Network* (Rede Europeia das Migrações).

Foi considerada a definição de “refugiado” postulada na Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 e respectivo Protocolo de 1967. Também as definições de “refugiado”, “requerente de asilo” e “deslocado interno” foram retiradas do mais recente Glossário para a Migração (2019) da *International Organization for Migration* (Organização Internacional para as Migrações).

Em relação à prevalência de doença mental e intervenções médicas, psicológicas e psicossociais em populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo, a pesquisa foi conduzida através das plataformas NCBI, PubMed e ScienceDirect, nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, Web of Science, COCHRANE e SciELO. Foram também pesquisados artigos portugueses, nas bases de dados Index e ACAAP. Foram consultados livros e artigos pontuais publicados na área da Psiquiatria Transcultural, Saúde Mental em Contextos de Guerra e Perturbação de Stress Pós-Traumático. A gestão de referências foi realizada pelo software Mendeley.

Esta porção da pesquisa incluiu os termos “refugees”, “assylum seekers”, “IDP”, “internally displaced persons”, “forced migrants”, “forced migration”, “mental health”, “mental disorders”, “prevalence of mental disorders”, “intervention”, “treatment” e “therapy”, e foi restringida a revisões sistemáticas a partir de 2015. Revisões sistemáticas ou outros artigos prévios foram consultados e, quando pertinente, referenciados a partir das revisões mais actuais.



## Resultados

### 1. Enquadramento Histórico, Político e Social

A Europa enfrenta, actualmente, a maior migração de refugiados desde a Segunda Guerra Mundial. (18) De facto, ao longo de toda a História, diferentes grupos populacionais foram forçados a deslocar-se, maioritariamente no contexto de conflitos bélicos, perseguição étnica, racial ou religiosa, mas também devido a razões políticas, económicas, sociais ou até climáticas, resultantes em falta de determinantes fundamentais para a sua subsistência, como segurança, saneamento, abrigo, alimento, serviços de educação e de saúde.

A migração voluntária ocorre comumente devido a factores impulsionadores como a procura de condições económicas mais prolíficas, a identificação com diferentes culturas, a expectativa de unificação familiar, ou a existência de oportunidades para empreendedorismo, capacitação, melhores ofertas laborais, entre outros. (19) Já a migração forçada é definida pela Organização Internacional para as Migrações (IOM) como *“um movimento migratório que, apesar de poder depender de determinantes diversos, envolve força, compulsão ou coerção.”* (20), sendo um migrante forçado definido pela European Migration Network, como qualquer pessoa *“que migra para escapar da perseguição, conflito, repressão, desastres naturais ou causados pelo Homem, degradação ecológica ou outras situações que colocam em risco as suas vidas, liberdade ou meios de subsistência”.* (21) No entanto, a distinção entre estes dois tipos de migração é subjectiva e controversa, visto que frequentemente os factores motivadores dessa migração se encontram sobrepostos ou correlacionados, sendo a voluntariedade de qualquer migração relativamente incerta. (20) Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (HCHR), as situações de vulnerabilidade que os migrantes enfrentam surgem de uma multiplicidade de fatores, que podem coexistir e mutuamente agravar-se, bem como evoluir ou mudar ao longo do tempo e de acordo com as diferentes circunstâncias. (22)

A guerra é o maior determinante para a deslocação forçada, mundialmente. (1) Conflitos bélicos, sociais e políticos, fenómenos como a emergência de regimes totalitários, o desenvolvimento de guerras civis, revoluções armadas, a I e II Guerras Mundiais, decisões políticas como a redefinição de fronteiras de estados ou nações, têm historicamente sido marcantes motores de deslocação forçada de populações. Foi no rescaldo das I e II Guerras mundiais que foi atingido o inédito e inimaginável número de

165 milhões de deslocados. (23)

Também as alterações climáticas têm criado movimentos migratórios, tanto há vários milhares de anos, quando o aquecimento global se revelou fundamental para a colonização da Europa por populações humanas ancestrais, como na história moderna, em acontecimentos como a evacuação de ilhas de territórios como a Papua-Nova Guiné ou o Bangladesh, por resultado da subida do nível do mar; a migração de 10 milhões de pessoas, em África, devido a desertificação e degradação ambiental; o fluxo migratório de milhares de Haitianos para o Brasil aquando do terramoto de 2010; a migração de mais de 1 milhão de pessoas na sequência do Furacão Katrina nos EUA; ou mesmo as migrações em massa condicionadas por desastres não-naturais, designadamente as catástrofes nucleares ocorridas em Chernobyl e Fukushima (24) Similarmente, condições de saneamento inadequado promoveram surtos e epidemias como a peste bubónica de surgimento na Ásia, no séc. XIV., ou a cólera, no início do séc. XIX, que geraram elevadas percentagens de abandono de territórios. (25)

De igual forma, a migração baseada na escravização de pessoas de África para os continentes Americano e Europeu entre os séculos XVI e XIX forçou a deslocação de cerca de 12 milhões de pessoas, sendo que, contemporaneamente, o tráfico humano é, ainda, uma das atividades de maior crescimento veiculada por organizações criminosas transnacionais. (26) Massacres motivados por perseguição étnica, racial ou religiosa, como os Genocídios Cambojano, Jugoslavo, de Timor Leste, de Ruanda e, mais recentemente, do Povo Rohingya, em Myanmar, levou à fuga de incontáveis milhões de pessoas, existindo, neste momento, mais de 800 000 refugiados Rohingya no país fronteiriço, Bangladesh. (27) Também pessoas lésbicas, gay, bissexuais, transgénero ou intersexo (LGBTI) partem para evicção de penas de prisão, ainda executadas em 73 países mundialmente, ou, mesmo, de pena de morte, praticada nos 7 países, Irão, Mauritânia, Sudão, Arábia Saudita, Iémen, Nigéria e Somália. (28) Em determinados países onde existem condições sociais, económicas e políticas desfavoráveis para as mulheres, ocorrem actos persecutórios e de violência, manifestos em práticas como mutilação genital feminina, violações, violência doméstica, casamento forçado, ou situações de aborto ou esterilização impostas, que levam mulheres a abandonar estes locais em busca de protecção internacional. (29)

Mais recentemente, a queda inaudita do PIB Venezuelano, que ultrapassou valores como os declarados nos Estados Unidos durante a Grande Depressão, ou na Rússia, Cuba ou Albânia após a dissolução da União Soviética, resultou num número actual de

4,5 milhões de venezuelanos deslocados. (1)

O termo “refugiado” refere-se a um tipo específico de migrante forçado. De acordo com a Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 e respectivo Protocolo de 1967, são designados de refugiados pessoas que atravessam uma fronteira internacional, deslocando-se para fora do seu país de nacionalidade ou de residência permanente, “devido a um medo fundamentado de perseguição, por razões de raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou opinião política, e que, devido a esse medo, não podem ou não querem regressar ao mesmo.” (30)

Um dos resultados da Segunda Guerra Mundial foi a criação da Organização Internacional para os Refugiados, que foi sucedida em 1951 pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR ou UNHCR), juntamente com a “Convenção de Genebra de 1951 relativa ao Estatuto dos Refugiados”.

Esta Convenção foi baseada no Artigo 14º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que reconhece que “toda a pessoa sujeita a perseguição tem o direito de procurar e beneficiar de asilo noutros países”. Em 1967, foi realizada a sua única adenda, sob a forma do Protocolo de 1967, que veio corrigir a limitação temporal e geográfica da primeira Convenção, que limitava a sua abrangência a pessoas fugindo de eventos anteriores a Janeiro de 1951 e dentro da Europa. Este Protocolo veio, assim, tornar a Convenção universal. Foi também esta Convenção que estabeleceu os critérios oficiais para o direito de asilo em todo o mundo e que ainda é, actualmente, a peça central da protecção internacional de refugiados.

Em virtude destes tratados e de acordo com o direito internacional, os refugiados deverão beneficiar de diversas proteções, sendo uma das mais basilares e significativas o direito à não repulsão (ou *non-refoulement*), que determina que os refugiados têm o direito de ser protegidos pelo país em que buscam asilo e que não poderão ser forçados a voltar para o país de origem. A Convenção concede ainda outros direitos, designadamente o direito à educação, emprego, saúde e liberdade de movimento.

Este sistema de protecção peca em aspectos como a particularidade daquilo que é, pelas directrizes da Convenção, aceite como motivo de “perseguição”, ou a própria especificidade da designação de “refugiado”. A título de exemplo, mulheres requerentes de asilo provenientes de determinadas regiões da Ásia e Médio Oriente têm frequentemente o estatuto de refugiado recusado em países ocidentais, porque a violência e a discriminação de género a que estão sujeitas nos seus países de origem

não são consideradas situações de "perseguição", nem são discriminadas ou contempladas, na Convenção de Genebra. Também pessoas que sejam forçadas a deslocar-se como consequência de desastres naturais não cairão sob esta designação. Para além disso, no que concerne a definição de "refugiado", importa referir que se encontram em situação igualmente vulnerável à dos refugiados os "requerentes de asilo" e os "deslocados internos". De acordo com o UNHCR, "requerentes de asilo" são "indivíduos que procuraram protecção internacional e cujos pedidos de estatuto de refugiado ainda não foram determinados" (1), sendo "deslocados internos" definidos como "pessoas ou grupos de pessoas que foram forçadas ou obrigados a fugir ou a deixar as suas casas ou locais de residência habitual em decorrência ou para evitar os efeitos de conflitos armados, situações de violência generalizada, violações de direitos humanos, ou desastres naturais ou de origem antropogénica, e que não cruzaram uma fronteira de estado reconhecida internacionalmente." (20) Algumas pessoas poderão ainda cair sob a definição de "apátridas", não sendo reconhecidas como cidadãos sob as leis de nenhum país, como sucede, por exemplo, em casos nos quais países adoptam leis discriminatórias, que não reconhecem os direitos de certos grupos raciais, étnicos, culturais ou religiosos, dentro das suas fronteiras.

Assim, é gritante constatar que, presentemente, nenhuma das pessoas sob as condições suprarreferidas são abrangidas pela protecção legal e social da Convenção de Genebra, pensada para proteger precisamente este tipo de populações vulneráveis.

A responsabilidade de providenciar apoio na área da saúde mental às populações de refugiados é, actualmente, partilhada por uma rede de agências, especificamente o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR/UNHCR) e a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), bem como outras organizações, entre as quais governamentais, voluntárias e sem fins lucrativos.

## 2. Contexto Actual e Dispersão Geográfica

Segundo os mais recentes dados do *Global Trends Report on Forced Displacement* da UNHCR e do *Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC)*, actualmente, 79,5 milhões de pessoas encontram-se deslocadas forçadamente por todo o mundo, sendo 26 milhões refugiados, 45,7 milhões deslocados internos e 4,2 milhões requerentes de asilo. Entre 30 e 34 milhões, perfazendo 40% da amostra, são crianças de idade inferior a 18 anos.

73% dos refugiados mundialmente vivem em países fronteiriços ao seu país de origem, sendo que 85% dos refugiados estão deslocados em países em desenvolvimento. Os países mais pobres do mundo, designadamente Bangladesh, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Ruanda, Sudão, Sudão do Sul, Tanzânia, Uganda e Iémen, conferem asilo a 27% do total de refugiados.

A Turquia é o país com maior número de refugiados mundialmente, num total de 3,6 milhões. O Líbano é o país com maior número de refugiados per capita na sua população, sendo que 1 em cada 7 pessoas é refugiado. A Síria, a República Democrática do Congo e a Etiópia são os países com maior número de deslocados internos, com 6,4, 5,5 e 1,4 milhões de pessoas, respectivamente.

Grande parte destes movimentos migratórios são impulsionados por conflitos que decorrem, presentemente, na Síria, Iraque, Iémen, bem como na África Subsariana, no Burundi, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Sudão e Sudão do Sul.

