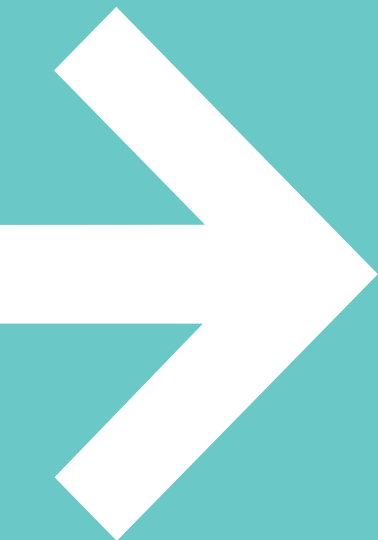




EQUIDADE EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DE BRASILEIROS E CABO-VERDIANOS EM PORTUGAL

**VIOLETA ALARCÃO (COORD.)
PEDRO CANDEIAS
JÚLIA NEVES
SÓNIA PINTASSILGO
FERNANDO LUÍS MACHADO**

75

OUTUBRO 2023

**EQUIDADE EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA:
SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DE BRASILEIROS
E CABO-VERDIANOS EM PORTUGAL**

VIOLETA ALARCÃO (COORD.)

PEDRO CANDEIAS

JÚLIA NEVES

SÓNIA PINTASSILGO

FERNANDO LUÍS MACHADO

Equidade em saúde em tempos de pandemia: saúde mental e bem-estar de brasileiros e cabo-verdianos em Portugal

Coord. Violeta Alarcão... [et al.]. – 1ª ed. – (Estudos OM; 75)

ISBN 978-989-685-139-2

PROMOTOR

OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES (OM)

www.om.acm.gov.pt/om@acm.gov.pt

COORDENADORA DO OM

CATARINA REIS DE OLIVEIRA

AUTORES

VIOLETA ALARCÃO (COORD.)

PEDRO CANDEIAS

JÚLIA NEVES

SÓNIA PINTASSILGO

FERNANDO LUÍS MACHADO

EDIÇÃO

ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES, I.P. (ACM, I.P.)

RUA ÁLVARO COUTINHO, 14, 1150-025 LISBOA

TELEPHONE: (00351) 21 810 61 00 FAX: (00351) 21 810 61 17

E-mail: om@acm.gov.pt

EXECUÇÃO GRÁFICA

AVCPRINT

PRIMEIRA EDIÇÃO

300 EXEMPLARES

ISBN

978-989-685-139-2

DEPÓSITO LEGAL

523450/23

LISBOA, OUTUBRO 2023

ÍNDICE GERAL

NOTA DA COORDENADORA DO OM	7
EQUIDADE EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DE BRASILEIROS E CABO-VERDIANOS EM PORTUGAL	11
AGRADECIMENTOS	12
INTRODUÇÃO	13
CAP. 1. EFEITOS DA PANDEMIA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E NO BEM-ESTAR DE POPULAÇÕES MIGRANTES NA EUROPA	17
1. CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS	17
2. CONTEXTOS NACIONAIS	18
3. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	19
3.1. Estabilidade económica	19
3.2. Características sociodemográficas das populações migrantes	20
3.3. Acesso aos cuidados de saúde e adesão ao tratamento	21
4. INDICADORES E RESULTADOS DE SAÚDE MENTAL	21
4.1. Sofrimento mental e familiar	21
4.2. Estigmatização e discriminação de grupos vulneráveis	22
5. MECANISMOS DE COPING	22
6. IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA REVISÃO DE LITERATURA	22
CAP. 2. PROJETO EQUALS4COVID19: OBJETIVOS E MÉTODO	25
1. INQUÉRITO À SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E CABO-VERDIANA	25
1.1. Objetivos	25
1.2. Método	25
1.2.1. Desenho do estudo e participantes	25
1.2.2. Medidas	25
1.2.3. Análises estatísticas	27
1.2.4. Considerações éticas	28
2. GRUPOS FOCAIS COM POPULAÇÃO IMIGRANTE E COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	28
2.1. Objetivos	28
2.2. Método	29
2.2.1. Participantes e processo de recolha de dados	29
2.2.2. Análise de dados	29
3. ENTREVISTAS A STAKEHOLDERS	30
3.1. Objetivos	30
3.2. Método	30
3.2.1. Participantes e procedimentos	30
3.2.2. Processo de recolha de dados	30
3.2.3. Instrumento de recolha de dados	31
3.2.4. Análise de dados	31

CAP. 3. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DOIS ANOS APÓS A PANDEMIA DE COVID-19: RESULTADOS DO INQUÉRITO À POPULAÇÃO BRASILEIRA E CABO VERDIANA EM PORTUGAL	33
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
2. PREDITORES DE MAL-ESTAR MENTAL	35
2.1. Sofrimento psicológico	35
2.2. Ansiedade	37
2.3. Depressão	39
CAP. 4. FEITOS DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL E NO BEM-ESTAR: RESULTADOS DOS GRUPOS FOCAIS	43
1. GRUPOS FOCAIS COM MIGRANTES BRASILEIROS E CABO-VERDIANOS	43
1.1. Impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar	43
1.2. Barreiras na utilização dos serviços	47
1.3. Impactos da pandemia na utilização dos serviços	49
1.3.1. Atendimento nos hospitais e centros de saúde	49
1.3.2. Vacinação	50
1.3.3. Segurança Social, Finanças e Serviço de Estrangeiros e Fronteiras	50
2. GRUPOS FOCAIS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	51
2.1. Impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar	51
2.1.1. Impactos na saúde e no bem-estar de profissionais de saúde	51
2.1.2. Impactos na saúde e no bem-estar das populações imigrantes	51
2.2. Barreiras no acesso à saúde	53
2.3. Impactos na organização dos serviços e na prestação dos cuidados de saúde	54
CAP. 5. EFEITOS DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL E NO BEM-ESTAR: RESULTADOS DAS ENTREVISTAS A STAKEHOLDERS	57
1. IMPACTOS E BARREIRAS LEVANTADAS PELA PANDEMIA COVID-19 À SAÚDE E AO BEM-ESTAR DE UTENTES	57
2. RESPOSTAS DADAS PELAS INSTITUIÇÕES ENTREVISTADAS AOS IMPACTOS E BARREIRAS SENTIDAS PELOS UTENTES	60
3. RESPOSTAS DADAS POR INSTITUIÇÕES PÚBLICAS AOS IMPACTOS E BARREIRAS SENTIDAS POR UTENTES	62
4. IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO SOCIAL E DE SAÚDE	63
5. RESPOSTAS DADAS PELAS INSTITUIÇÕES AOS IMPACTOS E BARREIRAS SENTIDAS PELAS PRÓPRIAS INSTITUIÇÕES	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES	65
1.1. Implicações e recomendações do inquérito à saúde mental das populações migrantes	65

1.2. Implicações e recomendações dos grupos focais	67
1.3. Implicações e recomendações das entrevistas aos <i>stakeholders</i>	68
2. RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A EQUIDADE AO NÍVEL DA SAÚDE MENTAL E DO BEM-ESTAR DAS POPULAÇÕES	69
2.1. Apoios gerais a instituições	69
2.1.1 Apoios financeiros	69
2.1.2. Aumento de infraestruturas	69
2.1.3. Melhoria ao nível dos recursos humanos	69
2.1.4. Estratégias de comunicação	69
2.2. Melhorar o acesso à saúde	69
2.2.1. Melhoria ao nível dos recursos humanos	69
2.2.2. Promover o acesso à saúde	70
2.2.3. Estratégias de comunicação	70
2.3. Melhorar a saúde mental e o acesso aos serviços de saúde mental	71
2.3.1 Melhoria ao nível dos recursos humanos	71
2.3.2. Educação e formação	71
2.3.3. Segurança laboral	71
2.4. Divulgação dos serviços, ações de sensibilização e formação	71
2.5. Reduzir o preconceito e a discriminação	72

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra do inquérito à população brasileira e cabo-verdiana	33
Tabela 2. Prevalência de sofrimento psicológico e fatores associados	36
tabela 3. Análise de regressão hierárquica para identificação de preditores de sofrimento psicológico	37
Tabela 4. Prevalência de ansiedade (moderada a severa) e fatores associados	38
Tabela 5. Análise de regressão hierárquica para identificação de preditores de ansiedade (moderada a severa)	39
Tabela 6. Prevalência de sintomas depressivos (moderados a severos) e fatores associados	40
Tabela 7. Análise de regressão hierárquica para identificação de preditores de sintomas depressivos (moderados a severos)	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide das intervenções de saúde mental e apoio psicossocial em situações de emergência	32
---	----

NOTA DA COORDENADORA DO OM

Com o estudo *Equidade em Saúde em Tempos de Pandemia: saúde mental e bem-estar de brasileiros e cabo-verdianos em Portugal*, resultado da candidatura da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES) do ISCTE-IUL ao tema a concurso sobre “condições de saúde, acesso e utilização de serviços de saúde por migrantes” do Aviso n.º 95/2021 do Fundo Europeu de Asilo, Migração e Integração (FAMI), a Coleção de *Estudos do OM* ganha um novo volume que promove uma leitura atenta acerca dos desafios que se colocam à equidade em saúde no contexto atípico e inédito que trouxe a pandemia COVID-19.

Como é muito bem enquadrado por esta equipa de investigação, a pandemia COVID-19 impactou todos os aspetos da vida das pessoas, induzindo a um agravamento das desigualdades em saúde e a um aumento de problemas de saúde mental, com efeitos superiores nos grupos socialmente mais vulneráveis e marginalizados, onde se incluem os imigrantes. O estudo salienta que entre os fatores de risco para a saúde mental e para o bem-estar dos imigrantes no contexto da pandemia COVID-19 em Portugal estiveram a perceção de discriminação, agravamento da situação financeira, risco de perder o emprego, as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, os baixos níveis de resiliência e a ausência de suporte social ou familiar.

A Comissão Europeia, no *Plano de Ação para a Integração e a Inclusão 2021-2027* (COM(2020) 758 final, de 24 de novembro de 2020), também reconheceu o acesso insuficiente a serviços de saúde por imigrantes como um obstáculo à integração e à inclusão nos países europeus, afetando todas as áreas da vida, incluindo o emprego e a educação. Neste âmbito a saúde tem sido assumida como uma das principais áreas setoriais de intervenção para os próximos anos, incluindo-se como prioritária a promoção do acesso a serviços de saúde por imigrantes e a promoção da saúde mental das pessoas de origem imigrante. Neste plano de ação europeu destaca-se ainda que a pandemia COVID-19 evidenciou desigualdades que persistem no acesso aos serviços de saúde nos países europeus e que colocam riscos às sociedades de uma forma geral, sendo reconhecido que os imigrantes são confrontados com barreiras persistentes e específicas no acesso aos serviços de saúde, incluindo barreiras administrativas, receios associados à incerteza da duração da sua permanência, discriminação, falta de informação e pouca familiaridade com o modo de funcionamento do sistema de saúde do país de acolhimento, barreiras linguísticas e interculturais. No contexto pandémico foi ainda identificado que os migrantes e as suas famílias estão mais expostos aos riscos da COVID e a outras doenças infecciosas, bem como a problemas de saúde mental, por assumirem os trabalhos mais exigentes das sociedades de acolhimento e pelos percursos muitas vezes traumáticos por que passam ou por sofrerem discriminação (aprofundado em Oliveira, 2022: 244-278).

Em 2021 foi aplicado um Eurobarómetro Especial sobre a integração de imigrantes na União Europeia (2021) que integrou um indicador que relacionou a pandemia COVID-19 com a integração dos imigrantes, questionando se os residentes nos vários países da União Europeia consideravam importante as medidas definidas para combater os efeitos da pandemia atenderem também às necessidades de

integração dos imigrantes. Na generalidade dos países mais de metade dos inquiridos aferiu como importante que as medidas de combate aos efeitos da pandemia atendessem também às necessidades dos imigrantes, surgindo Portugal em destaque como o país da UE27 com maior percentagem de inquiridos (96%) a relevar essa importância.

Mas não foi apenas a perceção que foi mais favorável em Portugal, como durante a pandemia foram efetivadas no país várias medidas extraordinárias que procuraram atender também às necessidades de integração dos imigrantes no contexto pandémico SARS-CoV-2 e da infeção epidemiológica por COVID-19. Como se analisa no subcapítulo sobre a integração de imigrantes e a pandemia COVID-19, do *Relatório de Indicadores de Integração de Imigrantes* (Oliveira, 2022: 274), em Portugal foram definidos vários Despachos a partir de março de 2020 (com sucessivas atualizações) que salvaguardaram que todos os cidadãos estrangeiros com processos pendentes ou a expirar no país fossem assumidos como se encontrando em situação de permanência regular, o que lhes permitiu gozarem dos mesmos direitos de acesso à saúde que os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em condições de igualdade relativamente à prestação de cuidados de saúde em instituições e serviços oficiais e à assistência medicamentosa, estando sujeitos aos mesmos princípios e normas em matéria de pagamento e de isenções de taxas moderadoras.

Complementarmente, e para promover o acesso à prestação de cuidados de saúde no SNS, no âmbito da fase de mitigação da pandemia, a Direção-Geral de Saúde (DGS) emitiu uma informação logo em 2020 sobre a prestação de cuidados de saúde a migrantes e refugiados (Informação n.º 010/2020, de 8 de maio de 2020). Também a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) reforçou com a publicação de informações de proteção à saúde para imigrantes, tendo estes direito à assistência num centro de saúde ou num hospital em igualdade de tratamento com os demais beneficiários do SNS.

No âmbito da vacinação contra a COVID-19 em Portugal, o governo português também incentivou a vacinação para todos os residentes no país, independentemente da sua nacionalidade ou condição legal no país. Para os cidadãos com número de utente do SNS foi promovido o autoagendamento, tendo sido criado pelo ACM um serviço de apoio ao registo para os estrangeiros no caso de terem dificuldades no processo de vacinação. Já para os estrangeiros residentes sem número de utente de saúde, para também integrarem o plano nacional de vacinação o governo criou uma plataforma *online* para permitir o seu registo. Em 2021 foi ainda criada a modalidade “casa aberta” para pessoas com mais de 18 anos se vacinarem, incluindo os estrangeiros residentes no país. Foram ainda criados vários suportes informativos sobre vacinação COVI-19, publicados em várias línguas. Em resultado, o número de pessoas com nacionalidade estrangeira, vacinadas contra a COVID-19 em 2021, retrata bem a adesão ao programa de vacinação de Portugal (990,6 mil pessoas vacinadas), número que superou largamente (+42%) o universo de estrangeiros com título de residência em 2021 (699 mil) e o universo dos estrangeiros inscritos no SNS em 2021 (804,3 mil), já que os vacinados incluíram não apenas imigrantes com residência permanente em Portugal, como turistas estrangeiros, imigrantes temporários ou imigrantes em situação irregular no país.

Apesar desta mobilização ímpar para a vacinação contra a COVID-19 por imigrantes e o desenvolvimento de várias medidas de mitigação dos efeitos da pandemia na vida e integração dos imigrantes em Portugal, especialmente entre 2020 e 2021, persistem várias lacunas de conhecimento sobre a real situação dos imigrantes num contexto atípico duma pandemia, desde logo ao nível da sua saúde mental e do seu bem-estar. É neste âmbito que este estudo procura trazer algumas respostas a novas questões que se levantam no período pós-pandémico. O estudo acrescenta, de forma inédita e bem argumentada, algumas recomendações quanto a como intervir para melhorar a equidade em saúde e a saúde mental dos imigrantes residentes em Portugal no período pós-pandémico, desdobrando as implicações dos resultados do estudo no âmbito da reflexão em torno de apoios gerais às instituições de solidariedade social e associações que trabalham para e com os imigrantes; de melhoria do acesso à saúde de uma maneira geral e de melhoria da saúde mental e do acesso aos serviços de saúde mental; de divulgação dos serviços, de ações de sensibilização e formação; e de ações para a redução do preconceito e da discriminação contra imigrantes.

Por este estudo inédito, coordenada por Violeta Alarcão, o Observatório das Migrações deixa um conhecido agradecimento a esta equipa que promoveu um trabalho sólido de investigação-ação onde pouco conhecimento existia, trazendo contributos relevantes sobre o estudo da relação entre imigração e desigualdades em saúde e problemas de saúde mental, exacerbados no contexto da pandemia COVID-19.

CATARINA REIS DE OLIVEIRA

COORDENADORA DO OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES

EQUIDADE EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DE BRASILEIROS E CABO-VERDIANOS EM PORTUGAL

AGRADECIMENTOS

O projeto EQUALS4COVID19, acrónimo para *Equidade em Saúde em Tempos de Pandemia* (PT/2021/FAMI/697), resulta do esforço colaborativo de uma equipa alargada, multidisciplinar e multi-institucional, de investigadores/as, inquiridores/as e colaboradores/as.

Agradecemos à equipa de terreno que assegurou a recolha de dados da componente quantitativa do estudo: Beatriz Matias; Carolina Gomes; Daniel Nobre; Júlia Neves; Mariana Évora; Ivanilda Costa; Rodrigo Rufino.

O nosso agradecimento também a Joana Almeida pelo desenvolvimento do logótipo do projeto e a Inês Grosa pela colaboração na comunicação e imagem do projeto.

