



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Fadlo Galina, Vivian; Barbosa Bispo da Silva, Tatiane; Haydu, Marcelo; Martin, Denise
A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, núm. 61, abril-junio, 2017, pp. 297-
308

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180150057006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A saúde mental dos refugiados:

um olhar sobre estudos qualitativos

Vivian Fadlo Galina^(a)

Tatiane Barbosa Bispo da Silva^(b)

Marcelo Haydu^(c)

Denise Martin^(d)

Galina VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):297-308.

The experience of seeking refugee status may lead to mental disorders for some people. This literature review and analysis is about the mental health of refugees. Peer reviewed papers were researched on the online database, Social Science Citation Index® on Web of Science™. We found 35 qualitative studies published from January 1993 to January 2016. Analysis focused on the mental health of adult refugees, the mental health of child and adolescent refugees and health care of refugees. There has been an increase in publications in this area. The themes include: cultural diversity, the effects of family and network support, the practitioners' work caring for refugees, the presence or not of mental illness, and interventions and commitment regarding human rights.

Keywords: Refugees. Mental health. Literature review. Qualitative research.

As experiências que levam pessoas a solicitarem refúgio envolvem fatores com potencial de desencadear desordens mentais. O objetivo desta revisão de literatura é apresentar o estado da arte sobre a saúde mental dos refugiados. O levantamento dos artigos foi realizado na coleção Social Science Citation Index® na Web of Science™. Foram identificados 35 estudos qualitativos em periódicos internacionais de 1993 a janeiro de 2016. A análise focou na saúde mental de refugiados adultos, na saúde mental de refugiados na infância e adolescência, e nos cuidados em saúde de refugiados. Houve um aumento desta produção nos últimos anos, e os estudos evidenciaram temas como: a diversidade cultural, a importância da família e das redes de apoio, a atuação dos profissionais envolvidos com estes grupos, a presença ou não de doença mental, as intervenções e o comprometimento com os direitos humanos.

Palavras-chave: Refugiados. Saúde mental. Revisão de literatura. Pesquisa qualitativa.

^(a) Curso de Psicologia, Universidade Católica de Santos. Avenida Conselheiro Nébias, 300, sala 106. Santos, SP, Brasil. 11015-003. vivianfgalina@gmail.com

^(b) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil. tatianebbbs@gmail.com

^(c) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. marcelo.haydu@adus.org.br

^(d) Cátedra Sergio Vieira de Mello, Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil. demartin@unisantos.br

Introdução

Esta revisão bibliográfica tem por objetivo apresentar o estado da arte sobre a saúde mental dos refugiados, identificando temas mais frequentes e destacando alguns tópicos relevantes para a sua compreensão. Pretende-se contribuir para o debate sobre os desafios da saúde mental das pessoas em condição de refúgio.

O crescimento exponencial de migrantes forçados em todo o mundo se justifica pelas crescentes ocorrências catastróficas no aspecto humanitário, como: crises, conflitos políticos e sociais, guerras e desastres naturais. Em 2015, migrações forçadas alcançaram 65,3 milhões de pessoas no final do ano. O Brasil também vem sendo impactado por esse novo fluxo migratório internacional¹.

Segundo dados do CONARE (Conselho Nacional de Refugiados, 2016), o Brasil possui, atualmente (junho de 2016), 8.863 refugiados reconhecidos, de 79 nacionalidades distintas (28,2% deles são mulheres) – incluindo refugiados reassentados. Os principais grupos são compostos por nacionais: da Síria (2.298), Angola (1.420), Colômbia (1.100), República Democrática do Congo (968) e Palestina (376).

O Brasil é signatário dos principais tratados internacionais de direitos humanos e é parte da Convenção das Nações Unidas de 1951 sobre o Estatuto dos Refugiados e do seu Protocolo de 1967². O país promulgou a sua lei de refúgio (nº 9.474/97) adotando a definição ampliada de refugiado estabelecida na Declaração de Cartagena de 1984, que considera a “violação generalizada de direitos humanos” como uma das causas de reconhecimento da condição de refugiado².

As experiências que levam pessoas de diversas nacionalidades a solicitarem refúgio, abandonando seus países de origem, geralmente envolvem fatores com potencial de desencadear desordens mentais, como: Depressão e Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), entre outros distúrbios^{3,4}. Violências diversas, tortura, massacres, morte de parentes e amigos são circunstâncias traumáticas às quais muitos refugiados são expostos. Fome e perdas de bens também são frequentes nessa população, além do choque sociocultural no país de refúgio⁵.

Segundo Martins-Borges⁵, pelo caráter involuntário e repentino de seu deslocamento, os refugiados transportam consigo muito pouco do que até então caracterizava sua identidade; e essas partidas são frequentemente relacionadas a um sofrimento psicológico ligado ao traumatismo ao qual foram submetidos no período pré-migratório e migratório.