Mais de 2/3 (68%) de todos os refugiados são originários de apenas 5 países, sendo estes a Síria (6,6 milhões), a Venezuela (3,7 milhões), o Afeganistão (2,7 milhões), o Sudão do Sul (2,2 milhões) e o Myanmar (1,1 milhões).

### **3. Epidemiologia de Doença Mental**

#### **3.1. Prevalência de Doença Mental**

As estimativas da prevalência de doença mental em populações de refugiados apresentam grande variabilidade, mesmo ao nível das revisões sistemáticas e meta-análises existentes. Anteriormente a 2015, data em que o afluxo de refugiados, especialmente rumo à Europa, aumentou consideravelmente (31), algumas revisões sistemáticas já haviam procurado avaliar os estudos existentes e reportar a prevalência de perturbações psiquiátricas em populações de refugiados.

Em 2005, uma revisão e meta-análise de 20 estudos, com dados de 6743 refugiados oriundos de 7 países e reassentados em países desenvolvidos, por Fazel et. Al (9), cobrindo o período de 1986 a 2004 e com base em estudos com 200 ou mais participantes, relatou uma prevalência de 9% (99% CI 8–10%) de perturbação de stress pós-traumático (PTSD), 5% (4–6%) de depressão, 4% (3–6%) de perturbação de ansiedade generalizada e 2% (1–6%) de doença psicótica.

Steel et al. (10) conduziram também uma revisão sistemática e meta-análise em 2009, sobre a associação entre tortura ou outros eventos traumáticos e a prevalência de PTSD e de depressão. Esta revisão cobriu estudos entre 1987 e 2009 e compreendeu 81 866 refugiados provenientes de regiões com conflitos activos, tendo relatado taxas de prevalência mais altas de PTSD e depressão em refugiados sujeitos a este tipo de experiências por todo o mundo, existindo uma prevalência de cerca de 30% de PTSD e 30% de depressão.

Numa revisão por Ezard et al. (32), realizada em 2012, foram observadas as taxas de abuso de substâncias entre refugiados deslocados por conflitos, sendo que a maioria dos estudos sugeriam que o uso de substâncias, como álcool, opiáceos ou tranquilizantes, é comum em locais com populações deslocadas, relatando ainda factores de risco e resultados associados, como a transmissão de HIV, falha no tratamento de tuberculose, violência de gênero e problemas económicos. No entanto, existe ainda fraca evidência de que o abuso de substâncias estará aumentado nestas populações relativamente a populações não deslocadas.

Em suma, a maioria dos estudos encontrou altas taxas de psicopatologia nestas populações, particularmente PTSD e depressão. Estes dados indicaram que, em todo o

mundo, dezenas de milhares de refugiados e ex-refugiados estão sob risco de sofrer destas perturbações, sugerindo que, por exemplo, refugiados reassentados em países ocidentais poderão ter cerca de dez vezes mais probabilidade de ter perturbação de stress pós-traumático do que populações não deslocadas, de idade correspondente. (9)

Embora a base de evidência seja considerada relativamente fraca em todos estes artigos, foram incentivados os desenvolvimentos de novas pesquisas, de metodologia mais rigorosa e que visassem ultrapassar algumas das limitações presentes nestes primeiros estudos e revisões. No entanto, actualmente, segundo os estudos por M. Bogic et al., N. Morina et al. e R. Blackmore et al., revisões sistemáticas mais contemporâneas, conduzidas em 2015, 2018 e 2020, respectivamente, a prevalência de doença mental em populações de refugiados é ainda difícil de apurar com forte evidência.

De acordo com os resultados obtidos por M. Bogic et al. (2015) (13), uma revisão sistemática de 29 estudos identificados acerca da prevalência a longo prazo de doença mental em populações de refugiados, que contou com uma amostra total de 16 010 refugiados, deslocados há 5 anos ou mais, foram reportadas prevalências nos intervalos de 2.3-80% de depressão, 4.4-86% de PTSD e 20.3-88% de perturbação de ansiedade generalizada, sendo que mais de 2/3 destes estudos apresentaram prevalências superiores a 20%. Os estudos que avaliaram transtornos de ansiedade específicos reportaram prevalências de 0.7-13.7% de Perturbação de Ansiedade Generalizada, 0.6-10% de Perturbação de Pânico, 0.3-27.4% de Fobia Social, 0-5% de Perturbação Obsessivo-Compulsiva e 8.2-9% de Agorafobia.

Apesar da elevada heterogeneidade destes resultados, esta revisão apresentou evidência de que perturbações mentais tendem a ser altamente prevalentes em refugiados de guerra, mesmo vários anos (5 ou mais) após o reassentamento, apresentando prevalências estimadas maioritariamente em percentagens de 20% ou superiores. Comparando estes dados com os relativos a populações adultas ocidentais comuns (33)(34), existe indício de que populações de refugiados poderão ser até 14 vezes mais susceptíveis a depressão e 15 vezes mais susceptíveis a PTSD. (13)

Vários estudos longitudinais confirmam esta indicação de que as reacções de stress pós-traumático podem persistir e até aumentar ao longo do tempo (35)(36), pelo menos durante o período imediato após o trauma proveniente da guerra e da experiência migratória. Em relação a avaliações realizadas após um maior período de tempo pós-deslocamento e reassentamento, existem evidências contrárias. Alguns estudos

reportam prevalências que permanecem substancialmente maiores aos da população em geral mesmo após duas décadas no novo país (37), sendo que outros relataram uma melhoria gradual nos sintomas, a ponto de as taxas de prevalência de perturbações mentais virem a ser semelhante ou até mais baixas do que na população do país anfitrião, ao fim de uma década. (38)(39)

A revisão por N. Morina et al. (2018) (40) avaliou 38 estudos, com informação referente a 39 518 refugiados e deslocados internos de 21 países, em contextos de conflitos armados activos. Refere, igualmente, que PTSD, depressão e perturbações de ansiedade são as doenças psiquiátricas mais comumente reportadas, porém, também com uma grande variabilidade. Este estudo procurou não restringir o estudo às doenças psiquiátricas mais comuns previamente relatadas, tendo incluído perturbações menos frequentes. As prevalências registadas foram de 2.2-88.3% de PTSD, 5.1-81% de depressão e 1-90% de perturbações de ansiedade. 15 desses estudos reportaram ainda a presença de outras perturbações, como o abuso de substâncias, psicoses, ideação suicida, perturbações de personalidade e outras alterações de humor ou perturbações de ansiedade. Perturbações psicóticas apresentaram uma prevalência de 1-12% e ideação suicida uma prevalência de 2-12%. O abuso de álcool foi a adição mais prevalente, sendo mais demarcada no sexo masculino (2-60%). Pelo contrário, o abuso de drogas, na generalidade, não excedeu os 2%.

Estes resultados, para além de irem de encontro aos achados de estudos anteriores, reportaram também alguma evidência de que abuso de substâncias, alterações de humor, perturbações de ansiedade, psicose ou ideação suicida apresentam números superiores do que os presentes nos estudos da população geral, apesar das poucas estimativas existentes e da baixa evidência obtida. (41)

O estudo por R. Blackmore et al. (2020) (42), uma revisão sistemática com meta-análise, avaliou 26 estudos, com uma dispersão geográfica de 15 países, fornecendo dados de 5 143 refugiados e requerentes de asilo, provenientes de quatro regiões geográficas, nomeadamente do Médio Oriente (43%), Europa (29%), Ásia (20%), e África (5%). Nesta revisão as prevalências reportadas foram de 31.46% (95% CI 24.43–38.5) de PTSD, de 31.5% de depressão (sendo que alguns estudos apresentaram separadamente uma prevalência de 6.72% de distímia), de 11% de perturbações de ansiedade e de 1.51% de psicose.

Este artigo veio confirmar achados anteriores, designadamente a prevalência



elevada, particularmente de PTSD e depressão, em populações de refugiados e requerentes de asilo, com 31% de PTSD e 31.5% de depressão, comparativamente a 3.9% de PTSD e 12% de depressão em populações comuns, segundo os dados dos *World Mental Health Surveys* (43)(44), bem como a sua persistência por vários anos após o deslocamento.

Este estudo reportou não existir diferença nas prevalências de PTSD e depressão nos indivíduos deslocados há menos ou há mais de 4 anos (30.17% vs 33.14% de PTSD) e (32.44% vs 35.12% de depressão). No entanto, verificou-se que a prevalência de ansiedade generalizada é consideravelmente maior nos 4 primeiros anos de deslocamento, sendo a média da prevalência 11.09% de perturbações de ansiedade e 21.72% nos deslocados há menos de 4 anos, o que poderá ser reflexo de uma maior instabilidade e incerteza acerca do estatuto de refugiado e do processo de reassentamento durante os primeiros anos.

Todas as revisões reportaram resultados de grande heterogeneidade para cada patologia, tendo, algumas destas, procurado identificar os diversos factores influenciadores das diferentes prevalências de saúde mental.

## **3.2. Factores associados à Prevalência de Doença Mental**

### **3.2.1. Características do estudo**

Foi reportada evidência de que o tamanho da amostra e o rigor da metodologia utilizada em cada estudo teve influência nos valores de prevalência encontrados, sendo a prevalência tendencialmente menor quanto maior a dimensão da amostra e mais rigorosa a metodologia utilizada. Também a língua do entrevistador que realizou a avaliação clínica revelou exercer influência, sendo as prevalências reportadas superiores quando a língua nativa do entrevistador diferiu da do entrevistado. (13)

### **3.2.2. Região de Origem e Região de Destino**

Também a região de origem e a região de acolhimento estão associadas a resultados bastante distintos, tendo sido verificadas as maiores prevalências de doença mental nas populações de refugiados provenientes da antiga Jugoslávia, do Camboja, da África subsariana e do Médio Oriente e nas deslocadas para a Europa e para os EUA. (13)

### 3.2.3. Political Terror Scale

O PTS score (*Political Terror Scale*) do país de origem é uma classificação com uma pontuação de 5 níveis e que usa dados fornecidos pela Amnistia Internacional para avaliar a estabilidade política de determinado país, sendo que os países com pontuação de PTS igual a 1 são legal e politicamente estáveis, enquanto que os países com pontuação de PTS igual ou superior a 4 são caracterizados por extensas violações dos direitos humanos e níveis crescentes de violência com motivação política e ideológica (45). Verificou-se que um PTS score elevado se encontra correlacionado com uma maior prevalência de doença mental. (40)

### 3.2.4. Metodologia de Avaliação e Diagnóstico

De forma a tentar colmatar as limitações metodológicas identificadas em estudos anteriores e diminuir a heterogeneidade de resultados, a revisão sistemática da R. Blackmore et al. (2020), acerca da prevalência de doença mental em populações de refugiados e requerentes de asilo, incluiu apenas estudos nos quais os diagnósticos resultaram de entrevistas clínicas, com pelo menos 50 participantes e com a utilização de métodos de avaliação diagnóstica validados.

A literatura existente é largamente baseada em estudos conduzidos utilizando métodos de autoavaliação, nomeadamente apenas através do preenchimento pelo entrevistado de questionários como o Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) (46), o mais utilizado para a avaliação de depressão e ansiedade generalizada, e o Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (47) para a avaliação de PTSD. No entanto, existe na literatura evidência de que medidas de autoavaliação tendem a sobrestimar a sintomatologia. (10)(48) Outra desvantagem desta metodologia passa por muitos dos refugiados não conseguirem preencher os questionários por iliteracia, sendo a entrevista clínica importante e também fundamental para esclarecer conceitos, queixas ou outros problemas. Além disto, os autores Shoeb et al. (49) avançam que o HTQ, para ser válido e adequado, deverá ser culturalmente adaptado a cada nova população de refugiados em que é aplicado, conduzindo estudos etnográficos e, inclusive, conversando com informadores da cultura local.