Agradecemos às várias associações e outras instituições, cuja colaboração tornou possível este projeto: ACV – Associação Caboverdeana de Lisboa; ALCC – Associação Lusofonia, Cultura e Cidadania; AJPAS – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde; ASSACM – Associação de Solidariedade Social do Alto da Cova da Moura; Casa do Brasil de Lisboa; CEPAC – Centro Padre Alves Correia; Embaixada de Cabo Verde em Portugal; Gabinete de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM); Girassol Solidário – Associação de Apoio aos Doentes Evacuados de Cabo Verde; Prosaudesc – Associação de Promotores de Saúde Ambiente e Desenvolvimento SocioCultural; UAI Braga – Associação União, Acolhimento e Integração.

O nosso reconhecimento, também, pelo trabalho exemplar de todo o pessoal dos serviços de apoio à investigação da Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) / Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) e do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa (CIES-Iscte), entidades de acolhimento do estudo.

Por fim, mas não menos importante, o profundo agradecimento da equipa do projeto a todas as pessoas que aceitaram participar, imigrantes, profissionais de saúde e *stakeholders*, pela forma generosa com que partilharam as suas experiências.

INTRODUÇÃO

“(...) the war against COVID-19 cannot be won if migrants are forgotten; unus pro omnibus, omnes pro uno, or one for all, and all for one, must guide the fight against COVID-19.”

(Carballo et al., 2020: 3)

Equidade em saúde em tempos de pandemia: avaliação de impacto na saúde mental e bem-estar da população brasileira e cabo-verdiana em Portugal foi um projeto financiado pelo FAMI – Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração (PT/2021/FAMI/697), que teve como entidade acolhedora o Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) – sendo a gestão financeira efetuada através da Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) –, e como entidade participante o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Iscte-Instituto Universitário de Lisboa (CIES-Iscte). A equipa que implementou o projeto foi constituída pela coordenadora, Violeta Alarcão, e pelos/as investigadores/as Fernando Luís Machado (CIES-Iscte), Ana Virgolino (ISAMB-FMUL), Júlia Neves (ISAMB-FMUL), Miodraga Stefanovska-Petkovska (ISAMB-FMUL), Osvaldo Santos (ISAMB-FMUL), Pedro Candeias (ISAMB-FMUL), Ricardo R. Santos (ISAMB-FMUL), e Sónia Pintassilgo (CIES-Iscte).

Integrado na medida do FAMI de financiamento de estudos para desenvolver, acompanhar e avaliar as políticas públicas de integração nos Estados-Membros, este projeto pretendeu contribuir para a integração das populações imigrantes em Portugal, através da produção de recomendações para a melhoria das respostas aos problemas de saúde mental e bem-estar da população brasileira e cabo-verdiana a residir em Portugal.

A pandemia global de COVID-19 e as consequências disruptivas dela decorrentes, nos sectores económico, da saúde e educacional, impactaram todos os aspetos da vida das pessoas, gerando um quadro de vulnerabilidade económica e social. A situação pandémica tem sido comparada à crise financeira global iniciada em 2007/8, cujo impacto no acentuar da exclusão social dos grupos mais vulneráveis e no agravamento das desigualdades em saúde, bem como no aumento de problemas mentais, já foi estudado (Esteves et al., 2018; Legido-Quigley et al., 2016; McDaid et al., 2013; Padilla, 2013; Santana, 2015).

Os efeitos da pandemia tendem a ser superiores nos grupos socialmente mais vulneráveis e marginalizados, incluindo migrantes internacionais, que surgem sobrerrepresentados nos casos de COVID-19 confirmados com diagnóstico laboratorial, nos internamentos hospitalares, nos cuidados intensivos e nas estatísticas de óbitos por COVID-19 em todos os países com dados disponíveis (Burton et al., 2020; Diaz et al., 2021).

A ideia central desta investigação foi a de que a pandemia agravaria profundamente as desigualdades em saúde. Simultaneamente, revelaria determinantes sociais das desigualdades, incluindo a migração enquanto determinante específico que medeia a interação dos fatores sociais, económicos,

culturais, institucionais e estruturais com os indicadores de saúde, afetando as diferentes esferas da vida (Carballo *et al.*, 2020; Gostin *et al.*, 2019; Greenaway *et al.*, 2020). Deste modo, considerou-se importante identificar os múltiplos fatores de ordem individual, social, cultural, institucional e estrutural que se interligam, influenciando a saúde mental e o bem-estar, para melhor compreender as interdependências entre a saúde mental e os desafios globais, no atual contexto pós-pandêmico, e respetivos impactos individuais e societais.

A COVID-19 é, também, uma doença social que necessita de respostas integradas do âmbito da saúde e de respostas económicas e sociais (Trout e Kleinman, 2020). São necessários estudos com uma abordagem interseccional para analisar a complexidade da situação e adotar as respostas políticas necessárias para lidar com essa complexidade. O uso de uma lente interseccional de análise permite identificar diferenciais no impacto da pandemia entre indivíduos e grupos sociais, sendo útil na elaboração de respostas políticas com um foco na equidade, ou seja, que mitiguem, em vez de aumentarem, o efeito desigual da pandemia (Maestripieri, 2021).

A evidência científica, tanto a nível internacional como nacional, tem vindo a apontar de forma consistente para a existência de importantes problemas de saúde mental associados ao contexto pandémico da COVID-19. Os indicadores de saúde mental e bem-estar que mais frequentemente têm sido relatados referem-se, maioritariamente, ao aumento de sintomatologia de ansiedade e depressão, sofrimento psicológico, perturbação de stress pós-traumático e perturbações do sono (Almeida *et al.*, 2020b; Antunes *et al.*, 2020; Bäuerle *et al.*, 2020; Casagrande *et al.*, 2020; Huang e Zhao, 2020; Losada-Baltar *et al.*, 2021; Paulino *et al.*, 2021; Pierce *et al.*, 2020; Rossi *et al.*, 2020).

O estudo SM-COVID19, coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em colaboração com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (Almeida *et al.*, 2020b), teve por objetivo principal caracterizar a saúde mental e o bem-estar no contexto da pandemia de COVID-19, na população portuguesa em geral, nos/as profissionais na linha da frente, nomeadamente nos/as profissionais dos serviços de saúde, nos cidadãos em isolamento ou quarentena, nas pessoas infetadas com SARS-CoV-2, e nos doentes com COVID-19. Para isso, o estudo adotou um desenho observacional de natureza transversal, com recolha de dados através de um questionário estruturado auto preenchido, por via eletrónica, com duas abordagens amostrais, uma de base populacional (n=3982) e outra de profissionais de saúde com atividade em território português (n=2097). Os resultados revelam que 33,7% dos indivíduos da população em geral e 44,8% dos/as profissionais de saúde apresentavam sinais de sofrimento psicológico. Na população em geral, 27,0% dos inquiridos reportaram sintomas moderados a graves de ansiedade, 26,4% de depressão e 26,0% de perturbação de stress pós-traumático, sendo estas prevalências bastante superiores às reportadas no 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida e Xavier, 2013). O estudo verificou, ainda, que são sobretudo as mulheres, os jovens adultos entre os 18 e os 29 anos, as pessoas desempregadas e os indivíduos com mais baixo rendimento quem apresenta sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, em várias das dimensões de saúde mental analisadas (Almeida *et al.*, 2020b). Apesar de se

tratar de um estudo de larga escala, somente 1,3% do total da população inquirida em geral e 0,3% dos/as profissionais de saúde tinham nacionalidade estrangeira. Deste modo, a evidência produzida salientava a pertinência da construção de conhecimento sobre a associação entre saúde mental e pandemia em grupos específicos da população considerados de particular risco ou vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas psicológicos (Almeida *et al.*, 2020b).

Existem questões adicionais relativas à saúde mental de pessoas migrantes que implicam respostas específicas (Gautam *et al.*, 2020). As populações migrantes, regra geral, têm menor acesso a cuidados de saúde de qualidade (devido a fatores tais como a pobreza, as barreiras físicas, culturais e linguísticas, a discriminação racial, as dificuldades de navegação no sistema de saúde, entre outros). Tendem a estar sobre representadas em trabalhos essenciais da linha de frente da pandemia, que não podem ser desempenhados em casa, com o consequente aumento da exposição ao vírus. Muitas pessoas migrantes trabalham no sector de serviços, sem contrato de trabalho formal, e estão excluídas da rede de segurança social, pelo que não têm acesso a subsídios ou ajuda quando perdem os seus empregos ou fontes de subsistência. Nesta circunstância, persistem a perda de rendimentos, o desemprego e o medo de deportação a eles associado. Desta forma, a pandemia e as medidas de confinamento podem fazer aumentar problemas comuns em trabalhadores migrantes, com prejuízo da sua saúde mental e agravando a sua precária qualidade de vida (Liem *et al.*, 2020). Ao considerarmos a intersecção da condição migrante com o género, vemos que, nos Estados Unidos e no Reino Unido, a pandemia tendeu a afetar de forma desigual as mulheres de origem africana e latino-americana, dada a sua localização em sistemas sobrepostos de opressão, que conduzem a uma maior mortalidade e morbilidade, e também a uma maior perda da capacidade económica durante a pandemia (Greenaway *et al.*, 2020; Obinna, 2021).

O agravamento dos stressores psicossociais, a discriminação de género, religiosa ou étnico-racial, a violência sexual e de género, as medidas de confinamento e os recursos habitacionais, e ainda a estigmatização devida a problemas de saúde mental encontram-se entre os fatores agravantes das condições de saúde mental pré-existent e/ou de aparecimento de novas vulnerabilidades nessas populações (Pinzón-Espinosa *et al.*, 2021).

Por todo o mundo existem populações vulneráveis, como pessoas migrantes, refugiados e requerentes de asilo, que necessitam de uma atenção particular por parte de decisores políticos. Políticas adaptadas a cada país e baseadas em evidência científica, que garantam o acesso equitativo à saúde, são fundamentais para proteger toda a população (Gogoi *et al.*, 2020; Greenaway *et al.*, 2020; Machado e Goldenberg, 2021).

O projeto EQUALS4COVID19 pretendeu preencher essa lacuna no conhecimento do impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental e bem-estar das populações imigrantes em Portugal, incorporando uma abordagem holística, interseccional e multinível. Globalmente, este estudo visou contribuir para a recolha de informação que possibilitasse informar programas de melhoria da saúde mental para a população em geral e para as populações imigrantes em particular, contribuindo para a promoção da

equidade de gênero, de idade e étnico-racial. O projeto visou, ainda, a produção de recomendações práticas, social, cultural, religiosa e linguisticamente apropriadas, que as autoridades nacionais e regionais de saúde pública possam implementar para promover a equidade ao nível da saúde mental e do bem-estar das populações, promover a literacia em saúde e reduzir as desigualdades sociais e de saúde. As propostas para abordar as questões de saúde mental das populações migrantes devem ser consideradas no contexto das mudanças globais necessárias na prestação de serviços de saúde mental, incluindo um maior envolvimento de pacientes, famílias e comunidades na conceção e prestação desses serviços (Pinzón-Espinosa *et al.*, 2021).

A investigação desenvolvida foi sustentada por uma revisão sistemática de literatura e por uma abordagem metodológica mista, com uma componente quantitativa e uma componente qualitativa, tendo como objetivo geral avaliar o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar físico, mental e social da população imigrante em Portugal, em particular de pessoas com nacionalidade brasileira e cabo-verdiana. Os objetivos específicos foram:

1. Identificar os fatores modificáveis de proteção ou de fragilização da saúde mental em contexto pandémico na população imigrante;
2. Caracterizar o acesso percebido aos serviços de saúde e as medidas de proteção individual da população imigrante;
3. Produzir recomendações para a política pública de integração de imigrantes e de requerentes de asilo, bem como identificar boas práticas para a capacitação dos/as profissionais de saúde, enquanto agentes privilegiados da promoção da saúde mental e do bem-estar, no respeito pela diversidade individual e cultural.

Globalmente, esperamos que os resultados obtidos pelo EQUALS4COVID19 contribuam para o aumento da consciência, do conhecimento e das competências técnicas relativas à prestação de cuidados de saúde mental a populações imigrantes em Portugal, permitindo reduzir desigualdades no seu acesso à saúde de qualidade e no seu bem-estar geral, e procurando cumprir compromissos internacionais de respeito pelos direitos humanos.

O presente livro está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo é apresentada uma revisão sistemática de literatura sobre os efeitos da pandemia na saúde mental de populações imigrantes. A problemática, objetivos e metodologia do projeto constituem o conteúdo do segundo capítulo. Os três capítulos seguintes são capítulos empíricos; o terceiro capítulo expõe os resultados obtidos através do inquérito à saúde mental e bem-estar da população brasileira e cabo-verdiana residente em Portugal, o quarto dedica-se aos resultados dos grupos focais com população imigrante e com profissionais de saúde, e o quinto analisa os resultados das entrevistas aos *stakeholders* envolvidos na implementação das medidas relacionadas com a saúde mental e o bem-estar de imigrantes durante a pandemia. No último capítulo, apresentamos a discussão dos resultados e as conclusões deste trabalho, incluindo as principais recomendações de boas práticas para cuidados de saúde mental mais inclusivos e integrados.

CAPÍTULO 1.

EFEITOS DA PANDEMIA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E NO BEM-ESTAR DE POPULAÇÕES MIGRANTES NA EUROPA

Para identificar e sintetizar a investigação existente sobre os efeitos da pandemia COVID-19 na saúde mental de migrantes adultos/as internacionais (incluindo refugiados, requerentes de asilo e migrantes em situação irregular), e tendo em vista formular recomendações adequadas para cuidados de saúde mais inclusivos e sensíveis às necessidades e características das populações migrantes, foi realizada uma revisão da literatura com enfoque no contexto europeu, menos estudado.

Procedeu-se a uma pesquisa sistemática nas bases de dados eletrónicas *MEDLINE* (via *PubMed*), *Scopus* e *WHO Global Health research database on COVID-19*, utilizando combinações de termos de pesquisa adaptadas à sintaxe e funcionalidade de cada base de dados. Todas as pesquisas foram realizadas a 13 de outubro de 2021.

A pesquisa identificou 1938 publicações nas três bases de dados mencionadas. Uma vez removidas as duplicações, restaram 1291 artigos para triagem. Destes, 1226 foram excluídos por não serem estudos empíricos, não se focarem na saúde mental ou não incluírem populações migrantes. Após esta eliminação, ficaram 65 publicações. Onze desses artigos (17%) dizem respeito a pesquisa conduzida em países europeus e foram selecionados para a análise de literatura, visando mapear a investigação existente sobre os efeitos da pandemia COVID-19 na saúde mental de migrantes, bem como para identificar lacunas de conhecimento a este respeito na Europa.

1. CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Todos os trabalhos selecionados foram publicados em revistas com fator de impacto, principalmente em revistas classificadas no primeiro quartil (7 dos 11). Três artigos foram publicados em revistas classificadas no segundo quartil e um artigo numa revista classificada no terceiro quartil. Quanto à área temática, quatro artigos foram publicados na área da Saúde Pública, Saúde Ambiental e Saúde Ocupacional; dois em Psiquiatria e Saúde Mental; dois em Geografia, Planeamento e Desenvolvimento; um em Psicologia Clínica; um em Liderança e Gestão; e um em Saúde, Toxicologia e Mutagénese. Os estudos foram realizados em oito países europeus e uma das publicações resulta de um consórcio europeu, o *ApartTogether*, liderado pela Universidade de Ghent, na Bélgica, e a Universidade de Copenhaga, na Dinamarca, juntamente com o programa de migração e saúde da Organização Mundial de Saúde para a Europa (Spiritus-Beerden *et al.*, 2021).

Dois dos onze estudos analisados foram conduzidos em Itália, junto de utentes com doença mental em regime ambulatorio. Um dos estudos foi publicado em 2020 e avaliou o impacto do confinamento na dificuldade de utilização de serviços de saúde mental e acompanhamento do tratamento (Aragona

et al., 2020); o outro, publicado em 2022, investigou resultados de saúde mental (Aragona et al., 2022). Dois outros estudos foram conduzidos no Reino Unido, um com trabalhadores de saúde BAME (*Black Asian and minority ethnic*) (Moorthy e Sankar, 2020) e o outro com dados do *Understanding Society – UK Household Longitudinal Survey* e as suas duas primeiras vagas (abril e maio de 2020) da investigação sobre a COVID-19, por meio de questionários *online* dirigidos a homens nascidos no Reino Unido e homens nascidos no estrangeiro (Shen e Bartram, 2021).

Além disso, dois estudos foram realizados nos Países Baixos — mais especificamente um inquérito *online* a imigrantes chineses residentes (Ming e de Jong, 2021) e um estudo com três grupos populacionais: cidadãos holandeses, imigrantes polacos a residir nos Países Baixos e não imigrantes polacos a residir na Polónia (Bujek-Kubas e Mojs, 2021). Finalmente, existem quatro artigos de quatro outros países (Espanha, Suíça, França e Alemanha), com diferentes populações e abordagens. A pesquisa conduzida em Espanha centrou-se no papel da resiliência na saúde mental em tempos de COVID-19, comparando migrantes e não-migrantes (Solà-Sales et al., 2021). O estudo na Suíça foi realizado durante o confinamento da COVID-19, em abril-maio de 2020, com migrantes indocumentados/as e recentemente regularizados/as (Burton-Jeangros et al., 2020). A investigação conduzida em França centrou-se nas mudanças na saúde mental em imigrantes desfavorecidos/as da África Subsaariana na área da Grande Paris, tendo os dados sido recolhidos antes e durante o primeiro confinamento (Gosselin et al., 2021). A investigação na Alemanha, por sua vez, baseia-se numa coorte de utentes psiquiátricos em ambulatório, com uma elevada percentagem de pessoas de origem imigrante (Moran et al., 2021).