No Brasil, há poucos estudos sobre a saúde em geral e, também, sobre a saúde mental dos refugiados. A maioria das pesquisas foi publicada em periódicos internacionais. No contexto nacional, sobre a saúde mental dos refugiados, destacam-se o trabalho de Martins-Borges e Pocreau⁶ apresentando o Serviço de Atendimento Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados cujas atividades acontecem no Departamento de Psicologia da Universidade Laval (Québec, Canadá); e o estudo de Martins-Borges⁵, abordando a migração involuntária como fator de risco à saúde mental. Santana e Lotufo Neto⁷ realizaram uma investigação sobre a saúde mental dos refugiados em São Paulo, resultando na implantação de um programa de atendimento nas esferas preventiva e terapêutica.

De acordo com Miller e Rasco⁸, psicólogos, psiquiatras, e outros profissionais de saúde mental começaram a reconhecer e documentar altos níveis de estresse psicológico experimentados por refugiados e pessoas deslocadas ao redor do mundo. Vários autores vêm estudando as consequências da situação de refúgio na saúde mental de distintas populações, evidenciando associações entre traumas no processo migratório e condições de vulnerabilidade e transtornos mentais^{3,4,9}.

Este quadro configura o interesse dessa temática no campo da Saúde Coletiva e da Psicologia, e o comprometimento destas áreas do conhecimento com os Direitos Humanos.

Método

A revisão da literatura internacional sobre o tema da saúde mental dos refugiados buscou apurar o estado da arte da produção científica no período entre Janeiro de 1993 e Janeiro de 2016. O levantamento dos dados bibliográficos foi realizado entre os meses de Novembro de 2014 a Janeiro de 2016, por meio do Portal de Periódicos CAPES (www.periodicos.capes.gov.br/).

Na base de dados Web of Science™, foi selecionada a coleção Social Science Citation Index®. A escolha justifica-se por esta coleção abranger dados essenciais de três mil das principais revistas de Ciências Sociais do mundo, envolvendo cinquenta disciplinas, incluindo: Antropologia, Sociologia e Psicologia. Foram realizadas buscas de publicações, no idioma inglês, com o termo “refugees” combinado com os descritores “mental health”; “mental disorder”; “trauma”; “depression”; “PTSD”; “posttraumatic stress disorder” e “psychological”.

A seleção baseou-se nos seguintes critérios: artigos originais, revisados por pares, disponíveis no idioma inglês, publicados em periódicos indexados na coleção Social Science Citation Index®, que relatam estudos qualitativos cujo tema central fosse saúde mental dos refugiados. Foi utilizado um filtro para buscar somente artigos que apresentassem estes termos contidos nos respectivos títulos, a fim de se rastrear as publicações mais relevantes e com enfoque no tema. A pretensão inicial deste trabalho era abranger artigos datando entre Janeiro de 2000 e Janeiro de 2016, porém, devido à baixa quantidade de publicações anteriores ao ano 2000, os autores decidiram buscar e incluir todos os estudos publicados anteriormente de acordo com os critérios já mencionados, sendo que o trabalho mais antigo data de 1993. Optou-se por considerar apenas os estudos qualitativos e os de multimétodos que envolvessem uma parte qualitativa. Foram excluídas repetições, estudos quantitativos, resenhas, artigos de revisão, editoriais e livros. Resultaram 27 publicações válidas, excluindo-se as repetições. A busca por artigos nacionais, realizada por meio da base de dados Scielo, não resultou em publicações que preenchessem os critérios deste estudo. Ao longo do desenvolvimento desta revisão, novas publicações surgiram e foram sendo incorporadas por preencherem todos os critérios descritos. Dessa forma, foram analisados 35 estudos, publicados na língua inglesa em periódicos internacionais, no período de 1993 a janeiro de 2016.

Resultados

Os artigos foram analisados em grandes grupos de temas de acordo com sua frequência e relevância relacionado aos objetivos do estudo, resultando em três categorias: 1- artigos sobre saúde mental de refugiados adultos (34,3%), 2- artigos sobre saúde mental de refugiados na infância e adolescência (22,85%), e 3- artigos sobre cuidados em saúde de refugiados (45,7%). Vale ressaltar que alguns artigos preenchem os critérios de mais de um foco para fins de categorização e, por isso, foram incluídos em mais de uma categoria. Alguns temas, embora importantes, foram pouco presentes, e, por esta razão, não foram tratados especificamente. Somente um estudo tratou de métodos de pesquisa com refugiados no campo da saúde mental¹⁰, discutindo as questões éticas sobre a utilização de narrativas com pessoas que sofreram traumas.

Com relação aos locais onde as pesquisas foram empreendidas, dispostos no Gráfico 1, há uma variedade de países, com destaque para a Austrália, com 22,85% dos artigos encontrados, e EUA, com 20% destes. Dinamarca, Reino Unido e Canadá apresentam números mais baixos, porém não menos expressivos. Outros estudos foram realizados por Universidades desses e de outros países, porém foram desenvolvidos nos países de origem das populações de refugiados a serem investigadas, tais como: Egito, Líbano e Coreia do Sul.