Os métodos de diagnóstico aceites nesta revisão foram a realização de entrevista clínica de acordo com a *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID) (50), a *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) (51), a *Clinician Administered PTSD*

*Scale (CAPS) (52)* e a *World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI) (53)*. As classificações diagnósticas aceites foram realizadas Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (54)* ou a *International Classification of Disease (ICD) (55)*.

No entanto, importa referir que a apresentação dos sintomas psiquiátricos e respectivos diagnósticos, mesmo seguindo os critérios explicitados no DSM ou no ICD, apresentam comprovadamente diferenças transculturais. (56) Estas medidas de avaliação psicológica foram criadas tendo por base populações ocidentais, pelo que poderão diferir em normas, valores ou premissas. Para além disso, diferenças conceptuais ou de linguagem poderão criar diferenças na descrição e interpretação de queixas ou sintomas, podendo mesmo não existir equivalência transcultural, culminando num prejuízo da validade dos resultados. (12) O DSM-V já contempla alterações especificamente realizadas para aumentar a sua validade transcultural, no entanto, uma grande maioria dos estudos realizados e incluídos nestas revisões aplicaram critérios retirados dos DSM-IV e DSM-III.

Nesta revisão, foram analisados vários estudos que não especificaram ter tido ou não adaptação cultural aquando da formulação de diagnósticos. No entanto, recentemente, devido ao maior fluxo de refugiados e preocupações acerca da saúde mental destas populações, muitos destes instrumentos e métodos de avaliação, não tendo sido especificamente criados e desenvolvidos para populações de refugiados ou requerentes de asilo, têm já validada a sua utilização com diferentes populações e contextos culturais. (57)

Poderão existir, também, outras desvantagens da entrevista clínica, nomeadamente falta de confiança no entrevistador ou na investigação, dificuldades na interpretação e comunicação, preocupação com a confidencialidade em comunidades pequenas, entre outras. Como exemplo, um dos estudos avaliados contou com psicólogos exclusivamente do sexo masculino, tendo-se, conseqüentemente, verificado, em comparação a outros estudos, uma percentagem inferior de relatos de assédio ou abuso sexual. (58)

Nesta revisão, foi pré-estabelecida a necessidade de a entrevista ser conduzida por um profissional de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos) ou por um técnico treinado (p.e. investigadores em psicologia ou psiquiatria). Nos estudos que aplicaram a entrevista segundo a WMH-CIDI, não-clínicos que tivessem concluído

a formação oficial da WHO foram aceites., uma vez que esta modalidade é destinada a poder ser aplicada por qualquer pessoa que realize essa capacitação.

De realçar que, mesmo aplicando esta metodologia mais rigorosa, foram notadas diferenças nos resultados consoante o método de diagnóstico utilizado. A CAPS resultou em prevalências superiores de PTSD (40.41%), seguida da WMH-CIDI (31.6%), da SCID (30.55%) e da M.I. N.I. (25.8%). Por sua vez, a SCID resultou em maiores prevalências de depressão (34.52%), seguida da M.I. N.I. (30.55%) e da WMH-CIDI (5.02%).

### **3.2.5. Experiências traumáticas Pré-migração**

O artigo de N. Morina et al. (2018) (40), sublinhou a influência da quantidade de experiências traumáticas pré-migração, nas taxas de prevalência registadas, sendo que todos os participantes incluídos nos estudos avaliados haviam experienciado ou testemunhado pelo menos um evento traumático e a média de eventos traumáticos experienciados pela amostra atingia uma média de 7 ocorrências traumáticas por pessoa, nomeadamente o testemunhar do assassinato de um membro da família, amigo ou desconhecido, ser torturado, agredido ou arbitrariamente preso, ter sido violentamente separado ou isolado da família ou grupo social, ser forçado a abandonar a sua habitação ou a sua actividade laboral, ou ser obrigado a aceitar ideias contra a sua vontade.

Um maior número de experiências traumáticas constituiu o factor mais consistentemente associado a perturbação mental, em mais de 75% dos estudos avaliados. A maioria dos estudos relatou um efeito independente da exposição ao trauma de guerra no estado de saúde mental actual, mesmo considerando os factores pós-migração, um achado que sublinha o impacto significativo e duradouro da experiência de guerra. Um estudo longitudinal prévio reportou que o trauma pré-migração foi o factor preditivo mais significativo da existência de sintomas de PTSD em avaliações de follow-up aos 3 meses e até aos 3,5 anos após o reassentamento. (59)

### **3.2.6. Condições Pós-migração**

A revisão por M. Bogic et al. (2015) (13), reportou que, não só uma maior exposição a experiências traumáticas pré-migração, mas também uma maior adversidade e stress pós-migração constituem os dois factores que mais consistentemente condicionaram estas prevalências de doença mental.

Assim, o risco aumentado de perturbações mentais nestas populações poderá não só ser uma consequência da exposição a variados traumas de guerra, mas também ser influenciado por fatores socioeconómicos experienciados no período de reassentamento pós-migração, como desemprego, dificuldades financeiras, baixa proficiência na língua do país anfitrião, alteração nas dinâmicas ou relações familiares, deflagração de expectativas criadas, isolamento social e cultural, hostilidade por parte da população nativa e falta de apoio social, fatores de risco estes que se revelaram particularmente evidentes na prevalência de depressão.

Um estudo longitudinal com refugiados do sudeste asiático reassentados no Canadá avançou que dificuldades socioeconómicas persistentes, particularmente o desemprego e a baixa proficiência na língua do país anfitrião, podem condicionar um quadro de depressão mesmo até 10 anos após o reassentamento. (38) Outro estudo, por D'Avanzo & Barab (60) relatou que refugiados provenientes de países de origem associados a elevadas prevalências de perturbações mentais como o Camboja e reassentados na Europa, apresentavam consideravelmente maior probabilidade de exibir sintomas de depressão do que refugiados com essa mesma origem, mas deslocados para outros locais, tendo, assim, realçado também o impacto da experiência pós-migratória.

Também a meta-análise por M. Porter & N. Haslam (2005) (6) acerca dos preditores de saúde mental em populações de refugiados já havia relatado a associação entre saúde mental e determinantes da experiência pós-migração, nomeadamente a acomodação pós-deslocamento, com refugiados reassentados em acomodações privadas permanentes apresentando significativamente melhores índices de saúde mental do que aqueles reassentados em alojamentos institucionais e temporários; e oportunidades económicas, nomeadamente direito ao trabalho, acesso ao emprego e manutenção da condição socioeconómica, factores associados a uma menor sintomatologia e prevalência de doença mental.

### **3.2.7. Nível de escolaridade e Nível socioeconómico**

Refugiados com maior nível de escolaridade pontuaram mais baixo nos índices de saúde mental do que refugiados com menor escolaridade, assim como aqueles com maior nível socioeconómico anterior ao deslocamento, o que poderá sugerir que uma maior pré-disposição de recursos intelectuais e económicos poderá ser experienciada com uma maior noção de perda de condições de vida e de status social, podendo afigurar-se como uma mudança mais brusca e mais dificilmente superada. (6)

### **3.2.8. Estatuto Legal**

Em relação à obtenção do estatuto de refugiado, foi reportada alguma evidência de que requerentes de asilo estão sujeitos a maior adversidade durante a espera pela aquisição deste estatuto, apresentando níveis mais elevados de sintomas de PTSD em questionários de auto-avaliação. (61)

### **3.2.9. Percepção do conflito**

Uma maior distância do conflito poderá exercer alguma influência sobre a saúde mental de refugiados, requerentes de asilo ou deslocados internos, uma vez que pessoas deslocadas internamente apresentaram piores classificações nos índices de saúde mental do que aquelas deslocadas noutros países. Também o estado actual do conflito apresenta essa associação, sendo que refugiados de conflitos que permanecem activos apresentam piores resultados do que aqueles provenientes de países com conflitos já minorados ou dissolvidos. (6)

### **3.2.10. Género**

Quanto ao género, Morina et al. (2018) (40) sublinharam que a percentagem de homens e mulheres presentes na amostra demonstrou ter influência nas taxas de prevalência obtidas, uma vez que, por exemplo, perturbações de ansiedade foram verificadas numa maior prevalência no sexo feminino, enquanto perturbações de adição foram mais comumente encontradas no sexo masculino.

Assim, nesta revisão, constatou-se que as taxas de prevalência de ansiedade generalizada e de depressão em mulheres tendiam a ser maiores do que em homens e confirmou-se, à semelhança de outros estudos anteriores da população em geral (33)(62)(63), que, no geral, grupos contendo uma proporção maior de refugiados do sexo feminino tendem a indicar piores resultados de saúde mental.

A equipa de Blackmore et al. (2020) (42) confirmou também estas diferenças entre sexos, tendo reportado prevalências maiores em mulheres, mas não só para perturbações de ansiedade generalizada e depressão, como também para PTSD. Estes achados são consistentes com estudos sobre diferenças de sexo e prevalência de PTSD, conduzidos na população em geral. (64)(65)(66)

Enquanto estes resultados poderão sugerir uma maior susceptibilidade ao trauma

no sexo feminino, importa referir que, durante situações de conflito, as mulheres enfrentam não só um risco aumentado de violência sexual (67)(68), o que constitui um factor de alto risco para o desenvolvimento de PTSD, mas também outros riscos associados ao trauma da migração, como preocupações com a segurança, pressões decorrentes da criação de filhos, exploração e tráfico humano. (69) A OMS reporta que 30% das mulheres mundialmente (sensivelmente 1 em cada 3) relatam já ter experienciado violência física e/ou sexual. (70)

### **3.2.11. Idade**

Em relação ao factor da idade, na meta-análise de M. Porter et al. (2005) (6), os refugiados adultos com 65 anos ou mais apresentaram piores resultados do que adultos com menos de 65 anos, embora poucos estudos avaliassem essa população, e crianças e adolescentes refugiados demonstraram melhores índices de saúde mental do que os obtidos em populações de adultos, sugerindo que crianças e adolescentes poderão ser menos afetados pelas experiências do deslocamento e reassentamento, ou possuir uma eventual maior capacidade de resiliência ou de readaptação.

Segundo a literatura, embora muitos jovens demonstrem resiliência e uma capacidade de superar as dificuldades e desafios do deslocamento forçado, outros correm o risco de desenvolver doença mental grave. (71)(72)(73) Existe também alguma evidência de que experienciar violência e instabilidade numa idade jovem e em pontos críticos no desenvolvimento cognitivo e emocional poderá constituir um impacto psicológico duradouro. (74)

Existe evidência de que, durante os últimos anos, conflitos globais têm vindo a resultar no envolvimento de um maior número de populações civis e num aumento da implicação de crianças e adolescentes (75), pelo que tem sido verificado um número crescente de menores em busca de asilo noutros países. Estas crianças poderão encontrar-se na condição de menor acompanhado, contando com a presença de pelo menos um dos pais ou outro cuidador, ou de menor desacompanhado, sendo estas as crianças ou adolescentes menores de 18 anos que migram para um país de acolhimento sem nenhum dos pais ou outro responsável.

A maioria destas crianças sofreram perturbações sociais e emocionais significativas, tendo estado potencialmente expostas a experiências traumáticas, como violência, guerra, tráfico ou abuso sexual, condições de vida difíceis, pobreza, privação de

cuidados básicos de saúde, separação ou perda de membros da família, ou a uma quebra ou cessação da sua educação. (76) No período após o deslocamento, estão ainda susceptíveis a mantidas dificuldades de acesso a educação, falta de apoio social e estabilidade, bem como a impasses no processo legal de imigração ou na adaptação cultural. Por consequência, os menores desacompanhados enfrentam riscos ainda maiores.

Crianças e adolescentes refugiados constituem um subgrupo populacional frequentemente omitido de vários estudos e revisões sistemáticas, por se considerar imperativa uma avaliação independente deste grupo.

