

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM REFUGIADOS: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

RESUMO E PALAVRAS CHAVE:

Introdução: o número de refugiados no mundo cresce a cada dia que passa. Diante de diversas experiências negativas enfrentadas antes, durante e após o processo de migração, é necessário atentar-se ao surgimento de doenças mentais nessa população, em especial o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). Ademais, ao chegar no país hospedeiro, refugiados se deparam com obstáculos como preconceito, falta de informação, barreiras linguísticas e, principalmente, falta de amplo acesso à saúde. **Objetivo:** discutir o déficit de cuidado profissional no atendimento aos refugiados associados ao TEPT e analisar os desafios de diagnóstico e tratamento desses pacientes. **Método:** foi realizada uma revisão da literatura utilizando as bases de dados *PubMed*, *SciELO*, *PSYCHINFO*, e *SCI-HUB* em setembro de 2019, para identificar publicações originais de pesquisa entre 2010 e 2019 sobre transtorno de estresse pós-traumático em refugiados. **Discussão:** TEPT é uma reação anormal perante uma adversidade interna, associada a situação envolvendo ameaça de morte, morte real, lesão grave ou ameaça a integridade física. Abrange diversas alterações neurológicas que culminam em sintomas como sonhos recorrentes, sofrimento psicológico e sentimentos de futuros vazios, que afetam a saúde mental dos pacientes, principalmente quando somados à dificuldade no diagnóstico e tratamento, em função das barreiras relacionadas aos refugiados. Ademais, a falta de qualificação dos profissionais de saúde e de recursos disponíveis à saúde pública contribui como obstáculo no atendimento dos refugiados. **Conclusão:** todos esses desafios sustentam a dificuldade no diagnóstico e tratamento do TEPT em refugiados, culminando em um problema de saúde global.

Palavras-chave: Refugiados, Saúde Mental, Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos, Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos/diagnóstico; Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos/terapia.

INTRODUÇÃO:

Com todos os problemas socioculturais e políticos da atualidade, o número de refugiados tem crescido significativamente a nível mundial. De acordo com a Convenção relativa ao Estatuto

dos Refugiados de 1951, são refugiados as pessoas que se encontram fora do seu país de origem devido a temor de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, opinião política ou participação em grupos sociais, e não possa, ou não queira, voltar para casa (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados – ACNUR). Diariamente, vários países recebem um grande número de refugiados, que são racial, cultural e linguisticamente diversos. Em comparação com outros tipos de imigrantes, os refugiados são mais propensos a apresentar condições médicas pré-existentes, especialmente problemas mentais devido às altas cargas emocionais que estes enfrentam antes, durante e após o processo de migração.⁹

Segundo a ACNUR (2019), até o fim de 2018, 70,8 milhões de indivíduos foram deslocados à força em todo o mundo, como resultado de perseguição, conflito, violência ou violações dos direitos humanos; 25,9 milhões destes são refugiados, representando um grupo significativamente vulnerável que demanda complexos cuidados de saúde integrada. O processo de migração nestes casos pode oferecer muitas experiências negativas, desde a separação familiar, até a falta de moradia, isolamento social, medo de deportação futura e condição de trajetória insalubre, onde muitos acabam não sobrevivendo. Como se todos esses eventos traumatizantes não fossem suficientes, ao chegar ao país hospedeiro, os refugiados geralmente encaram vários problemas, tais como dificuldades de comunicação, diferenças culturais e religiosas, apoio governamental insuficiente e falta de preparação profissional para sua recepção, o que reflete em um acesso à saúde falho, contribuindo com o desenvolvimento de diversos transtornos mentais, especialmente o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

O TEPT é uma doença neuroendócrina associada a uma situação envolvendo ameaça de morte, morte real, lesão grave ou ameaça de integridade física. Graeff (2003) afirmou que a base biológica dessa patologia envolve hiperfunção do eixo simpato-adrenal associada a hipofunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), culminando em sintomas como sofrimento psicológico, intrusão de memórias, revivência do evento traumático, sonhos recorrentes e sentimento de futuro vazio. Os refugiados não somente sofrem tais alterações biológicas, como também têm de enfrentar obstáculos sociais e dificuldades de adaptação que agravam seu estado geral de saúde e bem-estar.