Os estudos utilizaram uma abordagem quantitativa, com inquéritos *online* e/ou telefónicos, e analisam uma variedade de resultados de saúde mental, desde depressão, ansiedade e stresse, até problemas de sono e uso de substâncias aditivas, bem como questões como a satisfação com a vida e os mecanismos de resposta aos problemas vividos (e.g. resiliência, solidariedade, entre outras estratégias).

2. CONTEXTOS NACIONAIS

A pandemia de COVID-19 impôs novos desafios às sociedades e aos seus sistemas de saúde. Os artigos incluídos na revisão de literatura efetuada mencionam a implementação de uma série de intervenções sem precedentes, desde pequenos reajustes na vida quotidiana (uso de máscara e higiene das mãos) até grandes mudanças, como os períodos de confinamento que ocorreram pela primeira vez em muitos países, entre março e junho de 2020, tendo em vista a reduzir a propagação da infeção por SARS-CoV-2 (Moran et al., 2021). A Itália foi o primeiro país europeu a ser brutalmente impactado (Aragona et al., 2022).

As medidas de prevenção envolveram uma série de restrições à rotina diária, incluindo a limitação de ajuntamentos, restrições de viagens e de circulação fora de casa, encerramento de vários serviços e suspensão de atividades sociais e culturais. Além das sérias consequências para a economia, as desi-

gualdades socioeconômicas foram exacerbadas com os confinamentos. As próximas linhas detalham consequências diferenciadas em diferentes países europeus, identificadas na literatura analisada.

O Reino Unido está comprovadamente entre os países onde as desigualdades socioeconômicas pré-existent à pandemia se agravaram devido às medidas adotadas (Shen e Bartram, 2021). A Suíça foi um dos países mais rápida e severamente afetados, considerando a sua dimensão, com um pico de incidência de novos testes positivos a 30 de março de 2020, em Genebra, onde migrantes indocumentados/as representam cerca de 2,5% dos 500.000 residentes. A duração das medidas de confinamento colocou os/as migrantes, especialmente os indocumentados, em maior risco de não serem capazes de satisfazer as suas necessidades básicas (Burton-Jeangros *et al.*, 2020). Embora com forte exposição à doença, parte da população migrante não possuía informações suficientes sobre a pandemia e sobre as medidas políticas de saúde pública implementadas. Foi o que também sucedeu em França, apesar das campanhas de informação lançadas para dar resposta às necessidades específicas da população migrante (Gosselin *et al.*, 2021). Dados do Instituto Nacional de Estatística francês revelaram que a taxa de mortalidade foi duas vezes maior entre os/as migrantes do que entre a população nativa, durante a primeira vaga da pandemia de COVID-19, em abril e março de 2020. Entre imigrantes da África subsaariana, o excesso de mortalidade foi estimado em +114% (Gosselin *et al.*, 2021).

Além do isolamento social, a COVID-19 exigiu que as pessoas se adaptassem a novas situações e incertezas face ao futuro, o que implicou um elevado fardo psicológico. O estudo anteriormente referido, realizado na Polónia e nos Países Baixos, que analisou o stresse ambiental e a qualidade de vida ligada à COVID-19, mostrou diferenças entre os dois países, que podem estar ligadas à gestão da crise feita pelos respetivos governos (Bujek-Kubas e Mojs, 2021). Os resultados deste estudo indicaram uma diminuição da ansiedade no grupo da população holandesa nativa durante a pandemia, possivelmente devido ao reforço positivo do governo neerlandês (por exemplo, a polícia elogiou os cidadãos por manterem uma distância de 1,5 m e impôs menos proibições). Além disso, a sensação de qualidade de vida aumentou durante a pandemia entre migrantes polacos/as, embora tivessem reportado uma maior intensidade de medo e sentimentos negativos. Pelo contrário, a ansiedade aumentou entre a população polaca nativa, o que pode estar associado a medidas mais restritivas (por exemplo, uso de máscaras, introdução de várias proibições ou multas elevadas por incumprimento das regras). Outra explicação pode ser a eficácia dos cuidados de saúde nos Países Baixos, enquanto na Polónia as consultas de especialidade agendadas foram suspensas (Bujek-Kubas e Mojs, 2021).

3. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

3.1. Estabilidade económica

Dos 11 artigos selecionados, seis apresentam resultados sobre instabilidade económica e laboral em populações migrantes durante a COVID-19 (Aragona *et al.*, 2022; Burton-Jeangros *et al.*, 2020; Gosselin *et al.*, 2021; Moorthy e Sankar, 2020; Shen e Bartram, 2021; Spiritus-Beerden *et al.*, 2021). As

questões socioeconômicas ligadas ao desemprego e à incerteza do estatuto migratório aumentaram o risco de sofrimento psicológico devido à pandemia (Aragona *et al.*, 2022). Conclui-se, também, que a COVID-19 impacta desproporcionalmente os grupos socialmente mais vulneráveis, que correm maior risco de ter resultados negativos de saúde mental. Migrantes que mencionaram enfrentar maiores desafios para garantirem as necessidades materiais e de saúde diárias, como habitação, trabalho, alimentação e vestuário, também relataram mais frequentemente resultados negativos de saúde mental, incluindo níveis elevados de ansiedade e depressão (Gosselin *et al.*, 2021; Spiritus-Beerden *et al.*, 2021).

A maioria da população migrante trabalha em empregos (domésticos ou de construção) que exigem uma presença física, o que, somado às situações de carência habitacional, a coloca em maior risco de infecção, em vários contextos (Burton-Jeangros *et al.*, 2020; Gosselin *et al.*, 2021; Moorthy e Sankar, 2020). Os resultados da investigação longitudinal *UK Understanding Society* do Reino Unido, por sua vez, mostraram que os homens trabalhadores migrantes foram mais afetados economicamente do que os seus colegas nativos, nomeadamente em termos de perda de horas de trabalho, e que esse agravamento das desigualdades sociais e económicas foi acompanhado por uma desigualdade crescente no bem-estar mental (Shen e Bartram, 2021).

3.2. Características sociodemográficas das populações migrantes

Outra conclusão que se retira da literatura que temos vindo a citar é que se verificaram diferenças de género nos resultados de saúde no contexto de COVID-19. O estudo de Moran e colegas concluiu que, embora os homens tenham um risco maior de mortalidade e gravidade de COVID-19, as consequências indiretas do vírus tendem a impactar mais as mulheres, devido à sua maior vulnerabilidade socioeconómica. Os impactos vão desde a perda de emprego e rendimento até o aumento da violência de género e problemas de saúde mental. No entanto, os homens em contextos marginalizados ou em posições mais desfavorecidas também são particularmente vulneráveis (Moran *et al.*, 2021).

O estudo de Aragona e colegas evidenciou os impactos negativos do confinamento no acesso aos serviços de saúde mental, ilustrando como a situação de vulnerabilidade pré-pandemia colocou alguns subgrupos da população em maior risco, incluindo pessoas com baixos níveis socioeconómicos, população sem-abrigo, população migrante e pessoas com doenças mentais. Além disso, alguns indivíduos pertencem simultaneamente a vários desses subgrupos, o que faz com que enfrentem um risco significativamente acrescido de consequências negativas para a saúde mental, mais ainda em contexto pandémico. Em Itália, verificaram-se casos crescentes de requerentes de asilo cujo pedido foi rejeitado e que ficaram sem documentos, sem emprego, sem habitação e a viver na pobreza. Migrantes mais vulneráveis também apresentavam frequentemente sintomas de stresse pós-traumático devido à sua condição migratória, bem como transtornos depressivos e de adaptação (Aragona *et al.*, 2020).

No estudo *ApartTogether*, com população refugiada e migrantes, os indivíduos com cidadania de países europeus relataram menor efeito da COVID-19 na sua saúde mental, comparativamente com os grupos de migrantes mais vulneráveis, no caso, os que residem nos centros de acolhimento ou

na rua, e os/as migrantes indocumentados/as ou com documentos temporários. Participantes mais jovens relataram um impacto menos negativo da COVID-19 na ansiedade e depressão, o que revela a existência de um efeito de idade (Spiritus-Beerden *et al.*, 2021).

3.3. Acesso aos cuidados de saúde e adesão ao tratamento

A literatura analisada mostra que, mais frequentemente, a população migrante tem acesso limitado a cuidados de saúde, diminuindo assim a probabilidade de procura de tratamento médico, de forma antecipada, para reduzir o número de casos não detetados e o isolamento em casa, o que pode acelerar a transmissão da doença. Além disso, durante a pandemia de COVID-19, o acesso aos hospitais públicos foi controlado por agentes de segurança, com a provável consequência de afastamento de migrantes sem documentos. Dados existentes desde o início da COVID-19 indicam que migrantes sem documentos utilizam menos os serviços de saúde, em comparação com migrantes em situação regular. Além disso, o evitamento do acesso a cuidados de saúde encontra-se associado a uma saúde mental de menor qualidade (Aragona *et al.*, 2020).

Durante o confinamento, utentes relataram barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental (embora os cuidados psiquiátricos permanecessem disponíveis *online*). Essa indisponibilidade de serviços de saúde percecionada devido à emergência da COVID-19 não está apenas relacionada com a redução do número de pacientes atendidos e de consultas de seguimento, mas também influenciou a interrupção do tratamento (Aragona *et al.*, 2020; Aragona *et al.*, 2022). Aragona e colegas, no seu estudo com migrantes com doença mental seguidos em ambulatório, relataram uma taxa de descontinuação de 32% no tratamento psicofarmacológico e de 52% no tratamento psicoterapêutico (Aragona *et al.*, 2022).

Além disso, o estudo, já citado, realizado em França mostrou que as medidas políticas direcionadas à população migrante implementadas pelo governo francês, como a extensão de validade de todas as autorizações de residência e o apoio de saúde do governo para pessoas sem documentos, eram do conhecimento de apenas uma minoria da população migrante. No entanto, em relação às ações preventivas, a maioria mencionou o uso de medidas de barreira contra o vírus (e.g. máscaras, lavagem das mãos e distanciamento físico) (Gosselin *et al.*, 2021).

4. INDICADORES E RESULTADOS DE SAÚDE MENTAL

4.1. Sofrimento mental e familiar

Em indivíduos que já se encontravam em tratamento antes da pandemia verificou-se, de acordo com a literatura disponível, um aumento da frequência de ansiedade, sintomas depressivos, sentimentos de tensão/nervosismo e distúrbios do sono, variando entre 74% e 91%, incluindo a ansiedade especificamente relacionada com o coronavírus (por exemplo, medo de contágio). Em termos dos efeitos do confinamento, os sintomas permaneceram inalterados ou melhoraram em muitos pacientes. No entanto, a ansiedade e o nervosismo foram relatados como os sintomas mais frequentemente agravados, embora nunca acima de 50% (Aragona *et al.*, 2022).

O estudo assinalado levado a cabo com profissionais de saúde provenientes de minorias étnicas revelou sentimentos de ansiedade relacionados com as condições de trabalho e com a família, particularmente nos períodos de isolamento social durante a COVID-19, com um impacto significativo na saúde mental desses profissionais (Moorthy e Sankar, 2020). Outro estudo, com migrantes do sexo feminino utentes de psiquiatria, também revelou um maior sofrimento relacionado com a família, incluindo tensão no agregado familiar, mais tarefas domésticas e mais violência doméstica, especialmente entre as utentes com experiência migratória (Moran *et al.*, 2021).

4.2. Estigmatização e discriminação de grupos vulneráveis

Desde que os primeiros casos de COVID-19 foram reportados na China, vários estudos chamaram a atenção para o aumento da estigmatização e do racismo contra migrantes de origem asiática (no geral) e chinesa (em particular). Como mostrou o estudo realizado com imigrantes da China nos Países Baixos, a pandemia e a sua dinâmica social prejudicaram a visão dos/as migrantes sobre o país de acolhimento. Além de sentimentos de medo da COVID-19, consequências financeiras, isolamento social, sentimentos de tempo perdido, saudades da China e restrições de viagens para a China, foram relatadas mais experiências de racismo (Ming e de Jong, 2021). Outros estudos mostraram que a população refugiada e migrante com níveis mais altos de discriminação percecionada, desde a pandemia, também relatou piores resultados de saúde mental (Spiritus-Beerden *et al.*, 2021).

5. MECANISMOS DE COPING

O estudo alemão que avaliou a experiência da pandemia numa coorte de utentes em ambulatório de uma grande instituição psiquiátrica, e mediu o nível de angústia em relação ao confinamento da COVID-19, verificou uma maior preocupação dos inquiridos com os seus familiares, mais ansiedade, pior qualidade de sono e mais sintomas físicos, com uma minoria relatando, também, o aumento de consumo de drogas e substâncias aditivas. As mulheres com origem migratória apresentaram um maior stresse relacionado com o confinamento (Moran *et al.*, 2021).

Por outro lado, o estudo espanhol que analisou a relação entre saúde mental e resiliência em grupos de população migrante e não-migrante encontrou um efeito de grupo de maior resiliência na população migrante. Tal pode explicar-se pelo facto de esta população dispor de um repertório mais vasto de estratégias para lidar com situações stressantes, tal como as restrições associadas à COVID-19 (Solà-Sales *et al.*, 2021). Devido às dificuldades sentidas para satisfazer as necessidades financeiras, materiais e alimentares durante a pandemia, as populações migrantes envolveram-se na procura de apoio externo, como solicitar um empréstimo financeiro junto do círculo social mais próximo de amigos ou familiares (Burton-Jeangros *et al.*, 2020).

6. IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura permitiu resumir a investigação existente sobre os múltiplos fatores que influenciam os efeitos da pandemia COVID-19 na saúde mental de migrantes adultos/as internacionais,

incluindo refugiados/as, requerentes de asilo e migrantes em situação irregular. A análise dos dados relativos a vários países europeus, disponíveis nessa literatura, contribui para definir recomendações, tendo em vista cuidados de saúde mais inclusivos e sensíveis às necessidades e características das populações migrantes, e para identificar as lacunas de conhecimento existentes. Os resultados informam sobre a diversidade dos contextos socioeconômicos, culturais, geopolíticos e jurídicos que influenciam a vida das pessoas e os respetivos resultados de saúde mental, incluindo a escassez de profissionais de saúde dessa especialidade e a sua má distribuição geográfica, problemas que a pandemia agudizou (Mongelli *et al.*, 2020). A informação recolhida constitui uma base para o desenvolvimento de formação dirigida aos/às profissionais de saúde mental, com enfoque nas necessidades específicas das populações migrantes e em práticas de comunicação mais eficazes.

Apesar da variação das respostas dos países à pandemia, foram identificadas diversas medidas de saúde pública focadas na continuidade do cuidado aos utentes dos serviços de saúde mental e na facilitação do acesso e do cuidado a novos/as pacientes, entre as quais manter os serviços existentes, promover novas práticas de equidade em saúde e fornecer serviços de saúde mental individualizados para pacientes já anteriormente diagnosticados ou diagnosticados durante a pandemia. Os serviços de tele saúde têm sido recomendados para fornecer cuidados continuados de saúde mental a populações que enfrentam barreiras de acesso aos mesmos, bem como para combater os impactos da pandemia (Brown *et al.*, 2022).

Profissionais de saúde na linha de frente, na Europa e no mundo, correram maior risco de infeção desde o início do surto de COVID-19, em particular profissionais migrantes e de grupos étnicos minoritários (Moorthy e Sankar, 2020). Profissionais de saúde da linha de frente enfrentaram dificuldades sem precedentes durante a pandemia, originando a necessidade de implementação de estratégias para promover a resiliência a nível pessoal, profissional e organizacional, tendo como objetivo a proteção da sua saúde mental (Gloster *et al.*, 2020). Foi identificada a necessidade de implementação de um sistema de monitorização de saúde mental relacionada com a COVID-19, que incluía também resultados relacionados com a utilização de serviços de saúde mental (Brown *et al.*, 2021).

A maioria dos estudos analisados teve por base um contexto nacional específico, no qual as medidas governamentais, a comunicação da COVID-19 e as próprias populações migrantes podem apresentar diferenças consideráveis, formando ecossistemas específicos, que podem não se ter configurado da mesma maneira noutros contextos (Ming e de Jong, 2021). São necessárias mais investigações para compreender melhor o impacto dos fatores culturais, institucionais e estruturais que influenciaram os resultados de saúde mental relacionados com a pandemia COVID-19. Estudos globais, como o inquérito *ApartTogether* (Spiritus-Beerden *et al.*, 2021), e estudos comparativos, como o estudo realizado na Polónia e nos Países Baixos com cidadãos dos dois países, bem como com migrantes residentes nos Países Baixos (Bujek-Kubas e Mojs, 2021), devem ser retomados no futuro, com procedimentos de amostragem mais robustos, para analisar os fatores contextuais que podem ter impacto nas iniquidades em saúde mental. Além disso, as investigações futuras devem focar-se nos fatores protetores e nas estratégias que possam mitigar o efeito dos fatores de risco para a saúde mental,

em particular entre as populações mais desfavorecidas, como migrantes, pessoas em situação de sem-abrigo, pessoas com experiência prévia de eventos traumáticos graves e com sofrimento mental (Marchi *et al.*, 2022).

Os resultados desta revisão destacaram, também, a necessidade de uma cobertura de saúde mais abrangente, particularmente em países com elevada população migrante indocumentada, cobertura que coloque ênfase nas respostas dos serviços de saúde mental, de modo a reduzir as consequências para esta área da saúde e fortalecer a capacidade de resiliência dos indivíduos, serviços e comunidades. Os dados indicam ainda que as políticas de regularização são relevantes para facilitar o acesso das populações migrantes aos serviços públicos sociais e de saúde, com vista a mitigar as consequências da crise da COVID-19 (Burton-Jeangros *et al.*, 2020; Gosselin *et al.*, 2021).