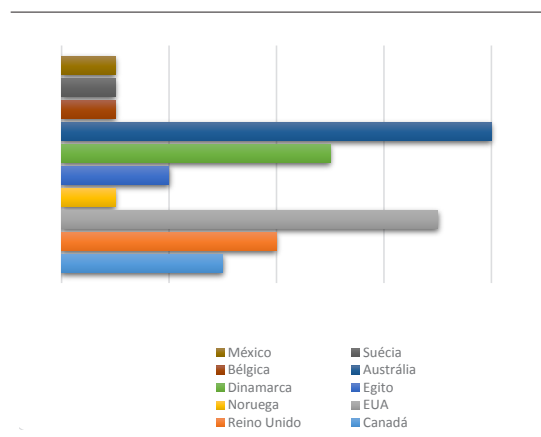


Gráfico 1. Locais onde as pesquisas foram realizadas.

Ao se analisar a distribuição dos artigos selecionados por ano de publicação – demonstrada no Gráfico 2 –, do período que vai de 1993 a 2016, verificou-se que até 2008 as publicações foram pouco expressivas. A partir de 2009, no entanto, houve um crescente aumento nas publicações, com destaque para o ano de 2013 até o pico observado em 2015, com 20% dos estudos encontrados nesta revisão. Parte significativa dos artigos publicados em 2015 foi empreendida na Austrália. Foi identificado apenas um estudo de 2016 por conta do período de desenvolvimento desta revisão – início de 2016.

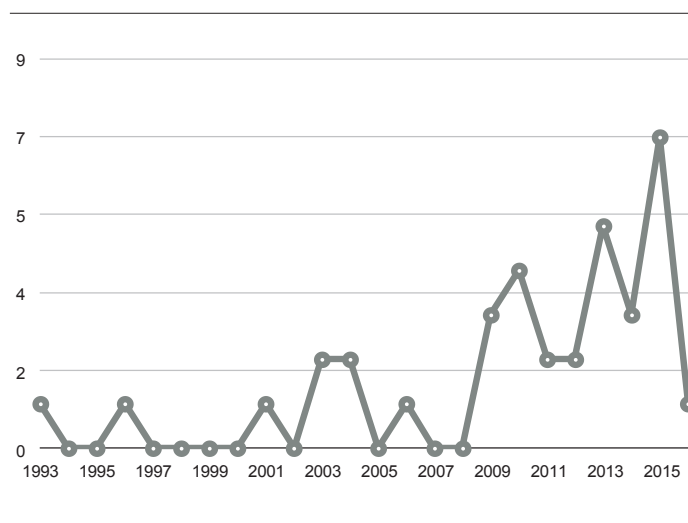


Gráfico 2. Distribuição das publicações por ano

No que se refere às metodologias empregadas, a maior parte dos estudos utiliza, exclusivamente, o método qualitativo (68,6%), sendo o restante das pesquisas realizadas com métodos mistos (multimétodos) – os quais envolvem também o método qualitativo.

Quanto às populações estudadas, constatou-se uma ampla gama de origens dos refugiados. Alguns estudos abordaram refugiados de um único país ou região, como os oriundos da Bósnia e Somália. A maioria das pesquisas trabalhou com refugiados de países e regiões diversificadas ou não especificadas.

A complexidade da condição de refúgio para a saúde mental das pessoas que passam por esta experiência ficou evidente na análise dos artigos. Apresentaremos os principais problemas apontados de acordo com as categorias analíticas.

Saúde mental de refugiados adultos

Um tema importante é o contexto da imigração. Nesta categoria, observou-se que, enquanto alguns estudos buscam apurar a relação entre desafios pré-migração e desafios pós-migração¹¹⁻¹⁶, outros focam exclusivamente nos desafios pós-migração¹⁷⁻²⁰, ou seja, nas dificuldades encontradas pelos refugiados no exílio.

Os artigos que abordam ambos os tipos de desafios tendem a demonstrar as relações entre os traumas vividos nos países de origem e os obstáculos enfrentados nos países de refúgio. A análise deixou evidente a influência que os desafios pós-migração exercem sobre a saúde mental dos refugiados. Fragilizados pelo temor de perseguição ou real perseguição – própria ou de suas famílias – nos países de origem, encontram, na maior parte das vezes, um ambiente hostil e inadequado nos países de refúgio.

Os artigos que tratam dos desafios pós-refúgio, por sua vez, mostram um cenário dos problemas dos países que acolhem refugiados: sistemas de saúde falhos ou inacessíveis, discriminação, falta de alimentos e água, falta de informação referente a seus direitos e deveres, idioma desconhecido ou não dominado, diferenças culturais, mobilidade geográfica, separação da família, pressão para enviar dinheiro para casa. Esses e outros fatores compõem uma série de obstáculos a serem transpostos por refugiados em todo o mundo após a migração para outro país. Na maioria das vezes, somam-se a eles as experiências traumáticas pré-refúgio, o que coloca esses indivíduos em uma posição de extrema vulnerabilidade social e suscetibilidade a problemas de saúde mental.