A primeira adversidade enfrentada pelos refugiados relacionada à acessibilidade dos serviços de saúde no país hospedeiro diz respeito às políticas legislativas, financeiras e administrativas locais. Posteriormente, estes se deparam com problemas como a ausência de serviços de interpretação e mediação cultural, falta de qualificação profissional específica, ausência de registros sobre seus antecedentes médicos, falta de conhecimento sobre direitos e serviços disponíveis, além de falta de organização e coordenação entre os serviços.

Burgess (2004) afirma que os estrangeiros possuem barreiras ímpares quanto ao uso do sistema de saúde, o que gera ainda mais obstáculos no diagnóstico e tratamento de diversas doenças, dificultando o alcance da saúde mental plena, principalmente quando comparados a outros pacientes. Dentre essas barreiras estão dificuldades de comunicação intercultural, crenças díspares nas práticas de saúde e consciência cultural limitada por parte dos profissionais de saúde. Assim, entende-se que como o diagnóstico de doenças nesta população já é problemático, no que se refere ao diagnóstico do TEPT e seu tratamento, a situação se torna ainda mais complicada, podendo causar danos significativos à saúde mental dos refugiados. Além disso, eles podem apresentar maiores chances de retraumatização e recorrência dos sintomas de estresse traumático em seus novos meios, tornando seu tratamento um processo longo e difícil.

De acordo com Szaflarski e Bauldry (2019), os refugiados têm problemas de saúde únicos para além da população imigrante em geral. Dentre problemas comuns entre refugiados estão: saúde mental precária, episódios dolorosos, carências nutricionais e condições crônicas não diagnosticadas (Eckstein, 2011; Mishori, Aleinikoff, & Davis, 2017). Embora as cicatrizes físicas do trauma possam ser mais visíveis, as consequências psicológicas dos eventos traumáticos muitas vezes passam despercebidas e não tratadas. Os refugiados apresentam estressores únicos antes e durante imigração em comparação com outros imigrantes, como traumas de guerra, tortura, terrorismo, desastres naturais, fome e vida em campos de refugiados. Essas experiências aliadas ao estresse pós-imigração tornam esse grupo particularmente vulnerável em termos de bem-estar psicológico. Tais circunstâncias podem colocar essas pessoas em risco de inúmeros transtornos mentais, incluindo TEPT, depressão, ansiedade e abuso de substâncias.

Portanto, essa revisão bibliográfica busca discutir os desafios do diagnóstico de refugiados com doença mental, principalmente o TEPT, e como superar tais barreiras. Além disso, o estudo analisa como abordar e tratar esse tipo de paciente e encorajar mais pesquisas necessárias sobre os principais mecanismos subjacentes à saúde mental dos refugiados.

METODOLOGIA:

Foi realizada uma revisão da literatura usando as bases de dados PubMed, SciELO e PSYCINFO em setembro de 2019 para identificar publicações originais de pesquisa em português, inglês e espanhol de [2010 até o presente], como uma importante revisão sistemática do TEPT em refugiados. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: migração, saúde mental, serviços de saúde mental, profissionais de saúde, estresse, transtorno de estresse pós-traumático e trauma. Complementamos a pesquisa com pesquisas nas listas de referências e citações dos artigos selecionados. Foram incluídos estudos originais, revisões e metanálises.

RESULTADO E DISCUSSÃO:

Estresse Pós-Traumático:

Como já mencionado anteriormente, o transtorno de estresse pós-traumático é uma doença neuroendócrina associada a uma situação que envolve ameaça de morte, morte real, lesão grave ou ameaça de integridade física, além de ser o único distúrbio de saúde mental que um evento traumático externo precisa ocorrer antes da sintomatologia para ser diagnosticado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Os principais sintomas são sonhos recorrentes, lembranças de eventos, sofrimento psicológico e sentimentos futuros vazios. Graeff (2003) afirmou que a base biológica dessa patologia envolve hiperfunção do eixo simpato-adrenal juntamente com atividade reduzida do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. O desenvolvimento de TEPT está relacionado a uma resposta do cortisol alterada aos estressores, uma vez que o excesso de catecolaminas não é verificado. Os corticóides promovem uma maior consolidação das memórias traumáticas, relacionando-as indevidamente a outros estressores. As alterações fisiológicas envolvem uma redução do volume do hipocampo, que tem sido relacionado a alterações cognitivas e anormalidades do eixo HPA. O funcionamento do eixo HPA é modulado por estruturas límbicas, como a amígdala e o hipocampo, podendo, assim, ser denominado eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

(LHPA). Esse eixo produz respostas de defesa passivas quando acionado por ameaças como punições inevitáveis e situações de conflito.

Graeff (2003) observou que no TEPT, o eixo simpático-adrenal estava hiperativado, indicando ativação do sistema simpático e diminuição do tônus vagal. Além disso, considerou-se que a hiperativação do sistema de defesa do TEPT também pode ser mediada pelo hormônio liberador de corticotropina (CRH), atuando como um neurotransmissor no eixo HPA. Assim, concluiu-se que o CRH inicia respostas características ao estresse, uma vez que altos níveis de hormônio no líquido cefalorraquidiano foram encontrados em pacientes em pânico.

Yehuda et al (2015) encontraram associação entre redução dos níveis de cortisol e aumento da vulnerabilidade ao distúrbio. No entanto, também acredita-se que devem existir fatores adquiridos, pois as experiências estressantes anteriores aumentaram o risco para o distúrbio, provavelmente modificando o funcionamento do eixo HPA. Em resumo, sabe-se que os pacientes com TEPT apresentam hiperativação simpática-adrenal associada à hipofunção do eixo HPA, e que essa baixa funcionalidade está diretamente ligada a maiores riscos de apresentar o distúrbio. Assim, entende-se que baixos níveis de cortisol são responsáveis pela estagnação dos pacientes na fase de reação de defesa, o que explica a maioria dos sintomas de TEPT.

Em relação às alterações cognitivas no TEPT, a área relacionada com a memória é a mais afetada. Quevedo et al (2003) observaram que as memórias com conteúdo emocional são mais facilmente lembradas que as neutras, e isso pode ser explicado pela ação dos neurotransmissores liberados que promovem a consolidação da memória. Além disso, também foi observada uma associação entre os estímulos gerados por essas substâncias e a capacidade de evocar, pois em situações de mesma carga emocional evocam-se memórias congruentes, promovendo comportamentos adequados à situação.

Bremner, D. et al (1995) descobriram que o volume hipocampal está relacionado a alterações cognitivas no TEPT. A atrofia hipocampal foi administrada como resultado do aumento de corticosteróides no estresse, contradizendo o TEPT à medida que os níveis circulantes são reduzidos. Outras alternativas são distúrbios dos neurotransmissores, como serotonina, GABA, glutamato, BDNF. No entanto, ainda não está claro se a redução do TEPT no

hipocampo é resultado de trauma ou já estava presente antes do evento, sendo um fator de vulnerabilidade, visto que o hipocampo regula o eixo HPA.

Eixo simpato-adrenal:

Este eixo está hiperativado no TEPT, por estar ligado à reação de defesa, sendo evidenciado pelo aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, que são causados pelo antagonista do receptor α 2-adrenérgico. Ademais, outras alterações relacionadas à imposição de estímulos evocativos da situação traumática original puderam ser observadas, como maior condutividade elétrica da pele e resposta ocular amplificada.

A hiperativação do sistema de defesa no TEPT pode ser mediada pelo hormônio liberador de corticotropina (CRH), sintetizado no núcleo paraventricular do hipotálamo e liberado no sistema porta-hipotálamo-hipofise. Este hormônio participa da cadeia hormonal do eixo HPA, mas também funciona como um neurotransmissor.