Tanto serviços como profissionais de saúde mental precisam de reconhecer a necessidade de considerar a situação familiar de pacientes psiquiátricos/as em ambulatório, com especial atenção no que se refere à população migrante (Moran *et al.*, 2021). As abordagens comunitárias podem ser fundamentais para o desenvolvimento de campanhas de informação multilingues e intervenções relativas à prevenção, ao acesso a cuidados de saúde, à vacinação e ao apoio social durante a pandemia (Gosselin *et al.*, 2021).

Por fim, os resultados encontrados servem para destacar a importância do direito a habitação adequada como uma estratégia para prevenir tanto a COVID-19 como as doenças mentais, e revelam, por outro lado, que as populações migrantes com mais dificuldades no acesso a cuidados de saúde e a medidas preventivas contra a infeção por SARS-CoV-2 reportaram a deterioração da sua saúde mental e um aumento da discriminação por parte da população nativa (Marchi *et al.*, 2022).

CAPÍTULO 2.

O PROJETO EQUALS4COVID19: OBJETIVOS E MÉTODO

1. INQUÉRITO À SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E CABO-VERDIANA

1.1. Objetivos

O inquérito por questionário aplicado teve como principal objetivo avaliar a saúde mental, o bem-estar, e os respetivos determinantes sociais, nas populações migrantes brasileira e cabo-verdiana em Portugal, dois anos após o início da pandemia de COVID-19, explorando o papel de fatores sociopsicológicos positivos, como a resiliência e o suporte social percebido.

1.2. Método

1.2.1. Desenho do estudo e participantes

O estudo realizado foi transversal e utilizou questionários estruturados anónimos, aplicados *online* e presencialmente, entre fevereiro e novembro de 2022. Os critérios de inclusão dos/das participantes foram: idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade brasileira ou cabo-verdiana e residência em Portugal. O questionário, desenvolvido no *software* Qualtrics (Qualtrics, Provo, UT, EUA), foi divulgado por diferentes vias (redes sociais digitais, instituições comunitárias, entre outras), o que permitiu uma amostra diversificada, porém, não probabilística. Os questionários aplicados pela via presencial permitiram incluir na amostra indivíduos com menor literacia digital, menor nível de escolaridade e grupos etários mais velhos.

1.2.2. Medidas

Foram selecionadas para este estudo as dimensões da saúde mental consideradas potencialmente mais relevantes face ao contexto pandémico da COVID-19: sofrimento psicológico, ansiedade geral e transtorno depressivo. Todas as questões de saúde mental tiveram como referência o período das duas semanas anteriores à aplicação do inquérito por questionário. A amostra participante também foi questionada em relação às suas características sociodemográficas e fatores sociopsicológicos positivos relacionáveis com a saúde mental, como a resiliência e o suporte social.

Sofrimento psicológico

O sofrimento psicológico foi avaliado a partir da versão portuguesa do “Inventário de Saúde Mental de Cinco Itens” (MHI-5) (Ribeiro, 2001). O MHI-5 é uma versão breve do questionário de 38 itens que tem sido frequentemente utilizado, nas últimas décadas, para avaliar mais extensivamente os mesmos constructos, ou seja, o sofrimento psíquico geral e o bem-estar na população em geral (Santos e Novo, 2019). Este instrumento adota um ponto de vista tanto positivo como negativo na avaliação da saúde mental e inclui cinco dimensões, três negativas e duas positivas (por exemplo: “Quanto tempo se

sentiu muito nervoso/a?”; “Quanto tempo se sentiu feliz?”). A resposta é dada numa escala de seis pontos, de 1-Sempre a 6-Nunca, e a pontuação dos dois itens de sentimentos positivos é calculada de forma inversa. O resultado total do somatório dos cinco itens varia entre 5 e 30 pontos. Seguindo o procedimento habitual, o somatório dos cinco itens foi posteriormente convertido para uma escala de 0 a 100, com valores mais baixos correspondentes a maior sofrimento psicológico. Utilizou-se a linha de corte proposta de 52 pontos para identificar o sofrimento psicológico¹.

Ansiedade

A ansiedade foi avaliada através da versão portuguesa dos 7 itens da *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) (Sousa et al., 2015), uma escala breve de autorrelato (Spitzer et al., 2006). Os sete itens correspondem a sintomas de ansiedade baseados nos critérios do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, versão 4” (DSM-IV), incluindo: (1) *sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a*; (2) *não ser capaz de parar ou controlar a preocupação*; (3) *preocupar-se demais com coisas diferentes*; (4) *dificuldade para relaxar*; (5) *estar tão inquieto/a que é difícil ficar sossegado/a*; (6) *ficar facilmente incomodado/a ou irritável*; e (7) *sentir receio, como se algo terrível pudesse acontecer*. As respostas são dadas numa escala do tipo *Likert* de quatro pontos, que varia de “nunca” a “quase todos os dias”, tendo como referência o período das duas semanas anteriores à aplicação da escala. O índice GAD-7 é obtido pela soma das pontuações do questionário, após atribuir 0 à situação menos grave, 3 à mais grave e 1 e 2 às intermédias. O resultado total, entre 0 e 21, é dicotomizado no ponto de corte 10+ para definição de caso. Os pontos de corte 5, 10 e 15 permitem classificar a ansiedade em nenhuma/normal (0–4), leve (5–9), moderada (10–14) e grave (15–21)².

Depressão

Para a sintomatologia relacionada com depressão foi utilizada a versão validada para português do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Monteiro et al., 2013). Esta escala inclui nove itens, cada um avaliado numa escala de 4 pontos, de 0 - nunca a 3 - quase todos os dias; os resultados somados variam de 0 a 27, com valores mais elevados correspondentes a sintomas mais graves de depressão (Kroenke et al., 2001) e categorizando o conjunto dos resultados da seguinte forma: 0 a 4 - sintomas

mínimos, 5 a 9 - sintomas leves, 10 a 14-sintomas moderados, 15 a 19 - sintomas moderadamente graves e 20 a 27 - sintomas graves³.

Variáveis preditoras

Tendo por base a revisão da literatura focada na equidade sobre a saúde mental das populações migrantes durante a pandemia COVID-19 (Alarcão et al., 2022), as seguintes variáveis preditoras foram incluídas na análise: idade, sexo, nacionalidade, anos no país de acolhimento (Portugal), ocupação profissional, nível educacional e situação financeira percebida. A resiliência

¹ Neste estudo, o alfa de Cronbach, que é uma medida de consistência interna, foi de 0,864 para a amostra total, 0,893 para a amostra de imigrantes brasileiros/as e 0,807 para a amostra de imigrantes cabo-verdianos/as.

² O alfa de Cronbach, medida de consistência interna já referida, foi de 0,860 para a amostra total, 0,855 para a amostra de imigrantes brasileiros/as e 0,852 para a amostra de imigrantes cabo-verdianos/as.

³ Neste caso, o alfa de Cronbach foi de 0,887 para a amostra total, 0,911 para a amostra de imigrantes brasileiros/as e 0,836 para a amostra de imigrantes cabo-verdianos/as.

foi avaliada pela versão portuguesa da “Escala de Resiliência de Connor-Davidson de 10 Itens” (CD-RISC-10) (Almeida *et al.*, 2020a). A CD-RISC 10 é um instrumento unidimensional de autorrelato, composto por 10 itens que medem a resiliência, cada um deles avaliado numa escala de 5 pontos (0-4), com pontuações mais elevadas a corresponderem a uma maior resiliência. Exemplos de itens são: “Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças” e “Eu não sou facilmente desencorajado/a pelo insucesso” (Campbell-Sills e Stein, 2007). Na ausência de pontos de corte pré-estabelecidos, foi considerado um sistema de classificação tendo por base o método de clusterização *K-means* para cada grupo amostral baseado na nacionalidade e selecionada, *a priori*, a agregação em 3 categorias. As agregações foram: 0 a 18-baixo nível de resiliência, 19 a 29-médio nível de resiliência, e de 30 a 40-alto nível de resiliência⁴.

A percepção de suporte social foi avaliada através da tradução para português do *Brief Form of the Perceived Social Support Questionnaire* (F-SozU K-6) (Kliem *et al.*, 2015). O F-SozU avalia a percepção geral de suporte social, não incluindo a ajuda de profissionais de saúde. Os seis itens referentes ao suporte social percebido ou antecipado abrangem experiências generalizadas e não situações concretas. São classificados numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1-discordo totalmente, a 5-concordo totalmente, com valores mais elevados correspondentes a um maior suporte social. Exemplos de itens são: “Tenho tido muita compreensão e apoio por parte das pessoas que são importantes para mim” e “Tenho pelo menos uma pessoa próxima com quem posso contar sempre que preciso”. Na ausência de pontos de corte pré-estabelecidos, considerou-se um sistema de classificação que implicou o cálculo da média dos seis itens e uma posterior clusterização pelo método *K-means* para cada grupo com o intuito de criar duas categorias. O resultado foi: 1 a 3,33-nível baixo de suporte social; 3,50 a 5-nível alto de suporte social percebido⁵.

A percepção de discriminação foi avaliada pelas respostas à pergunta “Em algum momento, durante esta pandemia, se sentiu discriminado/a, sentiu que recebeu um tratamento injusto, por ser brasileiro/a / cabo-verdiano/a?”, com as seguintes possibilidades de resposta: “Sim”, “Não”, “Não sei” e “Prefiro não responder”.

1.2.3. Análises estatísticas

Foram calculadas estatísticas descritivas [frequência (percentagem) ou média (desvio padrão)], estratificadas por sexo e nacionalidade, para variáveis sociodemográficas e socioeconómicas, indicadores de saúde mental e fatores sociopsicológicos positivos. As associações bivariadas entre sexo e nacionalidade e as variáveis em estudo foram testadas através dos testes qui-quadrado ou análise de variância simples (*One-way ANOVA* com subseqüentes testes *post-hoc* de Scheffe ou Games-Howell, de acordo com a igualdade ou não das variâncias), conforme apropriado. Para identificar primeiramente os fatores associados ao sofrimento psicológico, à ansiedade moderada a grave e à depressão moderada a

4 Ao nível da consistência interna, o alfa de Cronbach da escala de resiliência foi de 0,898 para a amostra total, 0,896 para a amostra de imigrantes brasileiros/as e 0,899 para a amostra de imigrantes cabo-verdianos/as.

5 Neste estudo, o alfa de Cronbach da escala de percepção geral de suporte social, tanto para a amostra total quanto para os dois grupos baseados nas nacionalidades imigrantes, foi, neste caso, de 0,863.

grave, por nacionalidade, foram utilizados modelos de regressão logística simples e múltipla, e estimados *odds ratios* (OR) com intervalos de confiança de 95%. Para facilitar a interpretação e a possibilidade de comparação, algumas variáveis quantitativas foram convertidas em variáveis *dummy*. Em seguida, foram realizadas regressões logísticas múltiplas hierárquicas para a amostra total para examinar a relação entre as variáveis independentes, incluindo a nacionalidade. Para isso, as variáveis independentes foram categorizadas em quatro blocos distintos: Modelo 1- variáveis sociodemográficas (nacionalidade, sexo, idade, escolaridade); Modelo 2- variáveis sociodemográficas + indicadores de integração social (soma o tempo de permanência em Portugal e a situação financeira); Modelo 3- variáveis sociodemográficas + indicadores de integração social + discriminação (acrescenta o acesso aos cuidados de saúde e discriminação); Modelo 4- variáveis sociodemográficas + indicadores de integração social + discriminação + fatores sociopsicológicos positivos (adiciona a resiliência e o suporte social percebido). Para os modelos múltiplos, é apresentado o *Nagelkerke Pseudo R²* como um indicador do ajustamento do modelo. Os dados foram analisados por meio do *software* IBM SPSS Statistics versão 28 e a significância estatística foi considerada quando $p < 0,05$.

1.2.4. Considerações éticas

O protocolo de investigação foi aprovado pelas comissões de ética competentes (Centro Académico de Medicina de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa) antes dos processos de inscrição e recolha de dados dos/as participantes. O estudo foi implementado seguindo os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia de 1964 e suas alterações posteriores. Os/as participantes foram informados/as de que poderiam interromper a sua participação a qualquer momento e que o seu envolvimento não exigiria esforço, além de responder às perguntas e dar o seu consentimento informado antes da participação. A cada participante foi atribuído um número de código para preservar o anonimato.

2. GRUPOS FOCAIS COM POPULAÇÃO IMIGRANTE E COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2.1. Objetivos

Foram realizados grupos focais com migrantes brasileiros/as e cabo-verdianos/as com vista a melhor conhecer as experiências da população migrante em Portugal relacionadas com os efeitos da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar; compreender os impactos da pandemia na utilização dos serviços de saúde por parte desses/as migrantes; e identificar propostas de medidas para promover a equidade ao nível da saúde mental e do bem-estar.

Foram também realizados grupos focais com profissionais de saúde para conhecer as suas perceções quanto aos efeitos da pandemia na saúde mental e no bem-estar das populações migrantes em Portugal; caracterizar a resposta dos serviços de saúde durante a pandemia; e identificar propostas de medidas para promover a equidade ao nível da saúde mental e do bem-estar destas populações.

2.2. Método

2.2.1. Participantes e processo de recolha de dados

Para os grupos focais com população migrante, foram contactados/as todos/as os/as participantes que, após responderem ao inquérito por questionário, concordaram em voltar a ser contactados/as e deixaram endereço de correio eletrónico/número de telemóvel para esse fim. Foi feita também uma ampla divulgação através das redes sociais e de *newsletters* de diversas associações de imigrantes. Foram realizados quatro grupos focais, com um total de 12 imigrantes, sendo sete mulheres brasileiras, dois homens brasileiros, duas mulheres cabo-verdianas e um homem cabo-verdiano. Apesar das várias tentativas de contacto junto dos/as participantes do inquérito por questionário e de novas vias de recrutamento, a participação nos grupos focais foi bastante assimétrica em termos de nacionalidade e género. Foi, no entanto, possível recrutar pessoas a residir em diferentes concelhos do país, nomeadamente nos concelhos de Lisboa, Porto, Aveiro e Tavira. Todos/as os/as participantes tinham residência legal em Portugal.

Para os grupos focais com profissionais de saúde foi feita uma ampla divulgação através de vários agrupamentos de Centros de Saúde, com o objetivo de recrutar um leque variado de pessoas em termos das suas características sociodemográficas e profissionais. Na composição dos grupos focais com profissionais também se verificou um viés na participação em termos de género. Participaram 14 profissionais de saúde, todas do sexo feminino, das quais sete eram enfermeiras, três médicas de medicina geral e familiar, três médicas de saúde pública e uma técnica de saúde ambiental.

As sessões foram realizadas por videoconferência (plataforma Zoom®) e tiveram uma duração média de 1 hora e 5 minutos. Foram realizadas entre junho e julho de 2022 com profissionais de saúde e no mês de outubro desse ano com a população migrante.

A condução das sessões obedeceu a guiões previamente delineados, e foi sendo promovida uma discussão ampla, mas centrada nos tópicos e objetivos definidos. As sessões foram moderadas por um psicólogo e co-moderadas por uma socióloga, ambos com vasta experiência na recolha de dados qualitativos, na mediação de grupos focais e em investigação na área da saúde. Contaram ainda com a participação de uma psicóloga como relatora.

2.2.2. Análise de dados

As sessões dos grupos focais foram gravadas em registo áudio, posteriormente transcrito na íntegra. Os *corpus* foram analisados de forma assistida por computador, com recurso a um *software* de análise de conteúdo (MAXQDA, versão 12).

As narrativas da população migrante centraram-se, sobretudo, nas barreiras percebidas no acesso aos serviços em Portugal, que se agravaram com a pandemia COVID-19; nos impactos da pandemia na saúde mental, que se encontram relacionados com fatores complexos e diversos; e nas propostas para a promoção da saúde mental e do bem-estar e para a integração das populações migrantes.

As narrativas das profissionais de saúde centraram-se, sobretudo, nos domínios da estabilidade económica, das características sociodemográficas das populações migrantes e do acesso aos serviços de saúde e adesão aos tratamentos. As análises efetuadas tiveram como base os determinantes sociais e económicos que estão diretamente relacionados com a saúde mental e que interagem entre si de maneira dinâmica.

3. ENTREVISTAS A STAKEHOLDERS

3.1. Objetivos

Foram realizadas entrevistas aprofundadas a *stakeholders* (desde dirigentes de várias associações de imigrantes a representantes de serviços específicos de saúde com intervenção junto das populações imigrantes) envolvidos na tomada de decisão e implementação de medidas no âmbito da COVID-19 relacionadas com a saúde mental e o bem-estar em populações migrantes. O principal objetivo das entrevistas foi conhecer as perceções de diferentes *stakeholders* sobre a pandemia e o seu impacto na saúde mental e no bem-estar das populações migrantes em Portugal, de forma a, especificamente: i) caracterizar e compreender os efeitos da COVID-19 na saúde mental e no bem-estar das populações; ii) caracterizar a capacidade de resposta dos serviços sociais e de saúde; e iii) identificar propostas de medidas para promover a equidade ao nível da saúde mental e do bem-estar das populações.