Segundo a revisão sistemática de C. Kien et al. (2019) (48), especificamente acerca da prevalência de perturbações mentais em jovens refugiados e requerentes de asilo em países europeus, as taxas de prevalência foram de 19.0-52.7% de PTSD, 10.3-32.8% de depressão, 8.7-31.6% de perturbações de ansiedade, e 19.8-35.0% de outros problemas emocionais ou comportamentais. Apesar de serem resultados amplamente variáveis, sugerem que até um terço destes menores podem ser afetados por depressão, perturbação de ansiedade, ou outros problemas emocionais ou comportamentais, e que, além disso, até metade podem ser afetados por PTSD. Poucos estudos relataram prevalências de outras perturbações, como hiperatividade (1,8–6%), queixas psicossomáticas (13%), enurese noturna (10,9%) e psicopatologia dissociativa (36%).

Uma revisão e meta-análise por R. Blackmore et al. (2020) (77) da prevalência de doença mental em crianças e adolescentes refugiados ou requerentes de asilo, com metodologia rigorosa, estudos baseados na aplicação de entrevista clínica em detrimento de questionários de auto-avaliação e a utilização de entrevistas estruturadas especificamente desenvolvidas tendo em conta a transculturalidade ou de utilização validada nestas populações, apresentou prevalências semelhantes, reforçando as elevadas taxas anteriormente relatadas. Os valores foram de 12.79-32.64% de PTSD, 5.96-21.67% de depressão e 8.04-23.50% de perturbação de ansiedade.

Estes resultados para PTSD, depressão, ansiedade e problemas emocionais e comportamentais são substancialmente superiores aos existentes para populações comuns de crianças e adolescentes não deslocadas e aos obtidos para crianças e adolescentes nativas. Foram também realizadas comparações com outras populações vítimas de trauma, porém, estas comparações são inconclusivas, visto que existe alguma evidência de que as taxas de PTSD são variáveis consoante o carácter do



trauma experienciado. (74)

Este estudo comprovou ainda, que, de facto, os menores desacompanhados revelam um risco maior de sofrer de PTSD, depressão e transtornos de ansiedade do que os menores acompanhados, o que destaca a necessidade de uma protecção especial desse grupo.

Foi também explorada por alguns estudos a relação entre a saúde mental dos pais e os resultados de saúde mental da criança, sendo o papel da família e, particularmente, a saúde mental parental, crucial na melhoria ou exacerbação dos sintomas psicopatológicos da criança. (78)(79)

No geral, os dados confirmam que crianças e adolescentes refugiados têm uma necessidade substancial de métodos de avaliação e diagnóstico apropriados e de serviços de saúde mental, bem como de uma intervenção precoce, sendo que se poderão encontrar em risco de desvantagem educacional e de integração social deficiente nas comunidades anfitriãs, podendo isto afectar negativamente o seu curso de vida. Impõem-se ainda como fundamentais uma rápida resolução dos pedidos de asilo, a fomentação de oportunidades de educação e emprego, bem como apoio social e programas de suporte e promoção da união e coesão familiar.

### **3.3. Comorbidade de Doença Mental**

A revisão de M. Bogic et al. (2015) (13) reportou alguma informação sobre a comorbidade de perturbações mentais, concluindo que 68,4% daqueles com diagnóstico de PTSD tinham também diagnóstico de depressão e que 43,2% daqueles que tinham perturbação de ansiedade generalizada tinham também PTSD e 50,7% tinham também depressão maior. 22,4% daqueles que tinham PTSD tinham também Fobia Social. Esta elevada comorbidade já havia sido reportada por revisões anteriores, como a de M. Fazel et al. (2005) (9) e Steel et al. (2009) (10).

## 4. Intervenção Médica, Psicológica e Psicossocial

### 4.1. Investigação

Tal como a investigação relativa à prevalência de doença mental nestas populações, também investigação na área da eficácia de intervenções médicas, psicológicas e psicossociais enfrenta desafios e dificuldades na validação de dados obtidos, uma vez que foram desenvolvidas principalmente no contexto de modelos culturais ocidentais, para populações que têm etnias, tradições e modelos de cuidado heterogéneos.

Para além disto, existe alguma evidência que indica que refugiados não se envolvem facilmente em relacionamentos psicoterapêuticos, bem como de que estas populações tendem a preferir cuidados baseados na comunidade, ao invés de cuidados especializados decorridos em cenários clínicos ou hospitalares, e de que são menos propensos a aceitar serviços de saúde mental em comparação com populações não migrantes. (80)

Grande parte dos estudos existentes incide mais em adultos ou populações mistas do que em crianças, tal como incluem mais refugiados e requerentes de asilo do que pessoas deslocadas internamente. A grande maioria das revisões publicadas acerca das intervenções ao nível da saúde mental de refugiados parte de um demarcado foco em trauma e PTSD.

Diferentes terapias psicológicas têm sido usadas no tratamento de PTSD na população em geral desde que esta perturbação foi incluída pela primeira vez no Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-III) (1980) da *American Psychiatric Association*. Algumas das intervenções psicológicas utilizadas no tratamento de PTSD, na população em geral, incluem Terapia Cognitivo-comportamental com Foco no Trauma (TF-CBT) (p.e Exposição Prolongada, Terapia de Processamento Cognitivo, Terapia de Exposição Narrativa (NET) e Terapia Cognitiva) e Dessensibilização e Reprocessamento do Movimento Ocular (EMDR).

Estes tipos de terapias, com grande enfoque na componente traumática, visam apoiar o doente na gestão das dificuldades após experiências condicionadoras de trauma, combinando terapia cognitiva e terapia comportamental, de forma a alterar os principais fatores que actuam na manutenção de PTSD, através da utilização de técnicas que frequentemente envolvem a exposição da pessoa à memória traumática. São exemplo,

a NET, na qual existe a exposição a memórias traumáticas, com o objectivo de proceder à sua reorganização numa narrativa cronológica coerente, ou o caso da EMDR, em que a pessoa é estimulada a concentrar-se em detalhes das memórias traumáticas durante um processo de estimulação ocular bilateral, com o objectivo de as reprocessar.

No entanto, apesar das guidelines do *American Psychological Association Guideline Development Panel* (81) recomendarem a utilização deste tipo de terapias no tratamento de PTSD, não tecem recomendações em relação a populações específicas.

Um artigo por M. Nosè, et al. (2017) (82) veio apresentar resultados que reforçavam que as intervenções eficazes no tratamento de PTSD na população em geral, poderão não necessariamente ser coincidentes com as intervenções mais apropriadas para o tratamento de PTSD em populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo.

De facto, existem diversas características, condicionantes e experiências que conferem particularidade e desafios adicionais aquando da intervenção junto de populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo, na medida em que experienciam não só vivências traumáticas, mas também adversidade prolongada no tempo, conjunto de factores este que lhes condiciona um singular grau de sofrimento.

Assim, têm surgido críticas ao modelo de investigação no qual a psicopatologia é vista meramente como uma reacção pós-traumática a uma experiência de trauma, uma vez que peca na falta de integração da componente prolongada e, muitas vezes, persistente, da adversidade da experiência dos refugiados, que os torna vulneráveis a múltiplas dimensões de psicopatologia além das exclusivamente associadas ao stress pós-traumático. Isto poderá, em última instância, significar que as melhores intervenções para refugiados poderão nem sequer ser totalmente coincidentes com as investigadas e indicadas para outras populações vítimas de trauma.

Para além destas preocupações, existe consenso de que os tratamentos a oferecer a estas populações deverão não só ser específicos, como inseridos num sistema de cuidados multifacetado e multidisciplinar, que atenda às suas diversas necessidades e problemas, não se podendo limitar este foco à PTSD.

Por fim, são enfrentadas outras dificuldades relatadas na literatura, como a possibilidade de refugiados se encontrarem demasiado vulneráveis para a participação

em projectos de investigação, preocupações éticas com a randomização dos indivíduos nestes estudos e, inclusivamente, receios de que potenciais achados negativos possam comprometer financiamento para projectos, estudos ou programas futuros. (83)

Embora reconhecendo essas preocupações, a avaliação de intervenções pragmáticas e adequadas é essencial para a disseminação e aplicação de métodos eficazes no tratamento destas populações, sendo a investigação científica fundamental para o cumprimento desse objectivo. Assim, vários estudos e revisões têm sido realizados ao longo dos últimos anos, que, apesar de muitas vezes carecerem de evidência fortemente suportada, permitem retirar várias ilações acerca de potenciais intervenções eficazes e benéficas.

#### **4.2. Tipos de Intervenções**

A saúde mental dos refugiados encontra-se, hoje, maioritariamente ao cargo de organizações humanitárias, que tendem a empregar programas de intervenção que abrangem uma variedade de componentes, baseadas nas necessidades comuns apresentadas por estas populações. Assim, estes tratamentos geralmente incluem factores sociais, como assistência no reassentamento (por exemplo, assistência com o status de residência, reunificação familiar, habitação, acesso a serviços sociais, encaminhamento para aulas do idioma anfitrião e apoio na procura por educação e emprego) e encaminhamento para atendimento médico (por exemplo, para clínicos gerais, psiquiatras, fisioterapeutas), além das intervenções psicoterapêuticas directas. (16)

Em relação às intervenções psicoterapêuticas actualmente empregues com populações de refugiados, de forma geral, os profissionais de saúde mental, para o tratamento de perturbações comuns como PTSD, depressão e ansiedade ou associações desses quadros, aplicam combinações flexíveis de acompanhamento psicológico e de psicoterapias, dando primazia a terapias cognitivas e comportamentais, muitas delas com foco no trauma, como ocorre no tratamento de PTSD na população em geral. Para o tratamento da depressão, têm vindo a ser gradualmente mais utilizadas com os refugiados terapias de activação. (84)

Ensaio clínico randomizado (RCTs) sugerem que intervenções psicossociais, ou seja, com integração das circunstâncias sociais, pensamentos, emoções e

comportamentos das pessoas, podem ser benéficas no tratamento de algumas perturbações mentais em refugiados.

Uma revisão e meta-análise por Nosè et al. (2017) (82) comparou grupos que realizaram tratamentos psicossociais com grupos controlo (em lista de espera para tratamento ou a receber tratamento usual), em refugiados adultos e requerentes de asilo em países desenvolvidos. Os autores encontraram benefícios significativos das terapias psicológicas na redução dos sintomas de PTSD.

Posteriormente, Turrini et al. (2019) (85), conduziram uma revisão sistemática e meta-análise de RCTs, sendo o RCT geralmente considerado o *gold standard* em investigação de resultados terapêuticos, proporcionando um risco reduzido de viés e superior evidência da eficácia de intervenções clínicas. (83) Este estudo visava, igualmente, avaliar a eficácia e aceitabilidade das intervenções psicossociais em refugiados ou requerentes de asilo, tendo reportado uma redução clinicamente significativa nos sintomas de PTSD, depressão e ansiedade e um efeito prolongado dessa redução verificado no follow-up (medido pelo menos um mês após o término da intervenção). Este achado é particularmente relevante para estas populações, pela sua contínua exposição a factores de stress, mesmo no pós-migração.

Apesar de todas estas intervenções serem actualmente postas em prática, existir alguma orientação para o seu fornecimento (por exemplo, nas diretrizes NICE do Reino Unido para PTSD) (86)) e demonstrarem algum benefício, existe ainda fraca evidência da sua eficácia, bem como escassez destas recomendações ou guidelines específicas para as populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo.

Posto isto, é ainda imperativa a realização de mais investigação, de forma a poder reunir níveis de evidência mais sólidos, que possam comprovar quais são, especificamente, as intervenções com maior adequação e eficácia no tratamento de perturbação mental nestas populações.