Conforme mencionado por Graeff (2003, p. 22), “a injeção de CRH nos ventrículos cerebrais de animais de laboratório resultou em mudanças comportamentais sugestivas de aumento de ansiedade e depressão, bem como ativação simpático-adrenal”. Assim, pode-se concluir que o CRH inicia respostas características ao estresse, o que é comprovado pelo aumento do líquido cefalorraquidiano em pacientes com pânico.

Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA):

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o sistema nervoso simpático têm um papel central na resposta ao estresse do organismo.

A secreção de cortisol é controlada por um feedback negativo, que é ativado pela ação do cortisol circulante. Este hormônio atua nos receptores de glicocorticóides localizados no hipocampo, onde sua concentração é muito elevada, assim como no hipotálamo e na hipófise, inibindo a secreção de ACTH (GRAEFF, 2003). Os receptores de glicocorticóides funcionam como fatores de transcrição que se ligam aos elementos de resposta aos glicocorticóides e ativam sua transcrição.

Uma vez que os pacientes com TEPT experimentam uma reação anormalmente intensa e longa aos fatores estressantes, seria de se esperar uma atividade elevada do eixo HPA e dos hormônios do estresse. No entanto, há um padrão de baixos níveis basais de cortisol, níveis

elevados de catecolaminas e um conjunto reconhecível de mudanças no eixo HPA que configuram a sensibilidade exagerada de feedback negativo no TEPT.

De acordo com Yehuda et al. (2015), entende-se que o eixo HPA tem um funcionamento diferente no TEPT: há aumento da secreção de CRH (hormônio liberador de corticotropina), mas diminuição da liberação de cortisol. Os receptores de glicocorticóides estão em maior quantidade e são hipersensíveis; conseqüentemente, há uma inibição de feedback negativo elevada do eixo HPA.

A redução na sinalização de glicocorticóides foi observada antes e logo após a exposição ao trauma em pacientes que desenvolveram TEPT. Assim, uma sinalização insuficiente do glicocorticoide no momento do trauma, leva à ativação sem oposição do sistema nervoso simpático, pois o cortisol tem a função de encerrar a fase de alarme da reação de estresse, caracterizada pela ativação simpático-adrenal. Essa ativação simpática sem oposição faz com que ocorra uma melhora da consolidação da memória traumática (YEHUDA et al., 2015).

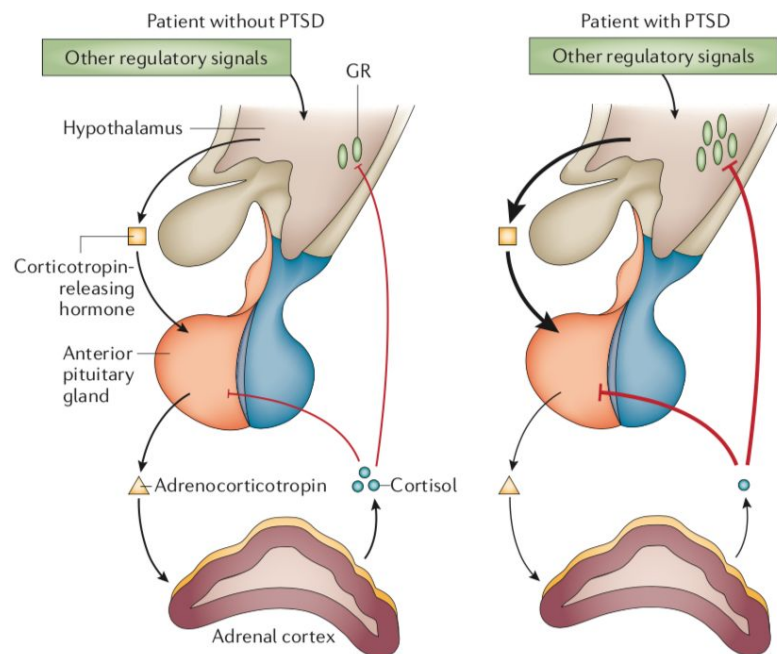


Fig. 1: Eixo HPA funcionando no TEPT. Fonte: Yehuda et al. (p. 6, 2015)

De acordo com Graeff (2003), experiências estressantes prévias aumentam o risco de TEPT, possivelmente por modificar o funcionamento do eixo HPA. Dessa forma, há também uma associação de níveis reduzidos de cortisol e aumento de vulnerabilidade ao TEPT.