3.2. Método

3.2.1. Participantes e procedimentos

Os/as participantes foram selecionados/as pelo seu conhecimento e atuação na área da saúde mental, dos determinantes sociais de saúde e das medidas de apoio a populações migrantes em Portugal. Foi utilizado um método de amostragem não probabilístico, através da técnica de bola de neve, que consistiu em pedir a indivíduos elegíveis para o estudo que identificassem potenciais participantes. Participaram no estudo representantes das seguintes entidades: ACV – Associação Caboverdeana de Lisboa; ALCC – Associação Lusofonia, Cultura e Cidadania; AJPAS – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde; ASSACM – Associação de Solidariedade Social do Alto da Cova da Moura; Casa do Brasil de Lisboa; CEPAC – Centro Padre Alves Correia; Embaixada de Cabo Verde em Portugal; Gabinete de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM); Girassol Solidário – Associação de Apoio aos Doentes Evacuados de Cabo Verde; Prosaudesc – Associação de Promotores de Saúde Ambiente e Desenvolvimento Sócio Cultural; UAI Braga – Associação União, Acolhimento e Integração).

3.2.2. Processo de recolha de dados

Foram realizadas 10 entrevistas, a maioria (n=7) por videoconferência (plataforma Zoom®), nos meses de janeiro a junho de 2022, totalizando 7,83 horas de gravação (47 minutos por entrevista, em média).

A condução das entrevistas obedeceu a um guião previamente delineado. Foi promovida uma discussão ampla, mas centrada nos tópicos e objetivos definidos. As entrevistas foram realizadas por uma psicóloga com experiência na recolha de dados qualitativos e em investigação na área da saúde e migrações.

3.2.3. *Instrumento de recolha de dados*

O guião da entrevista foi estruturado em três secções (para além da apresentação do estudo e da pessoa entrevistada): (i) percepção do impacto da pandemia COVID-19 na saúde e no bem-estar de utentes; (ii) percepção do impacto da pandemia COVID-19 na organização dos serviços de apoio social e de saúde; e (iii) medidas para promover a equidade ao nível da saúde mental e bem-estar das populações.

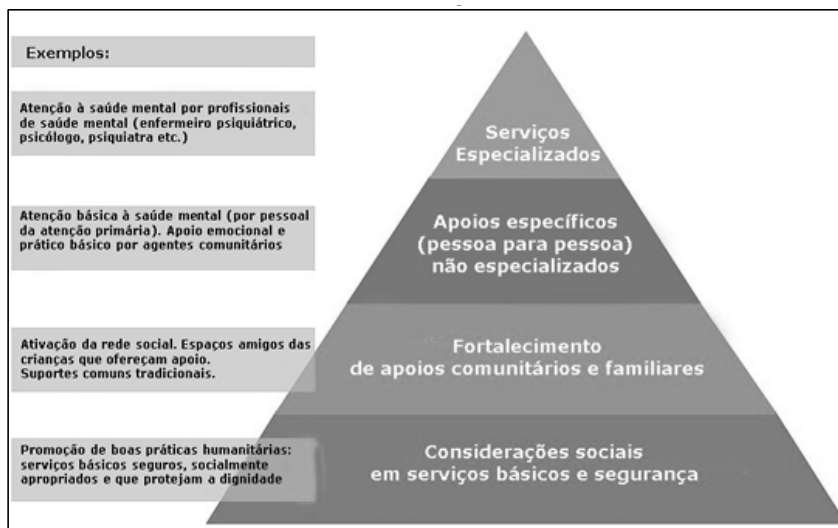
3.2.4. *Análise de dados*

As entrevistas foram registadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. A análise de conteúdo foi realizada por dois sociólogos e uma psicóloga, promovendo a triangulação interpretativa dos dados. Os *corpus* foram analisados com recurso a *software* de análise de conteúdo (MAXQDA, versão 12). Essa primeira análise deu origem a 185 segmentos codificados, excluídos segmentos que diziam respeito à caracterização das instituições.

A síntese narrativa dos dados teve por base o enquadramento conceptual das orientações do Comité Permanente Interagências sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergência (IASC, 2020), seguindo o exemplo do estudo de Bojórquez *et al.* (2021). Este modelo contempla quatro níveis num formato de pirâmide, embora os níveis da pirâmide não sejam hierárquicos ou cumulativos (vd. Figura 1). O primeiro nível, denominado “serviços básicos e segurança”, diz respeito a serviços seguros, ajustados e dignos. O nível 2, referente a “apoios comunitários e familiares”, diz respeito à ativação de redes de suporte social, bem como a serviços públicos amigos de imigrantes. O terceiro nível, já focado na saúde mental, designa cuidados básicos de saúde mental prestados por médicos/as dos cuidados de saúde primários e cuidados básicos de apoio emocional prestados por profissionais comunitários/as. Por fim, o topo da pirâmide corresponde a cuidados de saúde mental prestados por especialistas de psicologia e psiquiatria.

Para além desta classificação do tipo de intervenção em saúde mental, a classificação dos segmentos separou os impactos e barreiras das respostas dadas a estes impactos e barreiras. Finalmente, no que diz respeito a intervenientes, foram identificados três grupos: utentes, instituições particulares de solidariedade social e instituições públicas.

Figura 1. Pirâmide das intervenções de saúde mental e apoio psicossocial em situações de emergência



Fonte: IASC (2020).

CAPÍTULO 3.

SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DOIS ANOS APÓS A PANDEMIA DE COVID-19: RESULTADOS DO INQUÉRITO À POPULAÇÃO BRASILEIRA E CABO-VERDIANA EM PORTUGAL

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por um total de 604 participantes (322 brasileiros/as e 282 cabo-verdianos/as), 58,5% dos quais eram mulheres e 41,5% eram homens. Numa análise comparativa entre os quatro grupos, os homens brasileiros eram os mais jovens e tinham maiores taxas de emprego. Em comparação com os/as cabo-verdianos/as, as pessoas provenientes do Brasil tinham um nível de escolaridade mais elevado (para ambos os sexos), residiam em Portugal há menos anos e o seu local de residência estava menos concentrado na Área Metropolitana de Lisboa. Em termos de bem-estar financeiro percecionado, houve mais cabo-verdianos/as (29,9%) do que brasileiros/as (19,0%) a indicar que a situação financeira do seu agregado familiar era “difícil ou muito difícil”. Mais de um terço dos/as participantes indicou que a sua situação financeira piorou com a pandemia. Migrantes brasileiros e brasileiras relataram maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, mais discriminação pela sua condição de migrante e níveis mais baixos de resiliência comparativamente com os/as migrantes de Cabo Verde ($p<0,001$). A caracterização geral da amostra encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra do inquérito à população brasileira e cabo-verdiana

	Mulheres migrantes brasileiras (MIB) (n = 204)	Homens migrantes brasileiros (HIB) (n = 116)	Migrantes brasileiros/ as Total (N = 322) *	Mulheres migrantes cabo-verdia- nas (MIC) (n = 148)	Homens migrantes cabo-ver- dianos (HIC) (n = 134)	Migrantes cabo-verdia- nos/as Total (N = 282)	p-value
Características sociodemográficas							
Idade média (anos)	36,89	34,92	36,13	41,39	40,93	41,17	0,001 ^a
Grupos de idade (anos), %							
18-29	34,3	43,1	37,6	36,5	32,8	34,8	<0,001
30-49	48,5	44,0	46,9	32,4	34,3	33,3	
50 +	17,2	12,9	15,5	31,1	32,8	31,9	
Nível de escolaridade, %							
Até ao secundário	41,7	47,4	43,8	83,8	83,6	83,7	<0,001
Educação superior	58,3	52,6	56,2	16,2	16,4	16,3	
Ocupação profissional, %							
Empregados/as	64,2	74,1	67,7	52,7	64,2	58,2	0,020
Desempregados/as	9,3	5,2	8,1	8,8	6,7	7,8	
Estudantes	16,7	18,1	17,1	23,0	17,9	20,6	
Inativos/as	9,8	2,6	7,1	15,5	11,2	13,5	

<i>Local de residência (NUTS II), %</i>							
Norte e Centro	18,7	13,9	16,9	3,4	9,0	6,0	
Área Metropolitana de Lisboa	75,4	80,9	77,5	95,3	88,8	92,2	<0,001
Alentejo e Algarve	5,9	5,2	5,6	1,4	2,2	1,8	
<i>Duração da estadia em Portugal (anos)</i>							
	6,07	6,52	6,21	20,81	21,51	21,16	<0,001 ^b
<i>Situação financeira, %</i>							
Confortável ou muito confortável	27,3	38,1	31,0	19,7	27,4	23,4	
Suficiente para as necessidades	48,6	40,0	45,5	47,4	41,9	44,8	
Difícil ou muito difícil	19,1	18,1	19,0	31,4	28,2	29,9	0,021
Prefiro não responder	4,9	3,8	4,5	1,5	2,4	1,9	
Situação financeira piorou com a pandemia, %	44,3	34,3	41,0	42,3	33,1	37,9	0,136
Cuidados de saúde e variáveis relacionadas com a saúde mental e o bem-estar							
<i>Acesso aos cuidados de saúde, %</i>							
Acesso fácil aos cuidados de saúde	53,6	53,8	53,6	75,4	76,9	76,1	
Acesso difícil aos cuidados de saúde	46,4	46,2	46,4	24,6	23,1	23,9	<0,001
<i>Perceção de discriminação por ser migrante, %</i>							
Não senti discriminação	52,2	56,6	53,4	74,6	79,2	76,8	
Senti discriminação	47,8	43,4	46,6	25,4	20,8	23,2	<0,001
<i>Resiliência, %</i>							
Nível elevado de resiliência	31,1	45,5	36,1	40,7	60,6	50,0	
Nível baixo/médio de resiliência	68,9	54,5	63,9	59,3	39,4	50,0	<0,001
<i>Suporte social/familiar percecionado, %</i>							
Nível elevado de suporte social percecionado	77,2	84,3	79,9	81,8	87,4	84,4	
Baixo nível de suporte social percecionado	22,8	15,7	20,1	18,2	12,6	15,6	0,123
<i>Mental Health Inventory (MHI-5)</i>							
Bem-estar	67,6	79,3	71,4	83,1	94,0	88,3	
Sofrimento psicológico	32,4	20,7	28,6	16,9	6,0	11,7	<0,001
<i>Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)</i>							
Sem ansiedade/ligeira	86,6	94,7	89,6	91,9	97,7	94,6	
Ansiedade moderada/severa	13,4	5,3	10,4	8,1	2,3	5,4	0,002
<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>							
Sem depressão/ligeira	64,3	82,3	70,4	72,3	87,1	79,3	
Depressão moderada/severa	35,7	17,7	29,6	27,7	12,9	20,7	<0,001

Dois/duas participantes do Brasil selecionaram a opção “outro” no género; ^a Variâncias iguais não assumidas, *post-hoc* Games-Howell (MIB=HIB), (MIB=MIC), (MIB=HIC), (HIB≠MIC), (HIB≠HIC), (MIC=HIC); ^b Variâncias iguais não assumidas, *post-hoc* Games-Howell (MIB=HIB), (MIB≠MIC), (MIB≠HIC), (HIB≠MIC) , (HIB≠HIC) , (MIC=HIC).

2. PREDITORES DE MAL-ESTAR MENTAL

2.1. Sofrimento psicológico

A prevalência de sofrimento psicológico foi de 28,6% na população brasileira e 11,7% na população cabo-verdiana ($p < 0,001$) (vd. Tabela 1). A análise bivariada mostrou uma associação entre sofrimento psicológico e grande parte das variáveis independentes, exceto a escolaridade, tanto para a população brasileira quanto para a população cabo-verdiana (vd. Tabela 2). Nas regressões múltiplas, verificou-se que o sofrimento psicológico está negativamente associado à duração da estadia em Portugal, no caso dos/as migrantes brasileiros/as (ORa: 0,9; IC: 0,9 0,9–1,0); ao agravamento da situação financeira e ao difícil acesso aos cuidados de saúde, no caso dos/as migrantes cabo-verdianos/as (ORa: 3,6; IC: 1,3–9,5 e ORa: 2,5; IC: 1,0–6,4, respetivamente); e à perceção de discriminação, aos baixos níveis de resiliência e à ausência de suporte social ou familiar, em ambas as populações (vd. Tabela 2).

Os resultados da regressão hierárquica em quatro etapas para o sofrimento psicológico são apresentados na Tabela 3. Na Etapa 1 do modelo de regressão, as variáveis *nacionalidade* (brasileira), *género* (feminino) e *idade* mostraram-se associadas ao sofrimento psicológico. A duração da estadia e a situação financeira agravada pela pandemia foram adicionadas ao modelo na Etapa 2, permanecendo associadas ao sofrimento psicológico apenas as variáveis *género* e *situação financeira*. Na Etapa 3, o *género* e a *situação financeira* permaneceram como variáveis preditoras de sofrimento psicológico, juntamente com o *difícil acesso aos cuidados de saúde* e a *discriminação percebida por ser imigrante*. Finalmente, na Etapa 4, quando foram adicionadas ao modelo as variáveis *resiliência* e *suporte social percecionado*, o *acesso aos cuidados de saúde* perdeu significância estatística.

Tabela 2. Prevalência de sofrimento psicológico e fatores associados

	População migrante brasileira			População migrante cabo-verdiana		
	Sofrimento psicológico % (95%IC)	OR brutos* (95%IC)	OR ajustados** (95%IC)	Sofrimento psicológico % (95%IC)	OR brutos* (95%IC)	OR ajustados** (95%IC)
<i>Gênero</i>						
Mulheres	32,4 (26,2-39,0)	1,7 (1,0-2,9)	1,8 (0,9-3,6)	16,9	3,2 (1,4-7,4)	2,3 (0,8-6,4)
Homens	20,7 (14,1-28,7)	1,0	1,0	6,0	1,0	1,0
<i>Grupos de idade (anos)</i>						
18-29	32,2 (24,4-40,9)	2,5 (1,1-5,8)	2,7 (0,8-8,8)	14,3	1,1 (0,5-2,5)	0,6 (0,1-2,7)
30-49	29,8 (22,9-37,4)	2,2 (1,0-5,1)	2,9 (0,9-9,1)	7,4	0,5 (0,2-1,4)	0,5 (0,1-1,8)
50 +	16,0 (7,9-27,9)	1,0	1,0	13,3	1,0	1,0
<i>Nível de escolaridade</i>						
Até ao secundário	29,1 (22,1-36,9)	1,0	1,0	11,0	1,0	1,0
Educação superior	28,2 (22,0-35,0)	1,0 (0,6-1,6)	0,9 (0,4-1,8)	15,2	1,4 (0,6-3,6)	1,7 (0,5-6,0)
<i>Ocupação profissional</i>						
Empregados/as	29,4 (23,6-35,6)	4,4 (1,0-19,2)	-	9,1	0,4 (0,1-1,0)	-
Desempregados/as	42,3 (25,0-61,3)	7,7 (1,5-39,9)	-	13,6	0,6 (0,1-2,5)	-
Estudantes	27,3 (16,9-40,0)	3,9 (0,8-18,9)	-	12,1	0,5 (0,2-1,6)	-
Inativos/as	8,7 (1,9-25,1)	1,0	-	21,1	1,0	-
<i>Duração da estadia em Portugal (anos)</i>	-	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,9-1,0)	-	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,9-1,0)
<i>Situação financeira</i>						
Suficiente para as necessidades, confortável ou muito confortável	23,8 (18,7-29,6)	1,0	-	12,8	1,0	1,0
Difícil ou muito difícil	38,2 (26,2-51,4)	2,0 (1,1-3,7)	-	21,8	3,4 (1,6-7,2)	-
Situação financeira piorou	37,8 (29,5-46,7)	2,6 (1,5-4,5)	1,7 (0,9-3,3)	21,2	4,1 (1,8-9,1)	3,6 (1,3-9,5)
<i>Acesso aos cuidados de saúde</i>						
Acesso fácil	18,7 (13,2-25,4)	1,0	1,0	8,1	1,0	1,0
Acesso difícil	36,6 (28,8-44,9)	2,5 (1,5-4,3)	1,2 (0,6-2,3)	25,8	3,9 (1,8-8,5)	2,5 (1,0-6,4)
<i>Perceção de discriminação por ser imigrante</i>						
Não senti discriminação	17,5 (11,6-24,8)	1,0	1,0	24,6	1,0	1,0
Senti discriminação	36,8 (29,0-45,1)	2,7 (1,5-4,9)	2,3 (1,1-4,6)	9,3	3,2 (1,5-7,0)	2,8 (1,0-7,5)
<i>Resiliência</i>						
Nível elevado de resiliência	10,9 (6,1-17,7)	1,0	1,0	6,6	1,0	1,0
Nível baixo/médio de resiliência	37,4 (30,9-44,4)	4,9 (2,5-9,5)	1,9 (0,9-4,1)	16,9	2,9 (1,3-6,5)	2,2 (0,8-6,3)
<i>Suporte social/familiar percebido</i>						
Nível elevado de suporte social percebido	18,4 (13,9-23,7)	1,0	1,0	8,8	1,0	1,0
Baixo nível de suporte social percebido	61,7 (49,1-73,2)	4,1 (2,3-7,4)	4,7 (2,2-10,1)	28,6	4,2 (1,8-9,4)	2,9 (1,0-8,5)
<i>Nagelkerke's Pseudo R²</i>	-	-	0,311	-	-	0,319

Nota: Os *odds ratio* (OR) brutos*, OR ajustados**, e os respetivos intervalos de confiança a 95% (95%IC) foram calculados nos modelos de regressão logística. Participantes com valores omissos foram excluídos/as dos modelos.