### **4.3. Principais Intervenções**

#### **4.3.1. Psicoterapia com Foco no Trauma**

As psicoterapias com foco no trauma (TFP) são a gama de terapias mais utilizada no tratamento de PTSD. No entanto, existe debate na literatura sobre se as intervenções deverão necessariamente ser focadas no trauma para reduzir os sintomas de PTSD. No caso dos refugiados, têm sido levantadas preocupações face à aplicação de técnicas de exposição, como reviver memórias de violência ou tortura, quando estas populações se encontram num estado prolongado de exposição a stress e adversidades, podendo estas práticas resultar em reacções emocionais ou psicológicas adversas. No entanto, tendo por base os estudos existentes, terapias de exposição não parecem levar a agravamento da sintomatologia, nem são reportadas taxas de abandono da terapêutica superiores a outras intervenções. (16)

Nickerson et al (2011) (16), realizaram uma revisão sistemática, comparando intervenções focadas no trauma versus intervenções multimodais, ou seja, intervenções que abordam também aspectos sociais e globais, como o funcionamento psicológico, a adaptação cultural e social e a saúde física, no tratamento de PTSD. Foram encontrados resultados superiores na melhoria dos sintomas na utilização de abordagens focadas no trauma do que em intervenções multimodais, mesmo que mais prolongadas. No entanto, é possível que, enquanto as abordagens focadas no trauma possam abordar os sintomas de PTSD de forma mais eficaz, as abordagens multimodais possam aliviar outros problemas de saúde mental vivenciados no contexto de factores de stress contínuos.

Apesar do foco em PTSD, este estudo demonstrou também que a terapia focada no trauma foi eficaz não só na diminuição de sintomas de PTSD, mas também na diminuição de sintomas de depressão, ansiedade e mesmo de doença física.

Mais recentemente, Lambert & Alhassoon (2015) (87) conduziram uma meta-análise de 12 RCTs, sobre 13 intervenções com foco no trauma, em refugiados, incluindo EMDR, CBT e NET, confirmando o efeito positivo destas intervenções na redução de sintomas de PTSD e depressão, em comparação com grupos controlo. A redução dos sintomas de PTSD foi maior quando os participantes compareceram a um maior número médio de sessões. Este achado é consistente com estudos anteriores, que mostraram que a maioria dos participantes tende a melhorar após cerca de 12 sessões. (88)

Este estudo reportou, ainda, não existirem diferenças significativas entre os resultados de intervenções realizadas com o auxílio de um intérprete e sem o mesmo. Estes resultados são extremamente importantes, visto que sugerem que a terapia com foco no trauma com a utilização de intérpretes pode ser eficaz, sendo que esta necessidade de utilização de tradução é extremamente frequente nos contextos de intervenção junto de populações de refugiados.

Em ambas revisões, resultados da meta-análise fornecem evidência de que o sofrimento psicológico dos refugiados pode ser tratado de forma eficaz com os modelos existentes de terapia focada no trauma. No entanto, não é, ainda, possível concluir de forma clara qual o seu nível de eficácia em comparação com outras intervenções, sendo necessários estudos que comparem diretamente os modelos de tratamento existentes.

#### **4.3.2. Terapia Cognitivo-comportamental (CBT)**

A CBT tem por base o princípio de que os problemas psicológicos são provocados, em parte, por formas negativas e pejorativas de pensar e de agir, pelo que consiste na criação de melhores formas de lidar com estes problemas. Normalmente, as sessões de terapia envolvem esforços para modificar padrões de pensamento, através de contextualização dos problemas com a realidade; da compreensão dos comportamentos e motivações dos outros e da aprendizagem de técnicas de resolução de problemas; e na mudança comportamental, por via de estratégias como enfrentar medos, utilizar role-playing para preparação de interações potencialmente problemáticas com outros, ou a aprendizagem de técnicas relaxamento corporal e psicológico. Os pacientes são, assim, incentivados a desenvolver autonomia no controlo das suas perturbações. (89)

A CBT é, actualmente, a forma de psicoterapia mais estudada e com maior suporte empírico para uma variedade de condições psiquiátricas, sendo utilizada no tratamento de PTSD, depressão e ansiedade, na população em geral.

No entanto, actualmente, este tipo de terapia vê a evidência para a sua aplicabilidade em populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo muito limitada, existindo variados estudos que reportam eficácias contrárias. Enquanto as revisões sistemáticas por N. Crumlish & K. O'Rourke (2010) (14), K. Murray et al. (2010) (15), A. Nickerson et al. (2011) (16) e Turrini et al. (2019) (85) reportam evidência para a utilização de CBT nestas populações, as revisões sistemáticas de M. Nosè et al. (2017) (82), C. Thompson et al. (2018) (83) e R. Tribe et al. (2019) (18) não encontraram

evidência para a aplicabilidade desta terapia.

No entanto, existem resultados sugestivos de que intervenções de CBT com específicas nuances, nomeadamente CBT com foco no trauma (TF-CBT) e CBT culturalmente adaptada (*Culturally-sensitive CBT*) poderão ser benéficas.

A CBT com foco no trauma foi originalmente desenvolvida para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, sendo actualmente aplicada com crianças, adolescentes e adultos. Esta intervenção aborda problemas cognitivos, comportamentais, somáticos e relacionais, especificamente associados ao trauma, fomentando componentes como o relacionamento da pessoa com a narrativa da exposição traumática e a educação sobre o trauma. (90)

A revisão por Palic & Elklit (2011) (17) reportou eficácia de CBT culturalmente sensível na redução de sintomas de PTSD, em refugiados do sudeste asiático. Também a revisão por R. Tribe et al. (2019) (18), reportou os resultados positivos de 3 RCTs com a aplicação deste tipo de CBT nessa população, nomeadamente com a incorporação de práticas de mindfulness e a utilização de referências budistas, tendo existido uma significativa melhoria de sintomas de PTSD e ansiedade.

#### **4.3.3. Terapia de Exposição Narrativa (NET)**

A NET é um tipo de terapia de exposição, que foi especificamente projectada para populações afetadas por guerra e conflito. Este tratamento é baseado na psicoterapia testemunhal, inicialmente desenvolvida por Cienfuegos & Monelli (1983) (91) e aplicada com sobreviventes da guerra do Chile. A abordagem NET envolve o relato da história de vida do doente, com foco particular nas experiências traumáticas que despoletaram a sintomatologia de PTSD e permite que os variados eventos traumáticos sejam discutidos, bem como integrados na história de vida da pessoa. Vários autores defendem o benefício desta técnica na gestão do trauma, na medida em que esta intervenção facilita a habituação, o processamento emocional e a construção de uma narrativa de vida coerente.

Nesta técnica, o terapeuta regista a história de vida do doente por escrito, relendo-a depois ao doente enquanto ambos realizam modificações do relato em conjunto, até que uma narrativa de vida vista como coesa e adequada seja obtida. No final do tratamento, o paciente recebe um registo escrito da narrativa e, comumente, se o paciente assim



o desejar, uma cópia da mesma é enviada a uma organização de direitos humanos, de modo a contribuir para a partilha da sua experiência e para a advocacia dos direitos de pessoas em situações idênticas. (92)

Em 2010, Crumlish & O'Rourke (14) realizaram uma revisão qualitativa pioneira de 10 RCTs acerca de tratamentos para PTSD entre refugiados e requerentes de asilo, tendo encontrado evidências para CBT e NET e descrevendo a última como a modalidade com maior evidência. Esta conclusão foi semelhante à apresentada por Robjant & Fazel (2010) (93) e Gwozdziwycz & Mehl-Madrona (2013) (94). No entanto, estes autores consideraram que nenhum tratamento para PTSD em refugiados e requerentes de asilo apresentava uma forte base de evidência.

As revisões mais recentes, Nosè et al. (2017) (82), C. Thompson et al. (2018) (83) e R. Tribe et al. (2019) (18) sugerem evidência para a utilização de NET, com excepção de Turrini et al. (2019) (85), cuja revisão não reportou efeito benéfico considerável na melhoria dos sintomas de PTSD e depressão após a intervenção.

Os autores desta última revisão, por forma a apresentar hipóteses acerca do motivo para os seus resultados serem contrários às restantes revisões, sugeriram que a falta de evidência demonstrada pela NET se poderia dever ao facto de vários estudos terem comparado a sua eficácia em relação a um placebo psicológico, ao invés de grupos controlo em lista de espera ou a não realizar qualquer tratamento. Segundo os autores, apesar de o placebo psicológico ser teoricamente inactivo, poderá resultar numa influência benéfica devido a outros aspectos, como por exemplo o estabelecimento de uma relação de apoio e confiança com o terapeuta, que poderão também contribuir para uma relativa melhoria da sintomatologia. Esta explicação reforça a hipótese discutida por B. Wampold (2015) (95) de que poderá existir uma base de factores comuns, como a relação com o profissional, a aliança terapêutica, etc., que confirmam algum grau de eficácia e benefício a praticamente qualquer intervenção psicossocial.

#### **4.3.4. Dessensibilização e Reprocessamento do Movimento Ocular (EMDR)**

A EMDR é uma forma de psicoterapia que foi desenvolvida no final da década de 1980, no contexto do tratamento de PTSD em veteranos da guerra do Vietname. (96) Esta técnica baseou-se na observação de que a intensidade das memórias traumáticas pode ser reduzida por meio de movimentos oculares. Enquanto o doente se concentra na memória ou pensamento traumático, por meio de imagens, memórias, emoções ou

pensamentos, é, simultaneamente, instruído a mover os olhos para frente e para trás, seguindo os movimentos do dedo do terapeuta. Este exercício de concentração associado a um estímulo sensorial divergente tem como objectivo remover gradualmente o impacto das emoções causadas pelas memórias traumáticas, facilitando o seu reprocessamento, o que resulta numa redução dos sintomas. (97)

Em relação ao mecanismo sob o qual esta terapia se tem mostrado eficaz, alguns autores colocam a hipótese de que é o estado de relaxamento experienciado perante estímulo, que ocorre durante as sessões terapêuticas, na ausência de perigo, que condiciona alterações mentais e fisiológicas positivas, enquanto outros argumentam que as imagens traumáticas utilizadas como forma de estímulo se tornam menos vívidas e emocionais, ocorrendo uma dessensibilização. Outros defendem que os movimentos oculares não têm uma contribuição específica para a melhoria dos doentes (98), no entanto, existe também uma revisão e meta-análise, por Lee & Cuijpers (2013) (99), que veio reforçar a importância dos movimentos oculares nesta intervenção.

No geral, a evidência de EMDR em populações de refugiados permanece, de momento, limitada, com resultados referentes à sua eficácia contraditórios e inconclusivos. Nas revisões mais recentes é reportada a evidência de eficácia de EMDR por C. Thompson et al. (2018) (83), P. Coventry et al. (2020) (100) e a ausência da mesma por R. Tribe et al. (2019) (18). A revisão por Turrini et al. (2019) (85) relatou apenas eficácia desta intervenção na sintomatologia depressiva.

#### **4.3.5. Intervenções Farmacológicas**

A grande maioria das revisões que avaliaram intervenções para populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo incidiram sobre opções de tratamento psicológicas ou psicossociais, existindo escassez de pesquisa acerca de opções psicofarmacológicas para populações de refugiados.

A investigação sobre a eficácia da farmacologia nestas populações enfrenta algumas dificuldades. Além dos fatores psicossociais e das características do trauma que afectam e diferenciam as perturbações de cada refugiado de forma individual, estudos encontraram diferenças biológicas na farmacogenética de pacientes do Médio Oriente e da Ásia, quando comparados com pacientes originários de países ocidentais. Para além desta variabilidade, existe também alguma evidência de que factores dietéticos podem influenciar significativamente a metabolização de fármacos. (101)(102) Estes factores

poderão potencialmente afectar as doses e a eficácia da medicação, pelo que não será recomendável que as praticas actuais se restrinjam à administração de dosagens padrão.