Todos os artigos abordaram os relacionamentos interpessoais como fator determinante para a saúde mental dos refugiados. Nesse âmbito, algumas publicações citaram as questões familiares e outras as trataram especificamente^{15,16,19}, com seus desafios implícitos e suas implicações.

Outros artigos discutiram a influência das interações sociais na adaptação cultural^{17,18}. Destacam que o apoio social e a construção de relações recíprocas contribuem para a adaptação cultural e integração de refugiados, no caso da sociedade norte-americana. Além disso, mediam o aumento da qualidade de vida ao longo do tempo e a diminuição do sofrimento psíquico. Por outro lado, a discriminação racial, vista como fator negativo para a saúde mental, é superada pelo alívio da segurança física no contexto pós-refúgio^{17,18}.

O apoio social pode ser um forte mediador das relações entre experiências traumáticas e consequências psicológicas. Demonstrou-se que traumas coletivos não tiveram impacto significativo na saúde mental dos refugiados, enquanto traumas pessoais guardavam íntima relação com sintomas de depressão e TEPT, sustentada por interações sociais sem apoio¹⁴. A compreensão do trauma de uma perspectiva compartilhada pode ser um fator de proteção contra o estresse psicológico.

No que tange à influência das interações sociais no desenvolvimento de transtornos mentais, o isolamento é um fator que pode promover experiências alucinógenas, que complicam casos de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)²¹. Além disso, afirma-se que a violência interpessoal mantém estreita relação com sintomas de depressão e TEPT¹².

Sob a ótica das relações familiares, a separação da família e a mudança de papéis, assim como a preocupação com os parentes que ficaram no país de origem, são os mais frequentes fatores de estresse pós-migração. Em muitos casos, a pressão para enviar dinheiro para casa é também um fator estressante^{11,15,16,19}.

O enfoque com relação à saúde mental dos refugiados pode ocorrer a partir de uma perspectiva de bem-estar ou de doença mental.

Alguns artigos selecionados abordam a questão da saúde mental sob uma visão de bem-estar, buscando apresentar desafios e possíveis soluções para o problema do bem-estar psicológico dos refugiados¹⁷⁻²⁰. Esses não tratam sobre transtornos mentais gerados por traumas dos refugiados nem correlacionam experiências com quadros patológicos. Apenas pontuam fatores que dificultam ou facilitam o bem-estar dessa população, fornecendo material sobre experiências estressantes e estratégias de enfrentamento.

As demais publicações tratam a saúde mental dos refugiados a partir de uma visão clínica¹¹⁻¹⁶. Apresentam dados sobre traumas e suas consequências, como o desenvolvimento de transtornos mentais, sendo os mais comuns o TEPT e a depressão. Apresentam um panorama da relação entre experiências traumáticas e desequilíbrios mentais decorrentes que englobam as seguintes consequências: de moderado a grave sofrimento psíquico e emocional, estresse psicológico e emocional, desenvolvimento de TEPT e/ou Transtorno Depressivo com sintomas de ansiedade e/ou sintomas psicóticos associados.

A maioria dos artigos apresenta propostas de intervenção social em favor dos refugiados, como projetos ou ações que visam garantir direitos e melhores condições de vida. Nesse sentido, muitos estudos abordam também as possíveis estratégias de enfrentamento por parte dos refugiados^{17,18}.

Melhorar a saúde mental dos refugiados, assim como promover oportunidades de apoio social parecem ser as principais formas de intervir em favor dessa população. Além disso, observou-se a importância de se atentar às questões de mobilidade geográfica dos refugiados dentro do país de exílio, porquanto movimentos frequentes podem ser prejudiciais para a sua adaptação e saúde mental²⁰.

Saúde mental de refugiados na infância e adolescência

Alguns estudos, cuja população é formada por crianças e adolescentes, tratam a questão da saúde mental verificando a presença de traumas e transtornos²²⁻²⁵, enquanto outros²⁶⁻²⁸ apontam para aspectos relacionados ao bem-estar psicológico, sem enfoque em patologias.

O tema das estratégias de enfrentamento enfatiza os recursos disponíveis para os jovens fazerem frente aos múltiplos desafios da condição de refúgio. Sinais e sintomas de estresse dos jovens refugiados correspondem com diagnósticos ocidentais de Depressão, Ansiedade e Transtornos de Conduta²⁴.

É importante tomar cuidado ao encaixar os problemas de jovens refugiados em categorias biomédicas. O trauma se relaciona com outros elementos da história de vida, da personalidade e dos projetos pessoais. A vida desses jovens é um *continuum* que inclui o trauma e que não pode ser resumida por ele, bem como por um diagnóstico feito em dado momento de forma transversal²⁸.

Temas psicológicos comuns também foram abordados, tais como: evitação, desconfiança, solidão, sentimentos de perda e medo²⁷.