O trajeto da migração:

Embora a sociedade tenha uma longa história de grandes crises de deslocamento, a civilização dos últimos anos testemunhou um número surpreendentemente alto de famílias e indivíduos em busca de refúgio e proteção contra as terríveis condições mundiais. Existem quase 70,8 milhões de pessoas deslocadas à força em todo o mundo. Também há milhões de apátridas aos quais foi negada a nacionalidade e acesso a direitos básicos, como educação, saúde, emprego e liberdade de movimento (ACNUR, 2019). Nesse cenário, é necessário mencionar que o acesso à saúde por esse grupo de pessoas é complicado e requer muita atenção, principalmente quando se trata de saúde mental. Além disso, este artigo tem como objetivo destacar quais são as dificuldades enfrentadas por esses grupos vulneráveis no tratamento e o diagnóstico, principalmente de doenças mentais, pois esse processo de migração geralmente vem com experiências traumatizantes.

TRAJETO	NATUREZA DA EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA
ANTES DA MIGRAÇÃO	Morte de familiares, falta de recursos, violência, estupro, perseguição, medo extremo.
DURANTE A MIGRAÇÃO	Falta de recursos básicos, separação dos membros da família, incerteza sobre o futuro.
NO PAÍS RECEPTOR	Dificuldades com a língua estrangeira, perda das redes sociais, ajustes culturais, dificuldade na construção de relações.

Fig. 2: Natureza das experiências traumáticas enfrentadas durante o trajeto de migração.

A prevalência de tipos específicos de problemas de saúde mental é influenciada pela natureza da experiência de migração e de acordo com Kirmayer et al. (2011) a trajetória de migração pode ser dividida em três componentes: pré-migração, migração e reassentamento pós-migração. Cada fase está associada a riscos e exposições específicos. O efeito desses fatores varia muito em gravidade. Normalmente, os danos causados por eventos mais graves e mais traumáticos, como guerra, violência e tortura, tornam o indivíduo mais vulnerável à depressão, pois o trauma pode levar à desesperança e à consequente perda de interesse nas atividades diárias.

Antes do processo de migração, existem fatores ambientais que provavelmente estão associados ao desenvolvimento de transtornos mentais. Esses fatores podem ser resumidos em

casos de morte na família, falta de recursos como água, abrigo e comida, perda de propriedade, agressão física, medo extremo, estupro e outros. Além disso, de acordo com Haamed et al., 2018, os civis nas zonas de guerra normalmente experimentavam pelo menos um evento traumático devido à guerra, além do fato de refugiados de guerra serem, em sua maioria, submetidos a tortura. Outra informação interessante é que, entre os refugiados curdos sírios, por exemplo, houve correlações positivas entre sintomas de TEPT e eventos traumáticos, como ser forçado a fugir do país, testemunhar violência e confinamento devido à violência. Além disso, enquanto os homens eram mais propensos a sofrer traumas, as mulheres eram mais propensas a apresentar sintomas de TEPT (HAAMED et al., 2018). Essas dificuldades enfrentadas pelos refugiados antes de sua migração podem ser complementadas e agravadas pelo estresse durante e após a migração.

Durante a migração, existem outros estressores que podem estar associados à depressão e à ansiedade. O estresse pode ser causado por uma incerteza no futuro, como é típico dos requerentes de asilo, por exemplo. Além disso, ao procurar um local ou país seguro, os refugiados são frequentemente separados dos membros da família, roubados, forçados a causar dor ou morte, testemunhas de tortura ou assassinato e suportam condições ambientais extremamente severas. Entre os que estão nos campos de refugiados, os estressores diários podem exacerbar problemas mentais e são eles: falta de necessidades básicas, movimento restrito e preocupação contínua com a segurança, pois os campos de refugiados combatem apenas soluções de curto prazo (HAMEED et al., 2018).