Correntemente, é aplicada junto de populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo a mesma gama de fármacos psicotrópicos usados na prática psiquiátrica de rotina, com ajuste da dosagem de acordo com as considerações etno-farmacológicas. Em geral, para quadros de perturbação depressiva major, PTSD e perturbação de ansiedade, os medicamentos mais comumente usados são os antidepressivos e, quando disponíveis, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina. Estes fármacos são recomendados nas *guidelines WHO's Mental Health Gap Action Programme Guidelines (mhGAP)*, da Organização Mundial de Saúde. (103)

Em relação a fármacos antipsicóticos nos países em desenvolvimento, os antipsicóticos de primeira geração, como o haloperidol e a clorpromazina, são geralmente os únicos disponíveis para o tratamento de doença psicótica, embora os antipsicóticos de segunda geração, como a clozapina ou a risperidona, estejam gradualmente mais amplamente disponíveis.

Importa referir que, nestes contextos, o próprio fornecimento contínuo dos fármacos necessários se afigura um desafio, bem como a existência de recursos para a realização de capacitação de enfermeiros ou outros profissionais de saúde comunitários que realizem o controlo e administração dos mesmos.

C. Sonne et al. (2017) (104), realizaram uma das poucas revisões sistemáticas de estudos publicados acerca do tratamento farmacológico de PTSD e depressão em populações de refugiados, sendo que a maioria dos estudos se debruçou sobre o uso de antidepressivos. Esta revisão reportou que nenhum tratamento farmacológico específico para refugiados com PTSD, depressão ou ambas em comorbidade pode ser recomendado com base na literatura disponível.

#### **4.3.6. Socioterapia Baseada na Comunidade (CBS)**

A Socioterapia é um método terapêutico que foi inicialmente desenvolvido após o genocídio de Ruanda, tendo demonstrado comprovado benefício para a saúde mental de populações expostas a trauma e sendo, actualmente, também aplicado em

populações de refugiados.

A Organização Mundial da Saúde descreve a Socioterapia Baseada na Comunidade (CBS) como uma abordagem que utiliza “as interações entre os indivíduos e o seu ambiente social, para facilitar o restabelecimento de valores, normas e relacionamentos e, ao mesmo tempo, fornecer a oportunidade para debate, partilha de experiências e mecanismos de *coping*.” A CBS é geralmente realizada em quinze sessões semanais de grupo, de 3 horas de duração. As sessões exploram seis fases: segurança, confiança, cuidado, respeito, novas orientações de vida e memória. O espaço social do grupo é regido por princípios fundamentais, incluindo democracia, igualdade e confidencialidade. (105)

Os grupos compartilham e discutem problemas diários, como disputas interpessoais, sentimentos de marginalização e estratégias para lidar com problemas como a violência de gênero e a pobreza ao nível da comunidade. Facilitadores treinados criam um ambiente terapêutico seguro que nutra confiança, cuidado e respeito por toda a comunidade. Estes programas têm como finalidade incentivar a reimplantação de redes sociais e de apoio com os pares, bem como o incentivar de processos de autoajuda, fomentando sentimentos de conexão e pertença. Esta intervenção poderá promover resultados benéficos que perduram além da duração do programa.

#### **4.3.7. Intervenções Familiares**

São também, actualmente, colocadas em prática intervenções familiares, nas quais várias famílias compartilham experiências relacionadas com o stress traumático e a adversidade continuada. O objetivo passa por reduzir o isolamento e fomentar conexões de apoio, através de experiências compartilhadas, solidariedade e empatia. Achados preliminares indicam que estes métodos têm eficácia na melhoria da autoconfiança, na diminuição do isolamento social e, inclusivamente, no aumento do acesso a serviços de saúde mental. (106)

#### **4.3.8. Terapias de Expressão e Criatividade**

Existem já alguns estudos que sugerem que programas baseados em artes e terapias expressivas e criativas, envolvendo actividades como ouvir música, desenhar, brincar, mostram um aumento na acessibilidade e uma redução do estigma social entre crianças refugiadas.

Também escrita criativa, a dança e o teatro são terapias alternativas presentemente utilizadas em crianças e adultos no tratamento de PTSD. (90)(107)(108)(109)(110)

#### **4.4. Aplicabilidade**

Dadas as prementes necessidades de cuidados em saúde mental destas populações e tendo por base os dados existentes acerca da eficácia de diferentes intervenções psicossociais, estas formas de intervenção deverão, idealmente, ser disponibilizadas rotineiramente, ao nível de serviços de cuidados de saúde primários para adultos e crianças refugiados, requerentes de asilo e deslocados internos, mesmo nos países subdesenvolvidos.

De modo a facilitar a disponibilidade e empregabilidade de tais serviços, têm vindo a ser consideradas alternativas deste tipo de tratamentos psicossociais que sejam mais curtas, básicas e viáveis e permitam não só uma implementação relativamente fácil e rápida, mas também sustentabilidade a longo prazo.

A Organização Mundial de Saúde está actualmente a liderar a promoção de intervenções neste tipo de formato, em locais com escassez de recursos de saúde mental, através do programa *Problem Management Plus* (PM+). A OMS designa este programa como “intervenções de leve intensidade para adultos condicionados por sofrimento psicológico em comunidades expostas a adversidades”.

O PM+ consiste numa intervenção terapêutica breve e multidisciplinar, mas que mantém como base princípios e estratégias da terapia cognitivo-comportamental. É geralmente composto por cinco sessões individuais de 90 minutos e visa apoiar a capacidade de gestão do próprio sofrimento emocional, por meio de implementação de mudanças comportamentais, de técnicas de gestão de stress, de redução de respostas fisiológicas a estímulos que confirmam perturbação, de técnicas de resolução de problemas e de reacção à adversidade, da prevenção de recaídas e de uma melhoria do suporte social.

É o programa com melhor base de evidência até o momento, com eficácia comprovada na redução problemas de saúde mental comuns em países em desenvolvimento como o Quénia (111) e o Paquistão (112), quando comparada a grupos

controle, sendo recomendadas nas diretrizes da OMS.

Uma vez que uma das grandes vantagens deste programa é a possibilidade da sua realização tanto por profissionais de saúde especializados, como não especializados, foram também realizados estudos que demonstram a eficácia de abordagens com sistemas de delegação e troca de tarefas e com a utilização de profissionais de saúde locais não especializados. (113)

Em países em desenvolvimento ou outros locais com recursos limitados, este formato de implementação de psicoterapias apresenta a vantagem de poder ser adaptados às culturas locais, permitir a rápida capacitação de pessoal e a partilha de tarefas com trabalhadores menos especializados e uma implementação de intervenções eficaz, mas também sustentável ao longo do tempo. Devido à sua natureza de duração diminuída e baixo custo, permite promover a sua disseminação e integração em instalações ou locais de saúde pública e comunitária de rotina. Esta possibilidade é crucial nestes contextos onde há uma grave falta de especialistas em saúde mental. Alguns autores reportam que este tipo de tratamentos curtos, colaborativos e multidisciplinares poderão ser até mais apropriados do que a terapia individual conduzida por profissionais de saúde mental especializados. (84)

## Discussão

Esta revisão permite o destaque de vários pontos fundamentais para a compreensão dos principais desafios enfrentados na área da saúde mental actualmente em populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo.

No que concerne a epidemiologia de doença mental, a literatura demonstra de forma relativamente consensual que a prevalência de doença mental nestas populações é, em média, substancialmente superior à encontrada em populações normais, tanto de doenças psiquiátricas comuns, como PTSD, depressão e ansiedade, como das mais infrequentes, como doença psicótica.

Para a compreensão dos factores condicionantes dessas taxas de perturbação mental, é fundamental ter presente que o trauma experienciado por refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo é diferente em carácter, gravidade e duração do que aquele observado noutras populações, levando à expressão de psicopatologia de longo prazo, bem como a uma alta comorbidade de perturbações mentais, especialmente perturbação de stress-pós traumático e depressão.

Apesar da exposição a um maior número de experiências traumáticas ser comprovadamente o maior factor preditivo de doença mental nestas populações, esta revisão demonstra que a psicopatologia dos refugiados não é apenas uma consequência pós-traumática inevitável à exposição a guerra e violência, mas que reflecte também os factores contextuais adversos a que estas pessoas são sujeitas aquando do reassentamento no novo local, factores estes que podem ser significativamente optimizados, por meio de um apoio adequado por parte das agências e governos competentes.

A multiplicidade de factores que têm de ser tidos em consideração aquando da realização de investigação nesta área é enormíssima, o que, fundamentalmente, constitui um dos maiores obstáculos presentes na literatura à data. As amostras estudadas são frequentemente muito heterogéneas, sendo difícil considerar não só diferenças sociodemográficas, como sexo, idade, país de origem, mas também o carácter e gravidade das experiências traumáticas, que poderão ser muito variadas. Acrescenta-se ainda o impacto das diferentes adversidades enfrentadas no novo país, que poderão estender-se a inúmeros domínios, nomeadamente social, económico, pessoal, familiar, entre outros.

Esta revisão permitiu enfatizar que, por esse mesmo motivo, existe um número reduzido de estudos considerados de alta qualidade nesta área de investigação, o que, em última instância, constitui um obstáculo ao fornecimento de cuidados de saúde mental adequados a estas populações.

De modo a poder providenciar os cuidados de saúde necessários é primeiramente necessário determinar estimativas de prevalência mais precisas, pelo que existe a necessidade urgente da criação de estudos de maiores dimensões, que incorporem metodologias rigorosas, randomização das amostras e detalhadas descrições das características das mesmas, tendo em conta vários dos factores de heterogeneidade suprarreferidos.

É também essencial a utilização de métodos de avaliação e diagnóstico bem definidos. Nesse sentido, também é necessário reconhecer que o uso predominante de escalas psiquiátricas desenvolvidas no contexto da cultura ocidental permanece um entrave à obtenção de resultados mais fidedignos. Estas escalas poderão dificultar o entendimento dos profissionais acerca das reações emocionais ao trauma de populações que não sejam ocidentais, uma vez que os próprios conceitos de trauma e de perturbação psicológica podem diferir entre os dois ou poderão ser distintos do que é conceptualizado nos sistemas de classificação psiquiátrica correntes. Torna-se imperativo desenvolver metodologias culturalmente sensíveis ou culturalmente validadas.

Relativamente às intervenções médicas psicológicas e psicossociais aplicadas na promoção da saúde mental em populações de refugiados, deslocados internos e requerentes de asilo, a literatura sugere falta de evidência sólida a favor de qualquer tratamento específico. No entanto, existe alguma evidência do benefício de psicoterapias focadas no trauma, de terapias psicossociais, integradoras das restantes dimensões sociais da pessoa, e de terapias cognitivas e comportamentais.

Existem relatos contrários sobre a eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental *standard*, existindo alguns estudos a favor da sua utilização, quando empregue com um carácter mais focado no trauma ou mais culturalmente sensível. Também a Terapia de Exposição Narrativa (NET) e a Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento Ocular (EMDR) não reúnem o consenso da literatura, não apresentando base sólida de evidência. É recomendado o uso de formatos de psicoterapia curtos, não especializados e de fácil implementação, em países com baixos recursos económicos e



de saúde, do qual o mais aceite actualmente é o PM+ promovido pela OMS.

São necessários novos estudos que comparem a eficácia destas intervenções tanto a grupos controlo, como entre si, e estudos longitudinais, que investiguem efeitos das intervenções a longo prazo, de forma a esclarecer a sua eficácia e sustentabilidade.

Estudos futuros deverão também avaliar um maior conjunto de perturbações mentais, bem como intervenções fora do contexto de RCTs, de modo a permitir uma aproximação a intervenções multimodais e multidisciplinares, que espelhem de forma mais fidedigna as condições reais e as práticas empíricas que são utilizadas no contexto do acompanhamento da saúde mental de refugiados. Estas considerações são particularmente importantes nestas populações, visto que existe uma marcada diferença entre um contexto de investigação e ambientes reais, como, por exemplo, campos de refugiados.