Por outro lado, o estresse psicológico não é necessariamente associado a traumas, pois existem estratégias coletivas de enfrentamento envolvendo toda a comunidade – e também a tenra idade com que essa população migrou para o campo de refugiados sinaliza que muitos não tiveram fortes experiências pré-migração²³.

Alguns estudos relacionaram a saúde mental de crianças e adolescentes refugiados com fatores de cunho familiar, bem como de apoio da comunidade^{23,26}. Famílias mais organizadas contribuem com a prevenção da depressão em jovens refugiados²⁵.

A falta de recursos financeiros e culturais dos familiares de crianças e adolescentes refugiados os deixam relativamente desamparados acadêmica e socialmente, o que resulta em situações

(e) O termo cultura foi tratado nos estudos, de maneira geral, no sentido genérico, como: conhecimentos adquiridos, associação com comportamentos diferentes do país de exílio ou identificação com nacionalidade. Um estudo específico poderia abordar a plasticidade com que o termo é utilizado, todavia, fugiria aos nossos objetivos.

psicossocialmente estressantes^{24,28}. No tocante à cultura(e), há também barreiras para crianças e jovens refugiados²⁹. A discriminação no país de exílio está relacionada com pior saúde mental²². A cultura pode ser um fator que muitas vezes impede os adolescentes de procurarem ajuda para seus problemas psicossociais, por dificuldades em se expor, diferenças culturais e barreiras relacionadas ao serviço³⁰.

Há também diferenças na saúde mental em crianças que vivem reassentadas permanentemente em um país de exílio *versus* crianças que vivem em campos de refugiados. Os recursos existentes são bastante distintos. Outra diferença importante trata de crianças com um passado construído no país de origem *versus* crianças nascidas e crescidas no país de exílio ou em campos de refugiados (segunda geração). Tal distinção pede atenção a questões relacionadas a perdas experimentadas e adaptação cultural²³.

Cuidados em saúde mental de refugiados

Os estudos mostraram que o cuidado é influenciado pelo prévio preparo dos profissionais de saúde para lidarem com questões específicas aos refugiados, tais como: a diversidade cultural, crenças, costumes e a compreensão dos significados do processo saúde/doença/cuidado.

Os artigos demonstram a imprescindibilidade de treinamento especializado para essas equipes, como meio estratégico facilitador da percepção das necessidades e direitos dos refugiados; além do desenvolvimento e implementação de uma educação voltada aos profissionais que trabalham com esta temática, e a formulação de uma clara e consistente política para integração de refugiados. A avaliação dessas necessidades de saúde precisa ser compreensiva, incluindo experiências pré e pós-refúgio e dimensões cultural e familiar da situação atual³¹⁻³⁷.

Cabe ressaltar a importância dada ao olhar integral na assistência aos refugiados, por meio da garantia de acesso aos serviços de saúde por intermédio de uma rede de apoio que trabalhe de modo intersetorial, somando esforços entre agentes públicos de saúde, educação e serviço social, com vistas ao fortalecimento do vínculo paciente/equipe de saúde e ao estabelecimento de laços de confiança nas relações de cuidado^{30,38}.

Alguns estudos evidenciam, ainda, que as particularidades da condição social dos refugiados em geral dificultam a experiência do cuidado^{24,38,39}. Os problemas socioeconômicos vivenciados por essas pessoas influenciam de modo negativo na saúde mental.

Com relação ao gênero, as barreiras estruturais e o status de imigração inseguro combinado com a dependência econômica e financeira podem deixar as mulheres vulneráveis e em desvantagem para proteger a si mesmas. Fatores culturais, sociais, políticos, históricos e econômicos interagem com etnia, gênero e classe para influenciar a forma como as mulheres imigrantes e refugiadas buscam por assistência à saúde⁴⁰.

Foi possível observar que as barreiras impostas pela linguagem na evolução do cuidado revelam a falta de estrutura nos serviços de saúde. O contato inicial entre profissionais de saúde e pacientes é prejudicado pela ausência de intérpretes e tradutores que possam articular o compartilhamento das singularidades dos diferentes grupos de refugiados e a compreensão de seus sofrimentos e dificuldades específicos^{13,21,31,33}.

Por outro lado, os resultados de alguns estudos sugerem que a desconfiança, por parte dos refugiados, sobre os serviços de saúde dos países de refúgio e o estranhamento de algumas terapias culturalmente diferenciadas constituem fator de bloqueio ao progresso do cuidado^{41,42}. Esta revisão aponta a necessidade de que seja estabelecida uma discussão e aberto o diálogo entre serviços e membros da comunidade, para garantir que as respostas à saúde sejam sensíveis à diversidade cultural, necessidades e crenças dos refugiados sobre saúde.