Finalmente, quando os refugiados chegam ao país de destino, eles ainda precisam enfrentar muitas barreiras, como perda de redes sociais, mudança de papéis sociais e estresse transcultural, enquanto se integram nos países de assentamento. Como resultado de todos esses fatores agravantes, é importante notar que os refugiados são de fato uma população de alta vulnerabilidade psicológica e psiquiátrica. Desse modo, resta a pergunta de quais são as barreiras e dificuldades que eles apresentam nos cuidados de saúde, principalmente quando se trata de saúde mental e emocional.

Chegada no país receptor - barreiras nos cuidados de saúde:

Segundo Robertshaw, Dhesi, Jones (2017), existem cinco fatores inter-relacionados que influenciam a prática dos profissionais de saúde: relações de confiança, comunicação, diferença de cultura, condições sociais e de saúde e tempo. Esses fatores desafiam a

capacidade das autoridades de oferecer a mesma qualidade de atendimento que a população em geral, levando a desigualdades na saúde, especialmente no que diz respeito à saúde mental. Ademais, a resolução desses cinco fatores seria imprescindível para o reassentamento bem-sucedido dos refugiados.

Para construir um bom relacionamento de confiança entre refugiados e profissionais de saúde mental, o cuidador deve ter um interesse ativo em sua formação, idioma e cultura, ajudando-o com suas necessidades nas diversas esferas da vida da sociedade. Além disso, a continuidade do serviço profissional precisa estar em vigor, porque a natureza transitória de alguns usuários e seus atendentes dificulta a construção de um relacionamento estável. Ademais, os profissionais de saúde mental devem ter compaixão, empatia e vontade de lidar com essa população em um momento de grande instabilidade e fragilidade psicológica. Nota-se que dentre todos os benefícios de se estabelecer relações de confiança, está o aumento do envolvimento com o serviço de saúde por refugiados e requerentes de asilo e maiores níveis de divulgação sobre suas preocupações sociais e de saúde (ROBERTSHAW; DHESI; JONES, 2017).

Conhecendo a importância dessas relações entre cuidadores e refugiados, outro desafio que se torna evidente é a dificuldade de comunicação entre eles, principalmente quando se trata de profissionais a serviço da saúde mental.

A compreensão da linguagem é um fator importante para avaliar a história do paciente, a fim de compreender completamente os problemas do mesmo. Uma possível solução para esse impasse seria o uso de um intérprete pessoalmente ou mesmo por telefone. Isso pode ser considerado um grande facilitador da comunicação, especialmente quando os intérpretes são bem treinados e familiarizados com a terminologia médica. No entanto, de acordo com Robertshaw, Dhesi, Jones (2017), houve desafios associados ao uso do intérprete. A comunicação por meio de intérpretes exigia tempo e despesas financeiras adicionais. Além disso, o uso de intérpretes causa certa impessoalidade e distanciamento afetivo entre as partes, e os participantes também podem estar preocupados com o fato de os intérpretes nem sempre comunicarem com precisão e/ou imporem sua própria visão. A falta de recursos linguísticos pode levar a enormes problemas emocionais, uma vez que é a principal responsável pela criação de novas habilidades sociais. A soma desses fatores pode aumentar as chances de isolamento, baixa autoestima e baixa vontade de socializar.

Outro problema enfrentado pelos refugiados, quando eles chegam ao país receptor, é o entendimento cultural. Isso porque quando as culturas se cruzam, pode haver uma diferença na compreensão e interpretação dos conceitos e terminologia da saúde. A diferença na atribuição de valores culturais em medicina, saúde mental e física também dificulta ainda mais a compreensão dos sintomas dos pacientes. Assim, o ganho de conhecimento e compreensão sobre as culturas de refugiados e requerentes de asilo foi visto como um importante facilitador no atendimento transcultural. (ROBERTSHAW, DHESI, JONES, 2017).

A falta de treinamento e orientação dos profissionais de saúde no que diz respeito aos refugiados é perfeitamente descrita por Robertshaw, Dhesi, Jones (2017), e também é outro fator importante que constrói uma barreira à plenitude mental dos refugiados. Aqui, é importante lembrar que o fator tempo se torna essencial, porque não há sentido em uma equipe bem treinada que não tenha tempo para atender o número de pacientes refugiados ou não.