Tabela 3. Análise de regressão hierárquica para identificação de preditores de sofrimento psicológico

	Modelo 1: Variáveis sociodemográficas		Modelo 2: Variáveis sociodemográficas + Integração		Modelo 3: Variáveis sociodemográficas + Integração + Discriminação		Modelo 4: Variáveis sociodemográficas + Integração + Discriminação + Variáveis sociopsicológicas positivas	
	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value
Nacionalidade, Brasileira	1,9 (1,1-3,3)	0,028	1,5 (0,8-2,7)	0,249	1,2 (0,6-2,3)	0,618	1,1 (0,6-2,2)	0,781
Género, Mulheres	2,1 (1,3-3,6)	0,003	2,0 (1,2-3,5)	0,007	2,1 (1,2-3,6)	0,007	1,9 (1,1-3,3)	0,029
Idade, 18-29	2,0 (1,0-3,8)	0,050	1,7 (0,8-3,7)	0,149	1,8 (0,8-3,9)	0,135	1,4 (0,6-3,2)	0,438
Idade, 30-49	1,5 (0,8-2,9)	0,211	1,3 (0,7-2,6)	0,428	1,4(0,7-2,9)	0,321	1,3 (0,6-2,7)	0,563
Educação superior	1,2 (0,7-2,1)	0,446	1,2 (0,7-2,1)	0,517	1,1(0,7-2,0)	0,656	1,1 (0,6-1,9)	0,853
Duração da estadia			1,0 (1,0-1,0)	0,201	1,0(1,0-1,0)	0,394	1,0 (1,0-1,0)	0,151
Situação financeira piorou			<0,001	2,4 (1,4-3,9)	0,001	2,1 (1,3-3,6)	0,005	
Acesso difícil aos cuidados de saúde				1,7 (1,0-2,8)	0,045	1,5 (0,9-2,6)	0,126	
Sentiu-se discriminado/a por ser imigrante	2,8 (1,7-4,5)		2,4(1,4-4,0)	0,001	2,5 (1,5-4,4)	0,001		
Baixo nível de suporte social percecionado					4,2 (2,3-7,6)	<0,001		
Nível baixo/médio de resiliência			2,0 (1,1-3,7)		0,023			
Nagelkerke's Pseudo R²	0,090		0,155		0,211		0,309	

Nota: Os odds ratio (OR) brutos*, OR ajustados**, e os respetivos intervalos de confiança a 95% (95%IC) foram calculados nos modelos de regressão logística. Participantes com valores omissos foram excluídos/as dos modelos

2.2. Ansiedade

A prevalência de ansiedade moderada a grave foi de 10,4% na população brasileira e 5,4% na população cabo-verdiana ($p=0,002$). A análise multivariada revelou que na população brasileira a ansiedade está associada à escolaridade de nível superior (ORa: 8,9; IC: 1,8-45,0), ao agravamento da situação financeira (ORa: 0,2; IC: 0,1-0,6) e a baixos níveis de resiliência (ORa: 5,8; IC: 1,2-28,6); na população cabo-verdiana está associada à discriminação (ORa: 6,0; IC: 1,1-33,5) e a baixos níveis de resiliência (ORa: 10,6; IC: 1,0-11,9) (vd. Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de ansiedade (moderada a severa) e fatores associados

	População migrante brasileira			População migrante cabo-verdiana		
	Ansiedade % (95%IC)	OR brutos* (95%IC)	OR ajustados** (95%IC)	Ansiedade % (95%IC)	OR brutos* (95%IC)	OR ajustados** (95%IC)
<i>Gênero</i>						
Mulheres	13,4 (9,2-18,6)	2,8 (1,1-7,1)	3,2 (0,8-12,2)	8,1 (4,5-13,3)	3,8 (1,0-13,8)	1,5 (0,3-8,0)
Homens	5,3 (2,2-10,5)	1,0	1,0	2,3 (0,6-5,9)	1,0	1,0
<i>Grupos de idade (anos)</i>						
18-29	12,5 (7,5-19,3)	3,4 (0,8-15,6)	4,7 (0,5-43,6)	8,2 (4,0-15,0)	1,9 (0,6-6,7)	0,2 (0,0-2,0)
30-49	10,8 (6,6-16,6)	2,9 (0,6-13,1)	2,7 (0,3-23,2)	3,2 (0,9-8,4)	0,7 (0,2-3,3)	0,1 (0,0-1,5)
50 +	4,0 (0,8-12,2)	1,0	1,0	4,4 (1,5-10,2)	1,0	1,0
<i>Nível de escolaridade</i>						
Até ao secundário	5,7 (2,7-10,5)	1,0	1,0	5,1 (2,8-8,5)	1,0	1,0
Educação superior	14,0 (9,5-19,7)	2,7 (1,2-6,2)	8,9 (1,8-45,0)	6,5 (1,9-16,4)	1,3 (0,3-4,8)	1,9 (0,3-13,7)
<i>Ocupação profissional</i>						
Empregados/as	10,7 (7,1-15,4)	1,3 (0,3-5,7)	-	1,8 (0,5-4,8)	0,2 (0,0-1,1)	-
Desempregados/as	7,7 (1,6-22,5)	0,9 (0,1-6,8)	-	9,1 (1,9-26,1)	1,2 (0,2-7,6)	-
Estudantes	10,9 (4,7-21,1)	1,3 (0,2-6,9)	-	12,3 (5,7-22,6)	1,6 (0,4-6,8)	-
Inativos/as	8,7 (1,9-25,1)	1,0	-	7,9 (2,3-19,6)	1,0	-
<i>Duração da estadia em Portugal (anos)</i>	-	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,0)	-	1,0 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,0)
<i>Situação financeira</i>						
Suficiente para as necessidades, confortável ou muito confortável	11,1 (7,5-15,5)	1,0	-	4,4 (2,1-8,1)	1,0	-
Difícil ou muito difícil	3,6 (0,8-11,2)	0,3 (0,1-1,3)	-	7,7 (3,3-15,2)	1,8 (0,6-5,4)	-
Situação financeira piorou	5,9 (2,7-11,2)	0,4 (0,2-1,1)	0,2 (0,1-0,6)	6,1 (2,6-12,1)	1,2 (0,4-3,7)	0,6 (0,1-3,1)
<i>Acesso aos cuidados de saúde</i>						
Acesso fácil	7,7 (4,3-12,7)	1,0	1,0	3,6 (1,6-6,8)	1,0	1,0
Acesso difícil	11,9 (7,3-18,2)	1,6 (0,7-3,6)	1,7 (0,6-4,9)	11,3 (5,2-20,9)	3,5 (1,2-10,3)	2,4 (0,5-11,7)
<i>Perceção de discriminação por ser imigrante</i>						
Não senti discriminação	9,6 (5,5-15,3)	1,4 (0,6-3,3)	1,0 (0,3-2,9)	8,2 (3,2-17,0)	2,0 (0,6-6,5)	6,0 (1,1-33,5)
Senti discriminação	7,1 (3,6-12,6)	1,0	1,0	4,3 (2,0-8,3)	1,0	1,0
<i>Resiliência</i>						
Nível elevado de resiliência	2,7 (0,8-7,1)	1,0	1,0	2,9 (1,0-6,8)	1,0	1,0
Nível baixo/médio de resiliência	13,8 (9,5-19,2)	5,7 (1,7-19,4)	5,8 (1,2-28,6)	7,4 (3,8-12,7)	2,6 (0,8-8,6)	10,6 (1,0-11,9)
<i>Suporte social/familiar percebido</i>						
Nível elevado de suporte social percebido	7,9 (5,0-11,9)	1,0	1,0	4,4 2,3-7,6	1,0	1,0
Baixo nível de suporte social percebido	16,7 (8,9-27,6)	2,3 (1,0-5,3)	1,7 (0,5-5,4)	9,5 3,3-21,1	2,3 (0,7-7,7)	2,8 (0,4-17,4)
<i>Nagelkerke's Pseudo R²</i>	-	-	0,332	-	-	0,293

Nota: Os *odds ratio* (OR) brutos*, OR ajustados**, e os respetivos intervalos de confiança a 95% (95%IC) foram calculados nos modelos de regressão logística. Participantes com valores omissos foram excluídos/as dos modelos.

O nível mais elevado de escolaridade, a situação financeira agravada pela pandemia e os baixos níveis de resiliência foram os principais preditores de ansiedade para a população participante, enquanto as restantes variáveis sociodemográficas, incluindo o género, perderam significância estatística nos modelos ajustados.

Tabela 5. Análise de regressão hierárquica para identificação de preditores de ansiedade (moderada a severa)

	Modelo 1: Variáveis sociodemográficas		Modelo 2: Variáveis sociodemográficas + Integração		Modelo 3: Variáveis sociodemográficas + Integração + Discriminação		Modelo 4: Variáveis sociodemográficas + Integração + Discriminação + Variáveis sociopsicológicas positivas	
	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value
Nacionalidade, Brasileira	0,8 (0,3-2,2)	0,732	0,8 (0,2-2,4)	0,638	0,6 (0,2-2,0)	0,430	0,6 (0,2-2,0)	0,399
Género, Mulheres	2,8 (1,1-7,2)	0,033	2,9 (1,1-7,5)	0,027	2,8 (1,1-7,3)	0,034	2,4 (0,9-6,3)	0,084
Idade, 18-29	2,0 (0,7-6,1)	0,203	1,6 (0,5-5,4)	0,412	1,6 (0,5-5,4)	0,463	1,0 (0,3-3,6)	0,986
Idade, 30-49	1,0 (0,3-3,2)	0,960	1,0 (0,3-3,1)	0,956	1,0 (0,3-3,1)	0,961	0,7 (0,2-2,3)	0,518
Educação superior	4,9 (1,9-12,7)	0,001	4,6 (1,7-12,4)	0,002	4,5 (1,7-12,1)	0,003	4,1(1,5-11,3)	0,006
Duração da estadia		1,0 (0,9-1,0)	0,560	1,0 (0,9-1,0)	0,748	1,0 (0,9-1,0)	0,582	
Situação financeira piorou		0,4 (0,2-1,0)	0,050	0,3 (0,1-0,8)	0,021	0,3 (0,1-0,7)	0,008	
Acesso difícil aos cuidados de saúde			2,0 (0,8-4,6)	0,118	1,8 (0,8-4,3)	0,174		
Sentiu-se discriminado/a por ser imigrante			2,0 (0,8-4,7)	0,128	1,8 (0,8-4,4)	0,184		
Baixo nível de suporte social percebido				1,8 (0,7-4,4)	0,219			
Nível baixo/médio de resiliência				5,8 (1,6-20,8)	0,007			
Nagelkerke's Pseudo R2	0,129	0,154	0,188	0,259				

Nota: Os odds ratio (OR) brutos*, OR ajustados**, e os respetivos intervalos de confiança a 95% (95%IC) foram calculados nos modelos de regressão logística. Participantes com valores omissos foram excluídos/as dos modelos.

2.3. Depressão

A prevalência de sintomas de depressão moderada a grave foi de 29,6% na população brasileira e de 20,7% na população cabo-verdiana ($p<0,001$). A análise multivariada revelou que, no caso da população brasileira, a depressão está associada ao género feminino (ORa: 2,9; IC: 1,4-6,0), ao grupo etário

dos 18-29 anos (ORa: 3,0; IC: 1,0–8,8), a um baixo nível de resiliência (ORa: 3,4; IC: 1,5–7,8) e a um baixo nível de suporte social percebido (ORa: 2,2; IC: 1,0–4,6). No caso da população cabo-verdiana, a depressão encontra-se associada ao género feminino (ORa: 4,8; IC: 1,8–12,7), a um baixo nível de resiliência (ORa: 3,4; IC: 1,3–8,8) e a um baixo nível de suporte social percebido (ORa: 4,3; IC: 1,6–11,6). Uma menor prevalência de depressão foi observada na população cabo-verdiana com idades entre 30 e 49 anos (aOR: 0,1; IC: 0,0–0,6) face à população com 50 anos ou mais (vd. Tabela 6).

Tabela 6. Prevalência de sintomas depressivos (moderados a severos) e fatores associados

	População migrante brasileira			População migrante cabo-verdiana		
	Sintomas depressivos % (95%IC)	OR brutos* (95%IC)	OR ajustados** (95%IC)	Sintomas depressivos % (95%IC)	OR brutos* (95%IC)	OR ajustados** (95%IC)
<i>Género</i>						
Mulheres	35,7	2,3 (1,4–4,1)	2,9 (1,4–6,0)	27,7	2,6 (1,4–4,8)	4,8 (1,8–12,7)
Homens	17,7	1,0	1,0	12,9	1,0	1,0
<i>Grupos de idade (anos)</i>						
18–29	38,1	3,7 (1,5–8,9)	3,0 (1,0–8,8)	32,0	1,8 (0,9–3,4)	1,9 (0,5–6,7)
30–49	27,8	2,3 (1,0–5,6)	1,5 (0,5–4,3)	8,6	0,4 (0,1–0,9)	0,1 (0,0–0,6)
50 +	14,3	1,0	1,0	21,1	1,0	1,0
<i>Nível de escolaridade</i>						
Até ao secundário	31,9	1,0	1,0	20,5	1,0	1,0
Educação superior	27,7	0,8 (0,5–1,3)	0,9 (0,5–1,8)	21,7	1,1 (0,5–2,3)	1,3 (0,4–4,6)
<i>Ocupação profissional</i>						
Empregados/as	26,9	1,2 (0,4–3,4)	-	12,9	0,3 (0,1–0,6)	-
Desempregados/as	44,0	2,5 (0,7–9,0)	-	31,8	0,9 (0,3–2,8)	-
Estudantes	35,8	1,8 (0,6–5,7)	-	29,8	0,8 (0,3–2,0)	-
Inativos/as	23,8	1,0	-	34,2	1,0	-
<i>Duração da estadia em Portugal (anos)</i>	-	0,9 (0,9–1,0)	1,0 (0,9–1,0)	-	1,0 (1,0–1,0)	1,0 (1,0–1,0)
<i>Situação financeira</i>						
Suficiente para as necessidades, confortável ou muito confortável	30,7	1,0	-	16,2	1,0	-
Difícil ou muito difícil	34,5	1,4 (0,7–2,6)	-	28,2	2,0 (1,1–3,8)	-
Situação financeira piorou	36,1	1,8 (1,1–3,0)	1,3 (0,7–2,4)	25,3	1,7 (0,9–3,1)	1,7 (0,7–4,3)
<i>Acesso aos cuidados de saúde</i>						
Acesso fácil	23,9	1,0	1,0	16,8	1,0	1,0
Acesso difícil	34,3	1,7 (1,0–2,8)	-	30,6	2,2 (1,1–4,2)	1,5 (0,6–3,9)
<i>Perceção de discriminação por ser imigrante</i>						
Não senti discriminação	20,6	1,0	1,0	17,9	1,0	1,0
Senti discriminação	37,5	2,3 (1,3–4,0)	1,7 (0,9–3,2)	29,5	1,9 (1,0–3,8)	2,2 (0,9–5,8)
<i>Resiliência</i>						
Nível elevado de resiliência	10,9	1,0	1,0	10,3	1,0	1,0
Nível baixo/médio de resiliência	40,0	5,4 (2,8–10,6)	3,4 (1,5–7,8)	30,1	3,8 (1,9–7,3)	3,4 (1,3–8,8)
<i>Suporte social/familiar percebido</i>						
Nível elevado de suporte social percebido	23,0	1,0	1,0	14,9	1,0	1,0
Baixo nível de suporte social percebido	55,0	4,1 (2,3–7,4)	2,2 (1,0–4,6)	50,0	5,7 (2,8–11,6)	4,3 (1,6–11,6)
<i>Nagelkerke's Pseudo R²</i>	-	-	0,285	-	-	0,403

Nota: Os odds ratio (OR) brutos*, OR ajustados**, e os respetivos intervalos de confiança a 95% (95%IC) foram calculados nos modelos de regressão logística. Participantes com valores omissos foram excluídos/as dos modelos.

O reporte de discriminação por ser migrante, baixos níveis de resiliência, baixo nível de suporte social percebido e o ser de gênero feminino foram os principais preditores de depressão para as duas populações migrantes inquiridas, enquanto as variáveis sociodemográficas, incluindo a nacionalidade e a idade, perderam significância estatística nos modelos ajustados (vd. Tabela 7).

Tabela 7. Análise de regressão hierárquica para identificação de preditores de sintomas depressivos (moderados a severos)

	Modelo 1: Variáveis sociodemográficas		Modelo 2: Variáveis sociodemográficas + Integração		Modelo 3: Variáveis sociodemográficas + Integração + Discriminação		Modelo 4: Variáveis sociodemográficas + Integração + Discriminação + Variáveis sociopsicológicas positivas	
	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value	OR * (95%IC)	p-value
Nacionalidade, Brasileira	1,3 (0,8-2,2)	0,343	1,2 (0,7-2,2)	0,571	1,0 (0,6-1,9)	0,900	0,9 (0,5-1,8)	0,871
Gênero, Mulheres	3,5 (2,1-5,9)	<0,001	3,4 (2,0-5,8)	<0,001	3,5 (2,1-6,0)	<0,001	3,2 (1,8-5,5)	<0,001
Idade, 18-29	2,6 (1,4-4,8)	0,002	2,7 (1,3-5,4)	0,006	2,7 (1,3-5,6)	0,006	2,0 (0,9-4,2)	0,083
Idade, 30-49	0,8 (0,4-1,5)	0,488	0,8 (0,4-1,5)	0,423	0,8 (0,4-1,5)	0,467	0,6 (0,3-1,2)	0,155
Educação superior	1,2 (0,7-2,0)	0,521	1,2 (0,7-2,1)	0,495	1,1 (0,7-1,9)	0,644	1,1 (0,6-1,9)	0,774
Duração da estadia			1,0 (1,0-1,0)	0,849	1,0 (1,0-1,0)	0,902	1,0 (1,0-1,0)	0,660
Situação financeira piorou			0,004	1,7 (1,0-2,8)	0,032	1,4 (0,9-2,4)	0,169	
Acesso difícil aos cuidados de saúde	2,0 (1,2-3,2)			1,5 (0,9-2,4)	0,143	1,3 (0,8-2,2)	0,320	
Sentiu-se discriminado/a por ser imigrante			1,9 (1,1-3,1)	0,014	1,9 (1,1-3,2)	0,020		
Baixo nível de suporte social percebido			3,1 (1,7-5,7)		3,1 (1,7-5,5)	<0,001		
Nível baixo/médio de resiliência					<0,001			
Nagelkerke's Pseudo R2	0,152		0,177		0,207		0,307	

Nota: Os odds ratio (OR) brutos*, OR ajustados**, e os respetivos intervalos de confiança a 95% (95%IC) foram calculados nos modelos de regressão logística. Os/as participantes com valores omissos foram excluídos dos modelos.