Discussão

O sofrimento associado à condição de refúgio, seja pelas condições pré e pós migratórias, é evidente, podendo trazer consequências mais ou menos graves para a saúde mental destas pessoas. Os estudos evidenciaram as diferentes necessidades de pessoas na situação de refúgio, dando ênfase a alguns aspectos desta complexa situação. Alguns pontos devem ser ressaltados:

- 1 A diversidade cultural como um desafio a ser transposto no país de exílio: a linguagem, a religião, as estruturas de parentesco, até a discriminação racial;
- 2 A importância da família e das redes de apoio na saúde mental;
- 3 Os desafios impostos aos profissionais envolvidos no cuidado de pessoas em situação de refúgio, incluindo a interculturalidade;
- 4 A presença ou não de classificações de doença mental nestas populações;
- 5 As possíveis intervenções e seus resultados;
- 6 O comprometimento dos pesquisadores com a ética e os Direitos Humanos no contexto do refúgio.

Os estudos, pela variedade de locais onde foram produzidos, mostraram particularidades importantes que contribuem para entender situações específicas tratadas pelas questões colocadas.

A imigração coloca, necessariamente, a problemática da diferença e remete à complexidade das relações interculturais, como apontado em vários estudos.

No tocante à interculturalidade, Menéndez⁴³ faz uma importante crítica ao interculturalismo no México, que pode contribuir para pensar a problemática do refúgio no contexto do atendimento. Segundo este autor, nos processos de saúde, doença e cuidado, as desigualdades socioeconômicas e de poder não eram incluídas. Há diferenças entre os diferentes grupos em termos de religião, gênero, adesão política, escolaridade, poder ou grupos de idade, e os grupos étnicos funcionam simultaneamente em relações de solidariedade e cooperação assim como de conflito e violência. Assim, é preciso reconhecer as limitações de tratar os atores sociais como homogêneos e monolíticos.

Chamou-nos a atenção o fato de que alguns estudos priorizam uma associação com doença mental e outros buscam relativizar o sofrimento, sem tratá-lo, exclusivamente, no contexto de categorias diagnósticas ocidentais. Dois estudos tratam criticamente a utilização destas categorias em contextos socioculturais muito diferentes^{13,33}.

É importante aprofundar a questão sobre a patologização dos sofrimentos no contexto de refúgio e o processo de legitimação desta condição.

O sofrimento da situação de refúgio e suas necessidades específicas no contexto dos locais de exílio pode levar a uma interpretação destas pessoas de maneira estereotipada, reduzindo-as à condição de vítima⁴⁴. O refugiado passa a ser visto como um sujeito vulnerável, vitimizado e passivo⁴⁵, à mercê do apoio psicológico e psiquiátrico oferecido pela sociedade de acolhimento.

Há países, como é o caso da França, em que além dos documentos de identificação, certificados médicos (psiquiátricos e clínicos) podem ser inseridos como forma de atestar sequelas físicas e emocionais que se esperam das pessoas que migram de maneira forçada, como é o caso dos refugiados. Desse modo, como aponta Fassin⁴⁶, o corpo do indivíduo que solicita refúgio passa a ser instituído como o lugar final da “verdade” sobre ele. Esta observação é fundamental quando se trata de saúde e, mais especificamente, de saúde mental das pessoas em situação de refúgio.

No movimento de legitimação do sofrimento da pessoa em situação de refúgio pela via patológica, ao corpo enfermo se junta a mente enferma⁴⁷. A presença do trauma como fator tão relevante

no processo de reconhecimento de refúgio mostra-se, dessa forma, como fundamental para o entendimento da vitimização desse grupo de imigrantes, a qual passa a ser vinculada à ideia do sujeito patológico. Esta visão não significa ignorar que acontecimentos dolorosos pelos quais passaram os indivíduos em situação de refúgio possam se refletir de maneira violenta no corpo e na mente destes. Busca-se refletir a respeito da naturalização e generalização desse processo, bem como sobre o significado social que essa tendência pode ter, uma vez que é instrumentalizada⁴⁸. Assim, a leitura dos textos nos convida a ir além da associação com saúde mental, mostrando as relações sociais presentes.

Conclusão

A produção científica desta revisão mostrou parte da complexidade da saúde mental de pessoas em situação de refúgio. Falar sobre saúde mental dos refugiados, além do sofrimento evidente, é falar de suas necessidades específicas, das diferenças culturais, das desigualdades socioeconômicas e de poder, das políticas públicas dos países de exílio e, sobretudo, da possibilidade destes atores sociais como agentes de sua própria história. Consideramos uma lacuna importante, nesta área, o aprofundamento dos estudos sobre gênero e sobre populações específicas, como: lésbicas, gays (homossexuais masculinos), bissexuais, transgêneros, travestis e intersexuais (LGBTI). Ficou evidente a ausência de estudos desenvolvidos na América Latina e a ausência de publicações desta região. Tendo em vista a realidade do refúgio no Brasil – com o crescente número de refugiados reconhecidos – e a escassez de publicações nacionais relacionadas ao tema, o próprio estado da arte é um convite aos pesquisadores brasileiros.

Limitações do estudo

As categorias escolhidas revelam uma possibilidade de análise que, certamente, não aborda toda a diversidade presente nos estudos descritos, assim como o enfoque nos estudos qualitativos, dando menor ênfase aos estudos multimétodos.