No entanto, também existe uma negligência quanto a quantidade de recursos disponíveis no ambiente de saúde pública tanto para os refugiados, quanto para os profissionais de saúde. Ainda assim, mesmo quando disponível, o treinamento pode não ser acessível devido à falta de conscientização ou restrições de tempo (ROBERTSHAW, DHESI, JONES, 2017).

Como foi dito por Effird, Bith-Melander (2018, v.15, p. 131), a resolução dos requisitos de saúde de uma população vulnerável de refugiados merece uma estrutura flexível, pois originários de várias regiões do mundo, as necessidades dos refugiados devem ser cuidadosamente consideradas no contexto das diferenças culturais e econômicas com seus países anfitriões.

Por fim, a falta de políticas públicas que priorizem bons cuidados de saúde pública, sobretudo, para os refugiados, é o principal fator que influencia as dificuldades na chegada de refugiados ao país. Com um apoio político, seria mais fácil implementar campanhas para aumentar a conscientização sobre os problemas dessa população vulnerável e minoritária, além de divulgar a idéia da importância de cuidar da saúde mental e mostrar que essa população pode buscar ajuda tanto quanto a população nativa do país ou até mais. Para isso, a conexão entre os serviços também é importante, uma vez que a plenitude emocional requer cuidados tanto físicos quanto psicossociais.

Dificuldades no diagnóstico e tratamento de refugiados com transtornos mentais:

Nosè et al. (2017) afirmam que refugiados de vários contextos socioculturais podem ter perspectivas divergentes sobre as causas e prioridades em relação ao sofrimento vivenciado, em comparação com o diagnóstico de TEPT conceituado em sistemas de classificação psiquiátrica. O trauma vivenciado por refugiados é diferente em caráter, gravidade e duração do que o visto em outras populações, levando à expressão de psicopatologia com um curso flutuante de longo prazo e uma alta comorbidade com outros transtornos, particularmente depressão.

Mesmo se o TEPT fosse um diagnóstico direto e aplicável a refugiados de todas as culturas, o processo de avaliação ainda seria difícil. Embora existam vários desafios para cada paciente, as pessoas de origem estrangeira encontram barreiras ao tentar fazer uso do sistema de saúde, como falha de comunicação e descumprimento dos pacientes devido à má compreensão das instruções. O clínico, o intérprete e o paciente refugiado têm, cada um, um contexto cultural e um conjunto de experiências e expectativas que costumam ser amplamente divergentes. Devido às complexidades de tal tríade, as dificuldades de avaliar e tratar adequadamente o refugiado traumatizado podem parecer intransponíveis (BURGESS, 2004). A continuidade dos cuidados é geralmente considerada um elemento central nos cuidados de alta qualidade e o conceito é particularmente importante no que diz respeito aos grupos vulneráveis, como imigrantes e refugiados, uma vez que os membros desses grupos muitas vezes carecem de conhecimentos e recursos para compensar os cuidados menos do que ideais.

Os refugiados também podem ter dificuldade em desenvolver confiança nos médicos do país anfitrião, especialmente na ausência de cuidados que sejam linguística e culturalmente acessíveis. Sem algum meio de comunicar seu histórico médico, necessidades atuais e práticas e crenças pessoais de saúde, essa população está propensa a receber negligência médica. Além disso, a literatura anterior descobriu que imigrantes e refugiados, juntamente com minorias étnicas, têm vias de acesso mais complicadas a tratamento psiquiátrico e que imigrantes e refugiados fazem pouco uso dos serviços de saúde mental, apesar da grande necessidade. Isso pode ser explicado pelo estigma e falta de compreensão da doença mental. (JENSEN et al., 2014).