Esta revisão permite sublinhar a importância de cuidados de saúde mental não só precoces, mas também contínuos, que deverão estender-se além do período de reassentamento inicial.

Idealmente, uma ampla gama de programas deverá ser fornecida, incluindo intervenções psicoterapêuticas, sociais, serviços genéricos de saúde mental, reabilitação e programas especiais para grupos vulneráveis. As intervenções devem concentrar-se em fornecer ambientes de apoio que permitam aos refugiados restaurar a sua base de recursos tanto materiais, como pessoais, familiares e sociais.

Os objectivos primordiais para desenvolvimentos futuros deverão ser a sustentabilidade dos serviços, a garantia das melhores práticas, a execução de abordagens baseadas em evidência e a promoção de equidade no acesso a estes serviços de saúde.

Frequentemente, os refugiados enfrentam obstáculos significativos no acesso a cuidados de saúde mental adequados, quer seja devido a barreiras culturais e de idioma, a restrições legais e políticas, ou a eventuais atitudes ou posicionamentos dos serviços locais, o que os poderá impedir de desfrutar dos mesmos cuidados oferecidos à população local. (114) É, conseqüentemente, fundamental estabelecer com evidência se os refugiados poderão beneficiar de intervenções estabelecidas, de modo a ser possível defender e advogar por esses devidos cuidados.

Esta revisão resume a existência de alguma base de eficácia para certas intervenções médicas, psicológicas e psicossociais em refugiados e essa evidência deverá ser usada para informar decisões na prática clínica e na formulação de novas políticas. É essencial o desenvolvimento de diretrizes e programas específicos e baseados na evidência científica, sendo que estes deverão ser, indispensavelmente, passíveis de ser aplicados por diferentes organizações sociais e de saúde.

No entanto, existem inúmeras barreiras que inibem a incorporação de evidência de investigação na formulação de políticas, especialmente em locais com poucos recursos. É sabido que a provisão destas intervenções requer recursos não só para a organização e o fornecimento dos tratamentos, mas também para a formação de equipas capacitadas para realizar a sua aplicação e supervisão, sendo que, para este fim, é necessário, também, o desenvolvimento e apresentação de informação sobre o custo de implementação, acompanhamento e disseminação destas intervenções.

Para além disto, existe indicação de que poderá ser benéfico para os investigadores envolver organizações governamentais, ou outras, no processo de investigação, se tal se conceber apropriado e ético, uma vez que estudos sobre serviços de saúde indicam que a interacção entre investigadores e as entidades formuladoras de políticas aumenta a probabilidade de resultados de investigação científica serem utilizados para informar tomadas de decisão. (115)

Importa reforçar que fornecer cuidados de saúde mental adequados, precoces e contínuos a refugiados beneficia não apenas o indivíduo, mas também a nação anfitriã, uma vez que uma reintegração bem-sucedida tem comprovados benefícios a longo prazo para o capital social e económico desse país, tendo provável impacto não apenas na geração deslocada, mas também na geração seguinte.

Por fim, é fundamental recordar que esta revisão destacou ainda situações de especial vulnerabilidade de subgrupos populacionais, como mulheres, idosos e menores desacompanhadas, mas também os próprios deslocados internos e requerentes de asilo, que ainda não beneficiam da mesma protecção social e legal que aqueles sob a condição de refugiado e que, nesse sentido, precisam de renovada atenção por parte de investigadores e profissionais de saúde, que devem sempre primar por oferecer cuidados que contribuam não só para o bem-estar físico, psicossocial e emocional destas pessoas, mas também para o seu sentido de autonomia, dignidade, pertença e renovada crença na humanidade.

## **Conclusão**

Esta revisão permite o destaque de vários pontos primordiais para a compreensão dos principais desafios enfrentados na área da saúde mental de populações de refugiados, deslocados internos ou requerentes de asilo. São estes a elevada prevalência de diferentes tipos de perturbações mentais, a grande heterogeneidade inerente às características e experiências com impacto psicológico dos grupos de refugiados que compõem as amostras estudadas, a dificuldade na realização de investigação que siga metodologias rigorosas e que gere um forte nível de evidência, a falta de métodos de diagnóstico que garantam uma avaliação fidedigna e com adequação cultural e a falta de níveis de evidência elevados para a aplicabilidade de qualquer forma específica de intervenção no tratamento de doença mental nestas populações.

Este artigo evidencia a importância de não cingir a abordagem à saúde mental destas populações à experiência pré-migração, ao trauma e ao stress pós-traumático. Apesar de dominar largamente a investigação nesta área, a PTSD partilha a prevalência com outras patologias psiquiátricas e também condiciona comorbidade. Para além disto, é fundamental reconhecer que os factores adversos sociais e económicos enfrentados após o deslocamento e durante o reassentamento são de igual forma agravantes de doença mental e são mantidos durante longo-prazo.

Em relação a intervenções terapêuticas, esta revisão concluiu que existe evidência tanto para abordagens psicoterapêuticas com foco no trauma, como para abordagens psicossociais que integrem a dimensão social da vida do doente e que tenham por base princípios de terapia cognitiva e comportamental. Existe evidência para a utilização de formatos de psicoterapia curtos, não especializados e de fácil implementação em países com baixos recursos económicos e de saúde.

De um modo geral, é deveras reforçada a necessidade de investigação futura, com metodologias mais consistentes e rigorosas, que esclareçam a prevalência de doença mental em refugiados e os factores a ela associados, que comparem diferentes intervenções terapêuticas e que permitam a criação de directrizes padronizadas e com evidência comprovada, de forma a permitir um correcto diagnóstico e um eficaz tratamento com base em intervenções com demonstrado benefício.

## Referências

1. UNHCR. Trends at a glance: Global trends forced displacement in 2019. UNHCR UN Refug Agency [Internet]. 2020;1–84. Available from: <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>
2. Góis P, Quartilho M. *Psiquiatria Social e Cultural*. In: Quartilho M, editor. *Psiquiatria Social e Cultural*. 1st ed. Coimbra: Coimbra University Press; 2020. p. 479–97.
3. Willard CL, Rabin M, Lawless M. The Prevalence of Torture and Associated Symptoms in United States Iraqi Refugees. *J Immigr Minor Heal*. 2014;16(6):1069–76.
4. Ehntholt KA, Yule W. Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma [Internet]. Vol. 47, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. *J Child Psychol Psychiatry*; 2006 [cited 2021 Mar 30]. p. 1197–210. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17176375/>
5. Denise G, Corina SG, Daniel M, Conrad F, Marcel T, Weiss MG, et al. Impact of organized violence on illness experience of Turkish/Kurdish and Bosnian migrant patients in primary care. *J Travel Med*. 2002;9(5):236–43.
6. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement of refugees and internally displaced persons. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2005;294(5):610–2. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=201335>
7. Kaplan I. *Rebuilding Shattered Lives Integrated Trauma Recovery for People of Refugee Background*. Second Edi. 1996.
8. Burnett A, Thompson K. Enhancing the psychosocial wellbeing of asylum seekers and refugees. In: Barrett KH, George WH, editors. *Race, Culture, Psychology & Law*. CA: Thousand Oaks; 2005. p. 205–24.
9. 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.
10. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2009;302(5):537–49.
11. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring trauma and health status in refugees: A critical review [Internet]. Vol. 288, *Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2002 [cited

- 2021 Mar 31]. p. 611–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12150673/>
12. Ahearn F. *The Psychosocial Wellness Of Refugees: Issues In Qualitative And Quantitative Research*. New York: Berghahn Books; 2000.
  13. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2015;15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
  14. Crumlish N, O'Rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers [Internet]. Vol. 198, *Journal of Nervous and Mental Disease*. *J Nerv Ment Dis*; 2010 [cited 2021 Mar 31]. p. 237–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20386252/>
  15. Murray KE, Davidson GR, Schweitzer RD. Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations. Vol. 80, *American Journal of Orthopsychiatry*. 2010. p. 576–85.
  16. Nickerson A, Bryant RA, Silove D, Steel Z. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees [Internet]. Vol. 31, *Clinical Psychology Review*. *Clin Psychol Rev*; 2011 [cited 2021 Mar 31]. p. 399–417. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21112681/>
  17. Palic S, Elklit A. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique [Internet]. Vol. 131, *Journal of Affective Disorders*. *J Affect Disord*; 2011 [cited 2021 Mar 31]. p. 8–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20708804/>
  18. Tribe RH, Sendt KV, Tracy DK. A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *J Ment Heal*. 2019;28(6):662–76.
  19. Cummings C, Pacitto J, Lauro D, Foresti M. *Why People Move: Understanding the Drivers and Trends of Migration to Europe*. *Overseas Dev Inst* [Internet]. 2015;(December):1–47. Available from: [www.odi.org/twitter](http://www.odi.org/twitter)
  20. OIM. *Glossary on Migration No. 34*. *International Migr Law* [Internet]. 2019;234. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/01/iom.pdf>
  21. European Migration Network. *Asylum and Migration: Glossary 6.0*. Home Aff [Internet]. 2018;(May):459. Available from: [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european\\_migration\\_network/docs/interactive\\_glossary\\_6.0\\_final\\_version.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/docs/interactive_glossary_6.0_final_version.pdf)

22. Council HR. General Assembly. *Int Organ.* 1957;11(4):649–55.
23. Gatrell P. *The Question of Refugees: Past and Present. Origins.* 2017;10(7):1–17.
24. Hinnawi EE el-. *Environmental refugees.* Nairobi, Kenya: United Nations Environment Programme; 1985.
25. Borsch S, Sabraa T. *Refugees of the Black Death: Quantifying rural migration for plague and other environmental disasters.* *Ann Demogr Hist (Paris).* 2017;134(2):63.
26. Shelley L. *Human Trafficking: A Global Perspective.* Cambridge University Press; 2010.
27. Mree HJ, Sathi TITI, Sku X. *Three Years On: Rohingya Refugee Response Report 2020 - Bangladesh.* UN Women [Internet]. 2020; Available from: <https://reliefweb.int/report/bangladesh/three-years-rohingya-refugee-response-report-2020>
28. UN High Commissioner for Refugees. *Guidelines on International Protection No. 9: Claims to Refugee Status based on Sexual Orientation and/or Gender Identity within the context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees.* In 2012. Available from: <https://www.refworld.org/docid/50348afc2.html>
29. Freedman J, Freedman J. *Gender-Related Persecutions: Why Do Women Flee?* In: *Gendering the International Asylum and Refugee Debate* [Internet]. Palgrave Macmillan UK; 2015 [cited 2021 Mar 31]. p. 45–68. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137456236\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137456236_3)
30. Baldinger D. *The 1951 Convention Relating to the Status of Refugees (rc) and the 1967 Protocol (rp) Relating to the Status of Refugees.* *Vert Judic Dialogues Asylum Cases.* 2015;17–65.
31. *Database - Asylum and Managed Migration - Eurostat* [Internet]. [cited 2021 Mar 27]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/asylum-and-managed-migration/data/database>
32. Ezard N. *Substance use among populations displaced by conflict: A literature review.* *Disasters.* 2012;36(3):533–57.
33. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. *Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.* *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;109(420):21–7.
34. Wittchen HU, Jacobi F. *Size and burden of mental disorders in Europe - A critical review and appraisal of 27 studies.* *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):357–76.