Agradecimento

Agradecemos à Dra. Patricia Gorisch por ter alertado sobre a ausência de debate das questões relacionadas à população LGBTI entre os refugiados.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global trends 2015 [Internet]. Geneva: UNHCR. 2015 [citado 21 Ago 2016]; 68. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>.
2. Conselho Nacional de Refugiados (CONARE). Dados sobre refúgio no Brasil [Internet]. Brasília: CONARE; 2016 [citado 15 Nov 2016]. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/recursos/estatisticas/dados-sobre-refugio-no-brasil/>.

3. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*. 2005; 294(5):571-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.5.571>.
4. Kolassa IT, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychol Trauma*. 2010; 2(3):169-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019362>.
5. Martins-Borges L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *REMHU*. 2013; 21(40):151-62.
6. Martins-Borges L, Poucreau J. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012; 29(4):577-85.
7. Santana C, Lotufo Neto F. Psicodinâmica e cultura: a implantação de um programa de saúde mental para refugiados em São Paulo. In: Debiaggi S, Paiva G, organizadores. *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
8. Miller KE, Rasco LM. The mental health of refugees: ecological approaches to healing and adaptation. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
9. Pedersen D, Kienzler H. Mental health and illness in conflict areas. *Glob Ment Health*. 2013; 32:307-15.
10. De Haene L, Grietens H, Verschueren K. Holding harm: narrative methods in mental health research on refugee trauma. *Qual Health Res*. 2010; 20(12):1664-76.
11. Rees S, Silove DM, Tay K, Kareth M. Human rights trauma and the mental health of West Papuan refugees resettled in Australia. *Med J Aust*. 2013; 199(4):280-3.
12. Norredam M, Jensen M, Ekstrom M. Psychotic symptoms in refugees diagnosed with PTSD: a series of case reports. *Nord J Psychiatry*. 2011; 65(4):283-8.
13. Meffert SM, Marmar CR. Darfur refugees in Cairo mental health and interpersonal conflict in the aftermath of genocide. *J Interpers Violence*. 2009; 24(11):1835-48.
14. Jorden S, Matheson K, Anisman H. Supportive and unsupportive social interactions in relation to cultural adaptation and psychological distress among Somali refugees exposed to collective or personal traumas. *J Cross Cult Psychol*. 2009; 40(5):853-74.
15. Weine S, Muzurovic N, Kulauzovic Y, Besic S, Lezic A, Mujagic A, et al. Family consequences of refugee trauma. *Fam Process*. 2004; 43(2):147-60.
16. Rousseau C, Mekki-Berrada A, Moreau S. Trauma and extended separation from family among Latin American and African refugees in Montreal. *Psychiatry*. 2001; 64(1):40-59.
17. Hess JM, Isakson B, Githinji A, Roche N, Vadnais K, Parker DP, et al. Reducing mental health disparities through transformative learning: a social change model with refugees and students. *Psychol Serv*. 2014; 11(3):347-56.
18. Goodkind JR, Hess JM, Isakson B, LaNoue M, Githinji A, Roche N, et al. Reducing refugee mental health disparities: a community-based intervention to address postmigration stressors with African adults. *Psychol Serv*. 2014; 11(3):333-46.
19. Savic M, Chur-Hansen A, Mahmood MA, Moore V. Separation from family and its impact on the mental health of Sudanese refugees in Australia: a qualitative study. *Aust N Z J Public Health*. 2013; 37(4):383-8.
20. Warfa N, Bhui K, Craig TKJ, Curtis S, Mohamud S, Stansfeld SA, et al. Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: a qualitative study. *Health Place*. 2006; 12(4):503-15.
21. Bäärnhielm S, Edlund AS, Ioannou M, Dahlin M. Approaching the vulnerability of refugees: evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. *BMC Med Educ*. 2014; 14:207.