CAPÍTULO 4.

EFEITOS DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL E NO BEM-ESTAR: RESULTADOS DOS GRUPOS FOCAIS

1. GRUPOS FOCAIS COM MIGRANTES BRASILEIROS E CABO-VERDIANOS

Os resultados dos grupos focais foram organizados em 3 secções. A primeira secção incide nos impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar da população migrante; a segunda tem como foco as barreiras encontradas por migrantes na utilização dos serviços de saúde em Portugal, em geral, e os determinantes e agravantes a elas associados. Apesar desta segunda secção de resultados não ter constituído um objetivo específico do projeto, foi um tema que surgiu espontaneamente em todos os grupos focais (GF). A análise efetuada constatou a existência das barreiras prévias, que se agravaram com o início da pandemia COVID-19, aumentando as iniquidades, o que se relaciona diretamente com a terceira secção de resultados, mais especificamente focada no impacto da pandemia na utilização dos serviços.

1.1. Impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar

Os/as participantes relataram diferentes experiências e sentimentos decorrentes da sua vivência da pandemia, destacando-se sintomas de ansiedade e depressão, resultantes, sobretudo, da incerteza sentida durante os períodos de confinamento e perante as medidas mais restritivas:

“Eu acho que a gente estava num período que a gente não sabia nem se aquilo durava uma semana, duas, dez, mil, três anos, quer dizer (...). Então era muita incerteza, você não tem certeza se vai ser um mês, você não consegue nem projetar como você vai se recuperar financeiramente, porque você não tinha nem como projetar nada. Então eu acho que é um mix de ansiedade com tristeza em alguns momentos.” (Participante brasileira)

As vivências em Portugal e a percepção da pandemia foram muito variadas. Enquanto a maior parte dos/as participantes já residia em Portugal antes da pandemia, alguns/mas migraram no período pandémico:

“Para mim a pandemia começou aqui em Lisboa, porque 15 dias depois que eu pisei em Lisboa tudo fechou. Eu nem sabia que existia Covid, não sabia de nada, e foi um susto bem grande. Então, em relação à saúde mental foi ruim, porque eu estava chegando num país novo para mim, e com um ambiente completamente diferente de tudo o que se já se viu nesses últimos tempos. Tudo fechado, o risco de você não saber o que vai acontecer com você, pode pegar uma doença e você está num país que não é teu, você não sabe como vai ser tratado na saúde, porque você não foi (...). Foi muito stressante, muito stressante.” (Participante brasileira)

A conciliação entre o trabalho (realizado em casa) e a assistência aos filhos foi um assunto referido pelas participantes do sexo feminino. Para uma delas, outro sintoma relacionado com o stress foi o surgimento de insónias, distúrbio de sono com que lida até os dias de hoje:

“A insónia em parte era causada pelo stress que eu estava da pressão do trabalho, na pressão também que depois, como não conseguia terminar tudo nas 6 horas supostamente que eu estava a receber, acabava

por terminar o trabalho às tantas da noite, isso queria dizer que eu estava a trabalhar excesso de horas, horas que não eram remuneradas. Aqui, portanto, o importante era que o trabalho tivesse feito, não é? Isso causava-me imenso stresse e fadiga também. E depois a ansiedade também, muita ansiedade por causa da incerteza.” (Participante cabo-verdiana)

Os relatos mostram que uma das maiores causas geradoras de stresse e das suas consequências foi o trabalho:

“Para mim o impacto negativo que tem a ver com a questão psicológica foi o financeiro, que acho que já foi logo o primeiro pilar, ali com a quarentena, que foi derrubado.” (Participante brasileira)

“No caso dos cabo-verdianos, uma vez que eu tenho vindo a falar com muitas associações cabo-verdianas cá em Portugal, eu reparei claramente que impactou na vida de muitas famílias (...). É mais o receio de a pessoa perder o emprego (...). Constatei que muitos passaram por situações difíceis, sobretudo em determinados bairros, daí que por exemplo a Associação Caboverdeana de Lisboa fez um excelente trabalho na recolha de alimentos, e não só, visando sanar pequenos problemas que foram surgindo.” (Participante cabo-verdiano)

A maior parte dos/das participantes perdeu rendimentos logo no início da pandemia – alguns/mas perderam os seus empregos, outros/as eram trabalhadores independentes e não tiveram direito a nenhum tipo de apoio do Estado (por estarem no primeiro ano de atividade e com isenção de contribuição para a Segurança Social). Foram relatados casos em que a necessidade de assegurar o cuidado dos filhos dependentes impossibilitou a continuidade dos empregos. Participantes em situação de desemprego recente, na altura, também se depararam com a impossibilidade de encontrar um novo emprego:

“Eu acho que para mim a maior dificuldade foi pensar que eu acho que eu não ia conseguir um emprego (...) estava muito tranquilo, porque precisava também até de um tempo para a minha cabeça, estava a trabalhar demais naquela altura e achei que ia ser bom aquela fase que eu ia estar no desemprego. Só que a pandemia chegou e me levou com as emoções à flor da pele. Porque eu achei que eu não ia conseguir mais trabalho, não ia ter mais perspetiva, e aquele tempo que acabava indo, indo (...) fiquei mal, porque depois a saúde mental da gente depois vai pra baixo, né? Fiquei deprimido. Precisei de apoio e achava que não ia conseguir sair dessa onda de negatividade que a gente estava passando com a pandemia (...) cada dia a gente ficava mais assustado, a gente ainda não sabia muito bem no início, ainda o quê que ia acontecer. E essa incerteza deixava, pelo menos para mim, eu estava no desemprego, deixava as pessoas numa insegurança total.” (Participante brasileiro)

O isolamento social foi lembrado como um período emocionalmente difícil e solitário, sobretudo por parte de imigrantes que se encontravam há pouco tempo no país quando começou a pandemia COVID-19:

“Quando você migra, principalmente com filho (...) você acaba vivendo um processo de um certo isolamento social nesse início, porque você não conhece tantas pessoas, você não tem uma rede de amigos, e aí você precisa construir isso socialmente. E você tem muita burocracia para resolver, e nem sempre você tem dinheiro para ficar vivendo (...). Então no meu caso, quando veio a pandemia, foi mais de um ano depois, foi um ano e meio depois, que era o momento que eu acho que um migrante tem um ano para se organizar, e se organizar financeiramente, na hora que a gente falou, ah, agora a gente consegue, vamos viver, conhecer

peessoas, sei lá, e então veio a pandemia. Então foi assim, isolamento social mais isolamento social, sabe, foi, meu Deus, aí eu acho que pesou essa questão de solidão.” (Participante brasileira)

Outro fator que teve impacto no bem-estar, e que foi apontado por vários/as participantes como motivo de grande preocupação, foi a situação de familiares em seus países de origem:

“E a pandemia no Brasil, que nos afetava aqui. Porque a pandemia no Brasil foi uma coisa horrorosa, de descaso, mesmo, da administração do governo federal. E quem tem familiar no Brasil sabe que a gente ficava com o coração na mão, porque a gente via aquelas notícias, e a minha mãe já idosa, mesmo tendo tomado toda aquela vacina, chegou a ficar doente lá, e isso me abalou muito, assim, foi o momento mais difícil da pandemia de gerir...Porque o migrante tem que gerir dois corações: o coração que está aqui e o coração que está lá no Brasil, e isso era muito complicado, porque não tinha como fazer nada. Eu ficava pensando que se eu perdesse um familiar eu não ia poder nem ir lá me despedir dele, porque não tinha nem como chegar.” (Participante brasileiro)

Por outro lado, havia também grande preocupação dos familiares com aqueles que estavam em Portugal, sobretudo no caso dos/as cabo-verdianos, que acompanhavam pelas notícias a situação da pandemia em Portugal:

“Nós estando cá, o receio só ia aumentando à medida que entrávamos em contato com a família, da nossa parte e da parte da dita família. Porque lá está, sobretudo quando começamos a perceber que mesmo cá em Portugal morriam centenas de pessoas. E em Cabo Verde felizmente, bom, teve o seu impacto, mas não com a dimensão de cá, sobretudo porque a população também é diminuta, não é igual à de Portugal (...). As mães, e agora falando no geral, os tios, as tias, os irmãos, sempre com aquele conselho e sabendo que o estilo de vida daqui é totalmente diferente do lá, em que as casas são dispersas, logo uma prevenção acaba por ser mais eficaz. Daí toda aquela preocupação sim, dos familiares de lá. E nós também para com eles.” (Participante cabo-verdiano)

O receio de viajar e não conseguir regressar foi outro motivo gerador de ansiedade:

“Eu fiz uma viagem a Cabo Verde e o meu regresso coincidiu com um pico, com uma nova vaga da pandemia cá em Portugal. E fecharam, cancelaram alguns voos, e eu estive num dos voos cancelados (...). E aquilo obviamente que aumentou a preocupação de quem estava cá, no caso de quererem viajar para lá (...). Um cabo-verdiano por alguma razão, mesmo que fosse visitar um familiar que estivesse doente, fazia a viagem, mas levava com ele a preocupação de poder lá ficar, e vice-versa.” (Participante cabo-verdiano)

O funcionamento dos serviços em Portugal também gerou preocupações, medos e sintomas de ansiedade. Uma participante brasileira partilhou o receio em ser tratada discriminatoriamente nos serviços de saúde, o qual tem como base experiências anteriores dela e de amigos seus. Também o facto de não ter uma rede familiar em Portugal fez com que tentasse proteger-se ao máximo para não ficar doente e, consequentemente, necessitar de apoio médico:

“Eu tenho de me proteger, não posso de maneira nenhuma ficar doente porque eu não tenho quem vá-me proteger nesse caso. Então, se eu adoecer neste contexto, eu estou literalmente sozinha.” (Participante brasileira)

Outras duas participantes, cabo-verdianas, relataram sofrer de ansiedade e sentirem-se angustiadas por não conseguirem atendimento médico para os seus filhos:

“Eu ia lá sempre tentar marcar uma consulta para eles, porque eles têm problemas tipo respiratórios, e que, e eu nunca consegui uma consulta, e saía de lá frustrada, a chorar mesmo. Porque nem chegava na médica, barravam logo no guichê, barravam logo. Não havia vagas, ou a médica estava de férias, sempre com estes percalços.” (Participante cabo-verdiana)

“A minha filha tem o espectro do autismo e ela precisava sempre de um atestado multiuso e incapacidade, que era também para eu pedir os apoios, porque como eu estou desempregada, estou cá em cada por causa da pandemia também, e depois era impossível estar a arranjar outra pessoa para cuidar dela, não é? (...) do atrasado, e alegavam sempre que era preciso agendamento, mesmo para agendamento por telefone era impossível, não atendiam o telefone simplesmente.” (Participante cabo-verdiana)

Em contraponto, foram referidos aspetos considerados positivos, que foram consequência das medidas tomadas para enfrentar a pandemia COVID-19. Uma participante brasileira avalia como “maravilhoso” o período do confinamento, por ter tido, pela primeira vez, a oportunidade de trabalhar de casa e estar mais próxima da família. Para outra participante brasileira, o confinamento acabou por possibilitar a conciliação entre trabalho e estudo, visto que as atividades passaram a ser *online*. Outros/as participantes observaram que, apesar de difícil, foi um período de atos de solidariedade, entreajuda, movimentos coletivos e individuais para ajudar as pessoas a cumprirem o seu isolamento, por exemplo.

As estratégias para lidar com os impactos da pandemia COVID-19 foram variadas. A criação de redes de entreajuda foi uma delas, seja no apoio às pessoas que estavam a cumprir isolamento, seja no apoio financeiro, alimentar ou psicológico. O aumento no consumo de álcool, como maneira de lidar com a ansiedade, também foi referido:

“Então a gente tem que passar por cima disso tudo e silenciar tudo o que a gente vive psicologicamente, ao ponto de só parar quando tiver algum surto ou algo muito grande, ou algo muito maior. Então, a gente lida fazendo piada, infelizmente, lida bebendo pra caramba e enchendo a cara de cerveja ou de bebida, quando pode, chateando os amigos, tendo crises de ansiedade e coisas de falar que toda hora você vai largar a sua vida aqui porque você não aguenta. A gente lida com esses picos de stresse, mas tem que botar a cabeça no lugar, porque ninguém vai cuidar de você se você não cuidar, entendeu. Essa é a realidade, infelizmente.” (Participante brasileiro)

Houve quem tenha estabelecido uma rotina de atividades para lidar com os períodos de confinamento e suas consequências, procurando cuidar também do corpo e investindo em formações e capacitações entre os períodos de trabalho.

O movimento em direção a novos projetos e trabalhos foi uma das estratégias para lidar com o sentimento de angústia e incerteza vivido no início da pandemia, como relata um participante brasileiro:

“Depois, assim, eu já estava farto, já não aguentava mais ficar só olhando... Eu queria sair (...), queria fazer alguma coisa, queria fazer um trabalho voluntário, que fosse. Para me dar uma motivação para a vida, eu acho. Porque aquele momento da pandemia que você só vê morte, só vê coisas tristes e você não poder sair de casa (...). O confinamento foi muito duro, porque a gente ficava só em casa muito tempo... E eu falei assim: não, agora eu quero fazer a segunda fase da pandemia ser um pouco mais leve. E aí comecei a de-

envolver um trabalho voluntário e depois, logo em seguida, no trabalho que estava a fazer voluntário já fui contratado. Então foi uma coisa boa, a segunda fase da pandemia. Mas em plena pandemia, eu não esperava, mas é também porque eu fui, saí, e decidi, porque eu falei assim: eu não posso ficar nessa inércia e esperar que as coisas vão melhorar, porque vai demorar. Eu achava que não seria tão logo que as coisas iriam mudar, né? Então eu fui, saí, comecei a desenvolver um trabalho voluntário e isso me ajudou. E aí comecei a trabalhar, e estou a trabalhar onde eu estou até hoje, mesmo no período da pandemia e continuo, e isso me ajudou a lidar com as questões da ansiedade, com as questões da segurança.” (Participante brasileiro)

1.2. Barreiras na utilização dos serviços

As barreiras enfrentadas para aceder aos serviços públicos em Portugal constituíram um assunto recorrente ao longo das sessões dos grupos focais. Enquanto algumas dessas barreiras estão diretamente relacionadas com os impactos da pandemia na organização dos serviços, outras são percebidas como persistentes. Dentre os determinantes relacionados com estas barreiras, destacaram-se:

- A precariedade laboral na qual muitos/as migrantes se encontram (seja por falta de documentação, seja por falta de oportunidades) e que impossibilita o acesso a direitos – como, por exemplo, a segurança social;
- As barreiras linguísticas – neste caso, a população brasileira e cabo-verdiana pode apresentar alguma dificuldade de compreensão, mas é sobretudo na população que não fala português que a situação se agrava;
- A falta de informação disponível e a elevada burocracia – diversos/as participantes relataram sentir-se, muitas vezes, sem orientação sobre como navegar nos sistemas e nos serviços, apercebendo-se de uma desconexão de informações entre os serviços e as fontes de informação:

“Você quer parecer menos desorientada até para você cobrar seus direitos (...). E todos os meus amigos brasileiros relataram a mesma coisa (...), eu tenho uma amiga que a gente estava conversando, ela disse: eu nunca consegui ter toda a minha documentação regularizada ao mesmo tempo, porque sempre que eu consigo regularizar uma, a outra já está vencendo, ou tem alguma por fazer. Nunca chegou um momento em que eu não tivesse que ir em algum serviço, ligar para alguém, regularizar alguma coisa, porque está sempre faltando algum documento. Todas as vezes que entra num trabalho novo ela descobre mais uma documentação que está ou errada, ou incompleta, e ela disse: por que eu não faço tudo isso quando eu chego, sabe?” (Participante brasileira)

“Porque a pessoa já está num contexto desconhecido, está a conviver com algo que é desconhecido, logo precisa de determinados apoios, nomeadamente uma pessoa recém-chegada aqui em Portugal e se depara logo com o vírus precisa de conhecer os mecanismos, como deverá fazer por exemplo para se dirigir à Segurança Social, tratar de algum direito que possa ter (...). Portanto, são estas questões que pelo menos que reparei que pairaram e que continuam, mas não com aquela dimensão aquando da fase inicial desta pandemia.” (Participante cabo-verdiano)

- O preconceito e a discriminação – foram diversas as experiências de tratamento discriminatório, no contexto laboral, nos serviços de saúde e da segurança social. Quando questionado sobre mal-es-

tar psicológico ao longo da pandemia, um participante brasileiro discorreu sobre os impactos das discriminações diárias sentidas:

“... é isso, da dificuldade que a gente tem que lidar do dia-a-dia, das adversidades que a gente passa por ser migrante, por ser brasileiro, por ser negro, por ser LGBTIA+, por ser todas essas interseccionalidades que a gente leva e que a gente traz connosco. O nosso corpo é o nosso manifesto, a gente dá o corpo a manifesto, mesmo, porque aqui não tem como não (...), quem é o que é não tem como não passar despercebido.” (Participante brasileiro)