35. Mollica RF, Sarajlić N, Chernoff M, Lavelle J, Vuković IS, Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2001 Aug 1 [cited 2021 Mar 29];286(5):546–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11476656/>
36. Roth G, Ekblad S, Ågren H. A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2006 Apr [cited 2021 Mar 29];21(3):152–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16529915/>
37. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2005 Aug 3 [cited 2021 Mar 29];294(5):571–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16077051/>
38. 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.
39. Silove D, Steel Z, Bauman A, Chey T, McFarlane A. Trauma, PTSD and the longer-term mental health burden amongst Vietnamese refugees: A comparison with the Australian-born population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2007 Jul [cited 2021 Mar 29];42(6):467–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17450451/>
40. 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(SEP).
41. Dapunt J, Kluge U, Heinz A. Risk of psychosis in refugees: a literature review [Internet]. Vol. 7, *Translational psychiatry*. Nature Publishing Group; 2017 [cited 2021 Mar 31]. p. e1149. Available from: [www.nature.com/tp](http://www.nature.com/tp)
42. 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* [Internet]. 2020;17(9):1–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
43. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys [Internet]. Vol. 47, *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 2017 [cited 2021 Mar 31]. p. 2260–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28385165/>
44. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar

- 31];18(1):23–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19378696/>
45. Haschke P. The Political Terror Scale (PTS) Codebook. 2020;9.
  46. Mollica RF, Wyshak G, de Marneffe D, Khuon F, Lavelle J. Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1987 [cited 2021 Mar 29];144(4):497–500. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3565621/>
  47. R F Mollica 1, Y Caspi-Yavin, P Bollini, T Truong, S Tor JL. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees - PubMed [Internet]. 1992 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1737972/>
  48. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2019;28(10):1295–310. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
  49. Shoeb M, Weinstein H, Mollica R. The Harvard trauma questionnaire: Adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2007 Sep [cited 2021 Mar 31];53(5):447–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18018666/>
  50. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5—Research Version (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5-RV). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2015.
  51. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1998 [cited 2021 Mar 29]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881538/>
  52. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2021 Mar 29];30(3):383–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28493729/>
  53. Kessler RC, Üstün BB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) [Internet]. Vol. 13, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. Int J Methods Psychiatr Res; 2004 [cited 2021 Mar 29]. p. 93–117.



Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15297906/>

54. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
55. Americans N, Article S, Haghiri H, Mokhber N, Azarpazhooh MR, Haghghi MB, et al. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. IACAPAP E-textbook child Adolesc Ment Heal. 2013;55(1993):135–9.
56. Summerfield D. Afterword: Against “global mental health.” *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2012 Jul 24 [cited 2021 Mar 29];49(4):519–30. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363461512454701>
57. Johnson H, Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review [Internet]. Vol. 28, *Clinical Psychology Review*. *Clin Psychol Rev*; 2008 [cited 2021 Mar 29]. p. 36–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17383783/>
58. Tekin A, Karadağ H, Süleymanoğlu M, Tekin M, Kayran Y, Alpak G, et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among iraqi yazidis displaced into Turkey. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2016 Feb 12 [cited 2021 Mar 30];7. Available from: </pmc/articles/PMC4756623/>
59. Perera S, Gavian M, Frazier P, Johnson D, Spring M, Westermeyer J, et al. A Longitudinal Study of Demographic Factors Associated With Stressors and Symptoms in African Refugees. *Am J Orthopsychiatry*. 2013;83(4):472–82.
60. D’Avanzo CE, Barab SA. Depression and anxiety among cambodian refugee women in france and the united states. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 1998 [cited 2021 Mar 29];19(6):541–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9883130/>
61. Toar M, O’Brien KK, Fahey T. Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: An observational study. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 Dec 30 [cited 2021 Mar 31];9(1):214. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-214>
62. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review [Internet]. Vol. 177, *British Journal of Psychiatry*. *Br J Psychiatry*; 2000 [cited 2021 Mar 31]. p. 486–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11102321/>
63. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature [Internet]. Vol. 51, *Canadian*

- Journal of Psychiatry. Canadian Psychiatric Association; 2006 [cited 2021 Mar 31]. p. 100–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16989109/>
64. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1995 [cited 2021 Mar 31];52(12):1048–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7492257/>
  65. Christiansen DM, Hansen M. Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2015 Feb 25 [cited 2021 Mar 31];6:1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604705/>
  66. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull* [Internet]. 2006 Nov [cited 2021 Mar 31];132(6):959–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17073529/>
  67. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 31];6. Available from: </pmc/articles/PMC4012695/>
  68. Sidebotham E, Moffatt J, Jones K. Sexual violence in conflict: a global epidemic. *Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2021 Mar 31];18(4):247–50. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/tog.12314>
  69. Ditlevsen DN, Elklit A. Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2012 Oct 29 [cited 2021 Mar 31];11(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23107002/>
  70. World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.
  71. Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H, Fayyad JA, Karam AN, Nasser SC, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War. Murthy RS, editor. *PLoS Med* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2021 Mar 31];5(4):e61. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0050061>
  72. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, et al. Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *J Trauma Stress* [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 Mar 31];25(6):682–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23225034/>

73. Fazel M, Betancourt TS. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings [Internet]. Vol. 2, *The Lancet Child and Adolescent Health*. Elsevier B.V.; 2018 [cited 2021 Mar 31]. p. 121. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30169234/>
74. Reed R V., Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors [Internet]. Vol. 379, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2012 [cited 2021 Mar 31]. p. 250–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21835460/>
75. Guha-Sapir D, Schlüter B, Rodriguez-Llanes JM, Lillywhite L, Hicks MHR. Patterns of civilian and child deaths due to war-related violence in Syria: a comparative analysis from the Violation Documentation Center dataset, 2011–16. *Lancet Glob Heal*. 2018;6(1):e103–10.
76. Measham T, Guzder J, Rousseau C, Pacione L, Blais-Mcpherson M, Nadeau L. Refugee children and their families: Supporting psychological well-being and positive adaptation following migration. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 31];44(7):208–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25042433/>
77. Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Fitzgerald G, et al. Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2020;59(6):705–14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>
78. Thabet AA, Ibraheem AN, Shivram R, Winter EA, Vostanis P. Parenting support and PTSD in children of a war zone. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2009 May 1 [cited 2021 Apr 1];55(3):226–37. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764008096100>
79. Diab M, Peltonen K, Qouta SR, Palosaari E, Punamäki RL. Effectiveness of psychosocial intervention enhancing resilience among war-affected children and the moderating role of family factors. *Child Abus Negl* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2021 Apr 1];40:24–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25534065/>
80. 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):1–27.
81. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Washington, DC APA, Guidel Dev Panel Treat Posttraumatic Stress Disord Adults [Internet]. 2017;139. Available from:

<https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>  
<https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/ptsd.pdf>

82. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-Traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-Analysis. *PLoS One*. 2017;12(2):1–16.
83. Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev [Internet]*. 2018;63:66–79. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006>
84. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017;16(2):130–9.
85. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, Anttila M, Au T, Ballette F, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: Systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(4):376–88.
86. NICE. Post-traumatic stress disorder Guideline National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2018;(December 2018):44.
87. Lambert JE, Alhassoon OM. Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *J Couns Psychol [Internet]*. 2015 [cited 2021 Apr 3];62(1):28–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25485547/>
88. Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol Sci Pract [Internet]*. 2002 [cited 2021 Apr 3];9(3):329–43. Available from: </record/2002-18013-010>
89. Courtois CA, Sonis J. Guideline: What is Cognitive Behavioral Therapy? *Am Psychol Assoc [Internet]*. 2017;1–119. Available from: [www.apa.org/ptsd-guideline](http://www.apa.org/ptsd-guideline)
90. Uphoff E, Robertson L, Cabieses B, Villalón F, 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. 2020;
91. Cienfuegos AJ, Monelli C. The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument. *Am J Orthopsychiatry [Internet]*. 1983 [cited 2021 Apr 3];53(1):43–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6829726/>
92. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. 2nd ed.

- Hogrefe Publishing; 2005.
93. Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review [Internet]. Vol. 30, *Clinical Psychology Review*. Clin Psychol Rev; 2010 [cited 2021 Apr 3]. p. 1030–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20832922/>
  94. Gwozdziwycz N, Mehl-Madrona L. Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. [Internet]. Vol. 17, *The Permanente journal*. Kaiser Permanente; 2013 [cited 2021 Apr 3]. p. 70–6. Available from: </pmc/articles/PMC3627789/>
  95. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2021 Apr 3];14(3):270–7. Available from: </pmc/articles/PMC4592639/>
  96. Figley CR. Psychosocial adjustment among Vietnam veterans. In: *Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Research, and Treatment*. New York: Brunner/Mazel; 1978.
  97. Cuijpers P, Veen SC va., Sijbrandij M, Yoder W, Cristea IA. Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* [Internet]. 2020 May 3 [cited 2021 Apr 3];49(3):165–80. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16506073.2019.1703801>
  98. Salkovskis P. Review: Eye movement desensitisation and reprocessing is not better than exposure therapies for anxiety or trauma [Internet]. Vol. 5, *Evidence-Based Mental Health*. Evid Based Ment Health; 2002 [cited 2021 Apr 3]. p. 13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11915816/>
  99. Lee CW, Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 3];44(2):231–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23266601/>
  100. Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, et al. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. Vol. 17, *PLoS Medicine*. 2020. 1–34 p.
  101. Lin KM, Shen WW. Pharmacotherapy for Southeast Asian Psychiatric Patients. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1991 [cited 2021 Apr 3];179(6):346–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2051149/>
  102. Chaudhry IB, Neelam K, Duddu V, Husain N. Ethnicity and psychopharmacology.

- Vol. 22, *Journal of Psychopharmacology*. 2008. p. 673–80.
103. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. *World Heal Organ*. 2016;1–173.
  104. Sonne C, Carlsson J, Bech P, Mortensen EL. Pharmacological treatment of refugees with trauma-related disorders: What do we know today? *Transcult Psychiatry*. 2017;54(2):260–80.
  105. White R. Community-based Sociotherapy Adapted for Refugees . COSTAR; 2018.
  106. Weine S, Kulauzovic Y, Klebic A, Besic S, Mujagic A, Muzurovic J, et al. Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2008 Apr [cited 2021 Apr 3];34(2):149–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18412823/>
  107. Baker FA, Metcalf O, Varker T, O'Donnell M. A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2021 Apr 3];10(6):643–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29199839/>
  108. Salihu D, Wong EML, Kwan RYC. Effects of an african circle dance programme on internally displaced persons with depressive symptoms: A quasi-experimental study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jan 2 [cited 2021 Apr 5];18(2):1–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33478173/>
  109. Rousseau C, Benoit M, Gauthier MF, Lacroix L, Alain N, Viger Rojas M, et al. Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: A pilot study [Internet]. Vol. 12, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. *Clin Child Psychol Psychiatry*; 2007 [cited 2021 Apr 5]. p. 451–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17953131/>
  110. Jespersen KV, Vuust P. The effect of relaxation music listening on sleep quality in traumatized refugees: A pilot study. *J Music Ther* [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 5];49(2):205–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26753218/>
  111. Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, Anjuri D, Mulili C, Ndogoni L, et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. *PLoS Med* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2021 Apr 3];14(8). Available from: [/pmc/articles/PMC5557357/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/275557357/)
  112. Rahman A, Hamdani SU, Awan NR, Bryant RA, Dawson KS, Khan MF, et al. Effect of a multicomponent behavioral intervention in adults impaired by psychological distress in a conflict-affected area of Pakistan: A randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2016 Dec 27 [cited 2021 Apr 3];316(24):2609–17.

Available from: <https://research.vu.nl/en/publications/effect-of-a-multicomponent-behavioral-intervention-in-adults-imp>

113. Patel V, Weobong B, Weiss HA, Anand A, Bhat B, Katti B, et al. The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2017 Jan 14 [cited 2021 Apr 3];389(10065):176–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27988143/>
114. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. *Heal Evid Netw Synth Rep* 47 [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 3];ix-pp. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1)
115. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 2: Improving how your organisation support the use of research evidence to inform policymaking. *Chinese J Evidence-Based Med* [Internet]. 2010 Dec 16 [cited 2021 Apr 3];10(3):247–54. Available from: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S2>