22. Ellis BH, MacDonald HZ, Klunk-Gillis J, Lincoln A, Strunin L, Cabral HJ. Discrimination and mental health among Somali refugee adolescents: the role of acculturation and gender. *Am J Orthopsychiatr.* 2010; 80(4):564-75.
23. Miller KE. The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: a mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Dev.* 1996; 67(1):89-106.
24. Betancourt TS, Frounfelker R, Mishra T, Hussein A, Falzarano R. Addressing health disparities in the mental health of refugee children and adolescents through community-based participatory research: a study in 2 communities. *Am J Public Health.* 2015; 105Supl 3:475-82.
25. Emery CR, Lee JY, Kang C. Life after the pan and the fire: depression, order, attachment, and the legacy of abuse among North Korean refugee youth and adolescent children of North Korean refugees. *Child Abuse Negl.* 2015; 45:90-100.
26. Afifi RA, Makhoul J, El Hajj T, Nakkash RT. Developing a logic model for youth mental health: participatory research with a refugee community in Beirut. *Health Policy Plan.* 2011; 26(6):508-17.
27. Choi CMHA. A pilot analysis of the psychological themes found during the CARING at columbia-music therapy program with refugee adolescents from North Korea. *J Music Ther.* 2010; 47(4):380-407.
28. Brough M, Gorman D, Ramirez E, Westoby P. Young refugees talk about well-being: a qualitative analysis of refugee youth mental health from three states. *Aust J Soc Issues.* 2003; 38(2):193-208.
29. Sujoldzić A, De Lucia A, Buchegger R, Terzić R, Behluli I, Bajrami Z. A European project on health problems, mental disorders and cross-cultural aspects of developing effective rehabilitation procedures for refugee and immigrant youth. *Coll Antropol.* 2003; 27(2):431-8.
30. De Anstiss H, Ziaian T. Mental health help-seeking and refugee adolescents: qualitative findings from a mixed-methods investigation. *Aust Psychol.* 2010; 45(1):29-37.
31. Jensen NK, Norredam M, Priebe S, Krasnik A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Fam Pract.* 2013; 14:17.
32. Ovitt N, Larrison CR, Nackerud L. Refugees' responses to mental health screening - a resettlement initiative. *Int Soc Work.* 2003; 46(2):235-50.
33. Green H, Sperlinger D, Carswell K. Too close to home? Experiences of Kurdish refugee interpreters working in UK mental health services. *J Ment Health.* 2012; 21(3):227-35.
34. Fuller KL. Refugee mental-health in Aalborg, Denmark - traumatic stress and cross-cultural treatment issues. *Nord J Psychiatry.* 1993; 47(4):251-6.
35. Cook TL, Shannon PJ, Vinson GA, Letts JP, Dwee E. War trauma and torture experiences reported during public health screening of newly resettled Karen refugees: a qualitative study. *BMC Int Health Hum Rights.* 2015; 15:8.
36. Posselt M, Procter N, Galletly C, De Crespigny C. Aetiology of coexisting mental health and alcohol and other drug disorders: perspectives of refugee youth and service providers. *Aust Psychol.* 2015; 50(2):130-40.
37. Tay AK, Rees S, Chen J, Kareth M, Mohsin M, Silove D. The refugee-mental health assessment package (R-MHAP): rationale, development and first-stage testing amongst West Papuan refugees. *Int J Ment Health Sys.* 2015; 9:29.
38. Mirdal GM, Ryding E, Sondej ME. Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: three perspectives on psychological treatment. *Psychol Psychother.* 2012; 85(4):436-55.

39. Rossen CB, Buus N, Stenager E. A qualitative study of mentally ill Iraqi refugees' relatives' experiences of their caring role and of receiving assistance from the community mental health services. *Eur Psychiatry*. 2013; 28:1.
40. O'mahony JM, Donnelly TT. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 20(8):714-25.
41. Majumder P, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry*. 2015; 61(2):129-36.
42. Savic M, Chur-Hansen A, Mahmood MA, Moore VM. "We don't have to go and see a special person to solve this problem": trauma, mental health beliefs and processes for addressing "mental health issues" among Sudanese refugees in Australia. *Int J Soc Psychiatry*. 2016; 62(1):76-83.
43. Menéndez E. Saúde intercultural: propostas, ações e fracassos. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(11):109-18.
44. Kobelinsky C. L'accueil des demandeurs d'asile: une ethnographie de l'attente. Paris: Éditions du Cigne; 2010.
45. Malkki L. Purity and exile: violence, memory and national cosmology among hutu refugees in Tanzania. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
46. Fassin D. Quand le corp fait loi: la raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sci Soc Sante*. 2001; 19(4):5-34.
47. Zozzoli CD. A vivência do refúgio de mulheres migrantes: uma análise da afetividade nos contextos de São Paulo e Paris [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015.
48. Fassin D, Rechtman R. L'Empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion; 2007.

Galina VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. La salud mental de los refugiados: una mirada sobre los estudios cualitativos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):297-308.

Las experiencias que llevan a las personas a solicitar refugio envuelven factores con potencial de desencadenamiento de disturbios mentales. El objetivo de esta revisión de literatura es presentar lo que hay de más moderno sobre la salud mental de los refugiados. El levantamiento de los artículos fue realizado en la colección Social Science Citation Index® en la Web of Science™. Se identificaron 35 estudios cualitativos en periódicos internacionales desde 1993 a enero de 2016. El análisis se enfocó en la salud mental de refugiados adultos, la salud mental de refugiados en la infancia y adolescencia y en los cuidados de salud de refugiados. Hubo un aumento de esta producción en los últimos años y los estudios colocaron en evidencia temas tales como la diversidad cultural, la importancia de la familia y de las redes de apoyo, la actuación de los profesionales envueltos con esos grupos, la presencia o no de enfermedad mental, las intervenciones y el compromiso con los derechos humanos.

Palabras clave: Refugiados. Salud mental. Revisión de literatura. Investigación cualitativa.

Submetido em 11/11/16. Aprovado em 05/01/17.