Além disso, Jensen et al. (2014) também afirmaram que refugiados com necessidades de saúde mental são mais propensos a utilizar os serviços para queixas de saúde física, incluindo atendimento de emergência. Isso pode ser parcialmente atribuído ao sofrimento somático que

está ligado a transtornos como o TEPT. A evidência sobre o possível papel do sofrimento somático sugere que os profissionais de saúde podem diagnosticar incorretamente refugiados e requerentes de asilo e atrasar o início do tratamento de saúde mental. O diagnóstico de problemas mentais é particularmente difícil com populações de refugiados devido às barreiras linguísticas e de comunicação associadas ao trabalho por meio de intérpretes. Portanto, é particularmente importante que os provedores entendam o sofrimento somático como uma resposta comum ao trauma em todas as culturas. Se os profissionais de saúde tiverem uma compreensão clara do sofrimento somático ou da dor inespecífica em relação à doença mental, eles podem solucionar melhor as barreiras da linguagem e fornecer um diagnóstico de saúde mental precoce e apropriado. Além disso, os refugiados parecem ter maiores chances de reexposição ao trauma e recorrência de sintomas de estresse traumático em seu novo ambiente quando enfrentam moradia inadequada, violência e assédio racial. Esses problemas tendem a aparecer e reaparecer constantemente, tornando seu tratamento um processo longo e difícil.

Dessa forma, as organizações profissionais devem implementar um foco maior em questões de pesquisa, prática e políticas relacionadas à saúde mental dos refugiados. Isso poderia ser alcançado destacando-se pesquisas relacionadas a refugiados e requerentes de asilo em conferências que reúnam os membros da sociedade; facilitando colaborações entre pesquisadores, médicos, serviços de refugiados, agências governamentais e organizações não governamentais no campo; e fornecendo oportunidades de treinamento e educação sobre práticas baseadas em evidências com refugiados e solicitantes de refúgio.

CONCLUSÃO:

Em suma, as conclusões desta revisão bibliográfica sublinham o dramático fardo de saúde mental presente entre os refugiados antes, durante e depois do seu processo de migração. Isso sustenta a necessidade de aprimoramento profissional no sistema de saúde mental dos países de destino e indica fortemente a necessidade de estabelecer um apoio psicossocial precoce e contínuo para refugiados que sofrem de sofrimento psíquico. Por fim, os autores sugerem que as organizações profissionais implementem um foco maior em questões de pesquisa, prática e políticas relacionadas à saúde mental dos refugiados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), **American Psychiatric Pub**, 2013.

BREMNER, J. D. et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. **The American journal of psychiatry**, v. 152, n. 7, p. 973, 1995.

BURGESS, A. Health challenges for refugees and immigrants. **Refugee Reports**, v. 25, n. 2, p. 1-3, 2004.

CHIARENZA, A. et al. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 513, p. 1-14, 2019.

ECKSTEIN, B. Primary care for refugees. **American Family Physician**, v. 83, n. 4, p. 429-436, 2011.

EFFIRD, T.; BITH-MELANDER, P. Refugee Health: An Ongoing Commitment and Challenge. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.15, p. 131, 2018.

GRAEFF, F. G. Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, p. 21-24, 2003 .

HAMEED, S. et al. The increased Vulnerability of refugee population to Mental Health Disorders. **Kansas Journal of Medicine**, f.11, v.1, p 20-23, 2018.

KIRMAYER, L. J. et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. **Canadian Medical Association Journal**, v.183, n.12, p. E959-E967. September 06, 2011.

MISHORI, R.; ALEINIKOFF, S.; DAVIS, D. Primary care for refugees: challenges and opportunities. **American Family Physician**, v. 96, n. 2, p. 112-120, 2017.

QUEVEDO, J. et al . Consolidação da memória e estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, supl. 1, p. 25-30, 2003.

ROBERTSHAW, L.; DHESI, S.; JONES, L. L. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. **BMJ Open**, v. 7, **e015981**, 2017.

SZAFLARSKI, M.; BAULDRY, S. The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. **Advances in Medical Sociology**, v. 19, p.173-204, 2019.

United Nations High Commissioner for Refugees- UNHCR, 2019. Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/perguntas-e-respostas/#refugiado>.

Acesso em: 7 de novembro de 2019.

YEHUDA, R. et al. Post-traumatic stress disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, p. 15057, 2015.