Uma participante brasileira relatou diversas ocasiões em que ela e seu filho foram alvo de discriminação através de agressão verbal por parte de funcionários e médicos de serviços de saúde:

“Eu não sei se por estarem supersaturados, ou por acharem que por eu ser imigrante brasileira eles podiam gritar comigo daquela maneira, porque assim, eu nem sei a resposta, porque eu só fui lá como uma imigrante, eu nunca fui lá como uma portuguesa.” (Participante brasileira)

A discriminação sofrida traz como consequência altos níveis de stresse e angústia, que criam barreiras na utilização dos serviços. Algumas participantes referiram evitar ao máximo as deslocações aos serviços de saúde, com receio de tratamento desigual e discriminatório, reservando a procura de atendimento médico somente para casos de urgência:

“O simples facto de eu estar preocupada do tratamento ser diferente, devido aos inúmeros relatos que eu já tenho de colegas, o simples facto de eu ter essa noção de que o tratamento pode ser diferente, já faz com que eu entre numa defensiva, já evite ligar, eu evito usar o serviço, porque o que eu pudesse resolver pelo aplicativo eu resolveria, porque ali você não interage com uma pessoa que pode-lhe tratar de uma forma diferente. Porque é uma coisa que eu me dei conta depois que eu mudei para Portugal, é o stresse pré traumático, é assim: você não passou por uma situação de xenofobia ou de preconceito, mas o simples facto de você saber que essa é uma possibilidade, que você tem um alvo, não é, faz com que você já sinta stressado, eu me sinto desconfortável!” (Participante brasileira)

A inscrição no centro de saúde e a obtenção do número de utente foram barreiras encontradas por algumas participantes, que acabaram por recorrer aos hospitais para conseguirem um atendimento:

“Eu fui lá para tentar-me cadastrar, não é, porque de facto é o posto mais próximo da minha casa, eles disseram para eu preencher o formulário e mandar online, por e-mail, e eu mando, não recebo resposta, e eu volto lá e tem que mandar por e-mail (...). Mas aí eu também não consigo resolver por e-mail, tipo, eles não estão resolvendo a situação nem presencial, nem online, então eu fiquei também um pouco em dúvida, de: e agora, para quem que eu pergunto, para quem que eu peço ajuda nessa situação? (...). Então eu fui recorrer ao hospital porque é aquele lugar onde eu acredito que a ajuda não vai ser negada. Mesmo que eu passe lá o dia inteiro, que foi o que aconteceu, mas a ajuda não vai ser negada.” (Participante brasileira)

Outras participantes relataram experiências que associam ao preconceito e à discriminação, como quando se dirigiram a instalações da Segurança Social e recorrentemente lhes foi comunicado que não tinham direito ao que estavam a solicitar, pressupondo que não estavam cientes de seus direitos:

“Eu falo que é nascer de novo, porque eu tinha uma vida no Brasil, uma profissão, formada em uma área (...). E, de repente, você chega num país que ninguém sabe quem você é, parece que você nasceu ontem, não tem história nenhuma, e você tem mesmo que aprender tudo do começo, como funciona, as regras, a cultura, e ir se adaptando aos poucos.” (Participante brasileira)

1.3. Impactos da pandemia na utilização dos serviços

A pandemia veio agravar problemas pré-existentes no acesso aos serviços.

1.3.1. Atendimento nos hospitais e centros de saúde

Participantes que recebiam um acompanhamento regular em hospitais e centros de saúde, devido a algum problema de saúde, tiveram esse acompanhamento suspenso, o que gerou muita ansiedade. Sentimento semelhante foi vivido por aqueles/as que tiveram o atendimento negado nos hospitais pelo facto de o motivo da procura não ser a COVID-19:

“Eu na altura tive uma reação alérgica, precisei ir ao hospital, não consegui ser atendida, então foi complicado, nesse sentido. Estava todo mundo mesmo muito assustado, sem saber para onde correr.” (Participante brasileira)

No caso de duas participantes cabo-verdianas, a angústia de não conseguirem acompanhamento para os seus filhos através do Sistema Nacional de Saúde (SNS) fez com que recorressem a seguros de saúde, mesmo encontrando-se em situação de desemprego.

As experiências pré-pandemia nos serviços de saúde acabaram por ter consequências durante a pandemia, visto que os serviços estavam com uma capacidade de resposta ainda menor:

“Eu passei por muitas situações pré pandemia horríveis. Pós pandemia eu até evitava (...), eu nunca mais fui ao médico, porque o trauma já das tentativas pré pandemia... porque até hoje eu penso vinte vezes, se tiver com alguma questão. Porque às vezes é pior você ir tentar um atendimento, depois ficar lá exposto a mil outros vírus e ser maltratado, etc.” (Participante brasileira)

Um dos participantes, para além de sua própria experiência nos serviços, esteve a trabalhar durante a pandemia na assistência às populações migrantes em situação de vulnerabilidade social e económica, e partilha um panorama da questão do acesso aos serviços de saúde durante este período:

“Acho que faltou um pouco os serviços de saúde de proximidade, o contexto de proximidade dos serviços de saúde na pandemia faltou muito. Tanto é que as pessoas que precisavam, por exemplo, ir até os hospitais, porque exatamente eram acompanhados ou seguidos. E aquela questão da teleconsulta, que eu acho muito complicado, quando muito as pessoas ainda não têm acesso a essas tecnologias, ou a instalar um Zoom num smartphone para ter uma teleconsulta, porque não têm um aparelho desse, também. Isso para mim fazia confusão, porque as pessoas deixaram de ser atendidas porque não teve uma preocupação mais com a saúde da família (...). Eu acho que tinha que ter, pelo menos nas comunidades que precisavam, ter um apoio, ou alguma coisa de a pessoa poder levantar a medicação numa farmácia do bairro, comunitária, quem era seguido há mais tempo. Alguns hospitais conseguiram fazer isso para evitar com que a população precisasse se deslocar até a farmácia hospitalar neste período. Mas, para muitos, não chegou essa informação, e também as pessoas não sabiam como fazer, onde pedir, enfim. Acho que os problemas eram mesmo nesse sentido da comunicação e de diminuir as barreiras para que essas pessoas pudessem acessar também os serviços. Porque muita gente ficou ali na linha Saúde 24 e não saía daquilo, então, para mim, acho que isso foi o caso mais difícil desse período da pandemia.” (Participante brasileiro)

1.3.2. Vacinação

Enquanto para utentes com registo no SNS, e que já estavam inscritos antes do início da pandemia COVID-19, o processo de vacinação parece ter corrido normalmente, pessoas que ainda não tinham o número de utente viram-se diante de barreiras no acesso à vacinação e a tudo o que se refere à pandemia, como testes e declarações de isolamento, por exemplo:

“Olha, eu tenho duas visões diferentes dessa questão, porque eu, no meu caso não tive problema porque eu tenho residência aqui, tinha o número de utente e tudo mais. O problema foi para os migrantes que não tinham o número de utente, e esses sim ficaram para trás na fila, e foi uma vergonha. O Estado português só pensou nos migrantes que não tinham número de utente depois que toda a gente já tinha sido vacinada e estava bem vacinada (...). Depois fizeram o número de utente do Covid, que era só para a vacina, que foi para que essas pessoas não ficassem de fora. Mas demorou, não foi logo, não foi logo. Quem trabalha com migração e com migrantes sabe que isso aí foi um problema, e só depois que as associações começaram a denunciar que estava gente que queria acessar as vacinas e não tinham como, começaram a pensar nessa estratégia de criar um número de utente provisório só para a vacinação. Mas nesse período muita gente não foi vacinada e a gente foi atrás dessas pessoas depois para dizer que elas tinham o direito a ser vacinadas, porque depois elas iam voltar para as suas casas e não iam mais voltar (...). Porque é difícil você dar com a porta na cara uma vez, duas vezes, você não volta mais. E o SNS mandando exatamente mensagem para telemóvel, que isso para mim não fazia sentido nenhum. Porque muita gente (...), as pessoas que não têm literacia com o telemóvel não sabiam nem fazer aquela mensagem com o número de utente para confirmar a data da vacina (...) muita gente ficou perdido ali nesse período, nesse meio do caminho.” (Participante brasileiro)

1.3.3. Segurança Social, Finanças e Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

Estes foram também indicados como serviços diretamente afetados pela pandemia, na percepção dos/as participantes. Por um lado, o sistema de agendamentos criado veio facilitar o acesso aos serviços, mas, por outro lado, para as pessoas recém-chegadas que precisavam do Número de Identificação Fiscal (NIF) e do Número de Identificação de Segurança Social (NISS) para poderem trabalhar, o sistema de agendamento foi uma barreira, visto que o tempo de espera para o atendimento era de meses.

A solicitação de apoios, como o subsídio de desemprego ou a baixa médica, foram também referidos como ações urgentes que não tinham resposta, devido à alteração do funcionamento dos serviços. Para além da dificuldade de contacto com os serviços, a legislação do trabalho relativa aos casos de COVID-19 não parecia estar muito clara, nem para o/a empregador/a, nem para o/a empregado/a, nem para a Segurança Social, conforme relatado por uma participante:

“Eu trabalhava com recibos verdes, então eu não sei até que ponto isso interfere, mas eu liguei para o SNS, recebi a documentação comprovando que eu tinha Covid, e eles disseram: entra em contacto com o seu empregador. E eu mandei um e-mail para o empregador dizendo que eu não ia trabalhar e perguntei sobre a Segurança Social, e eles me mandaram para a Segurança Social. E aí, ligando para a Segurança Social, eles disseram: quem tem que entrar em contacto com a gente é o seu empregador. Aí eu desisti, aí eu disse eu tô com Covid, eu vou-me deitar e vou descansar, e é isso, eu não vou lidar com esse problema agora e assim, eu posso-me dar esse luxo, de não lidar com esse problema, mas eu acredito que tenha

gente que não tenha como e fique nesse bate bola. Então o que aconteceu mesmo foi que, de facto, um jogou a responsabilidade para o outro, eu não sei se eles se valeram também da minha própria ignorância.”
(Participante brasileira)

2. GRUPOS FOCAIS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2.1. Impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar

A saúde mental é determinada por uma interação complexa de fatores individuais, familiares, comunitários e estruturais, que variam no tempo e no espaço e são vivenciados de forma diferente de pessoa para pessoa. A pandemia teve impacto na saúde e no bem-estar, afetando também a esfera económica, laboral e as relações interpessoais, acentuando as desigualdades já existentes.

2.1.1. Impactos na saúde e no bem-estar de profissionais de saúde

As profissionais de saúde entrevistadas mantiveram a sua atividade laboral durante a pandemia COVID-19, na prestação de cuidados de saúde, presencialmente em centros de saúde, hospitais, lares, num centro de acolhimento a refugiados, ou na realização de rastreios de COVID-19 e acompanhamentos telefónicos. Uma perceção comum foi a do sentimento de elevada ansiedade por parte de utentes no início da pandemia, em termos gerais, e da existência de casos depressivos causados, sobretudo, pelo isolamento social. O aumento do medo e da angústia relacionados com a pandemia COVID-19 foi um assunto frequentemente abordado, nomeadamente enquanto barreira no acesso aos cuidados de saúde, sobretudo por parte dos segmentos mais idosos da população.

As profissionais de saúde também foram impactadas pela pandemia, seja nas suas vidas pessoais, seja na mudança repentina do conteúdo do seu trabalho. Muitas delas foram realocadas para a resposta à COVID-19, e os protocolos foram-se alterando rapidamente, tornando a primeira fase da pandemia num momento particularmente turbulento e de angústia também para as profissionais de saúde:

“Mesmo nós, na saúde pública, cada semana saiam indicações novas, era muito difícil para nós como profissionais orientar as pessoas e depois a coisa virava e não era 14, era 10, não era 10, era 14, tem que ficar em casa, tem que se isolar. Pronto, foi muito complicado, foram dois anos que não é uma coisa que toda a gente soubesse o que se fazia, e para onde é que se ia, foi um caminho que foi se fazendo mesmo com muita turbulência porque era difícil de informar as pessoas e de as alarmar nesse sentido.” (Enfermeira em Unidade de Saúde Familiar)

As notícias que chegavam das diferentes partes do país e do mundo criavam ansiedade e acabavam por gerar sofrimento antecipado por parte de quem presta os cuidados de saúde.

2.1.2. Impactos na saúde e no bem-estar das populações imigrantes

As populações migrantes apresentam características específicas e tendem a enfrentar dificuldades acrescidas, que podem aumentar as iniquidades no acesso à saúde. No caso da população brasileira, as profissionais de saúde apontaram para determinantes relacionados à saúde mental e ao bem-es-

tar psicológico deste grupo. O facto de muitos/as migrantes se encontrarem em Portugal sozinhos/as fez com que se tornasse praticamente impossível reunirem-se com familiares no início da pandemia, devido ao cancelamento de voos e às restrições impostas pelos vários países naquela altura. Essa impossibilidade, somada ao medo de contraírem a doença (quer os/as próprios/as migrantes, quer seus familiares no Brasil), bem como o acompanhamento das notícias que chegavam do país de origem, gerou um sentimento de impotência, angústia e de grande ansiedade.

A percepção do risco foi um tópico discutido ao longo dos grupos focais, havendo a ideia de que, em muitos casos, migrantes do Brasil e de Cabo Verde mostraram resistência a assumir a infeção devido a uma condição assintomática. As médicas de saúde pública entrevistadas relataram dificuldades em controlar os surtos de COVID-19 nestes grupos, o que atribuem ao estilo de vida que os seus membros têm em Portugal, vivendo em comunidades numerosas e grupos unidos com muita proximidade, mas também à sua baixa percepção de risco, nomeadamente no caso dos/as brasileiros/as, tendo em conta a forma como o governo, os média e os/as profissionais de saúde lidaram com a pandemia no Brasil:

“Os média no Brasil foram muito, muito diferentes. Inclusive até a comunidade médica. Na mesma fase de pandemia, a percepção de colegas de lá, e eu tenho muitos colegas no Brasil médicos, a percepção deles ao longo da pandemia, do risco, era muito diferente da nossa (...). Um brasileiro cá a receber toda a informação da DGS, do SNS, da televisão, e depois ter do outro lado a família: ah, mas isso afinal não é assim tão mau, não te preocupes.” (Médica Interna de Saúde Pública)

Foram identificados alguns determinantes sociais relacionados com o bem-estar e a saúde das populações migrantes. Os fatores económicos, associados à precariedade e à insegurança laboral apresentam-se como aqueles que têm maior impacto, sobretudo na altura da pandemia. Os relatos das profissionais de saúde, principalmente as que trabalharam diretamente nos inquéritos epidemiológicos, evidenciam que um grande número de pessoas infetadas não conseguiu sequer cumprir o isolamento, devido à insuficiência económica:

“A pessoa não tem medo de adoecer, tem medo é de adoecer e não poder ganhar dinheiro.” (Enfermeira num Lar de idosos)

As situações de pobreza e de precariedade laboral comumente associadas a estes grupos forçaram muitas pessoas infetadas a continuarem a trabalhar, por receio de despedimento. Naturalmente, tal contribuiu para o aumento dos números de contágio, além de que muitos/as trabalhadores/as nem sequer procuraram ajuda dos serviços de saúde, de maneira a não serem impedidos/as de trabalhar. Em situações extremas, deram-se óbitos resultantes destas situações. Trata-se de um problema grave de saúde pública, com óbvias repercussões na saúde mental e no bem-estar destas pessoas. Ainda que o fenómeno não seja exclusivo da população migrante, ele ganha especial relevo neste contexto, devido à sua maior precariedade laboral. Em algumas situações, mesmo aquelas pessoas que cumpriram o isolamento, acabaram, muitas vezes, por ter dificuldades em manter esse isolamento, devido ao elevado número de corresidentes. Este risco de contágio, sobretudo quando a residência é partilhada com pessoas mais vulneráveis, pode ter potenciado a ansiedade e a depressão:

“Um dos fatores é o trabalho precário, eu acho que muitas vezes a população migrante inicialmente tem um trabalho precário, ou mal pago, e tudo isso vai interferir em tudo. No acesso à saúde, no acesso à educação, quando estão ainda no processo de ilegalidade e de transição (...) a necessidade de se manterem incógnitos às vezes vai interferir em tudo. Eu acho que a precariedade a nível profissional é uma barreira muito grande a que a pessoa tenha liberdade de, depois, poder exigir os seus direitos, como também cumprir os seus deveres enquanto cidadão. Migrante ou não, mas nesse caso na população migrante. Portanto, eu acho que a precariedade no trabalho é uma barreira muito grande. Nem só pelo Covid, em qualquer situação, mas no Covid, para mim, teve um impacto muito negativo.” (Enfermeira num Lar de idosos)

Outros determinantes identificados foram a situação de residência irregular de alguns/mas utentes durante a pandemia, que fez com que tivessem receio de se dirigirem aos serviços de cuidados de saúde e serem referenciados/as ao SEF. Também a língua constituiu uma barreira, sobretudo para utentes de países onde não se fala o português, mas também em pessoas cabo-verdianas que não falam fluentemente português e não compreendiam a totalidade do que lhes era indicado por profissionais de saúde.

Ademais, para alguns migrantes, a permanência em Portugal é temporária, sendo encarado como um país transitório numa trajetória de migração em cadeia. Ora, as restrições à mobilidade impostas pelo contexto pandémico vieram obrigar estas pessoas a permanecerem mais tempo do que o desejado em território nacional, sem a salvaguarda da regularização do acesso à saúde.

2.2. Barreiras no acesso à saúde

As questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde por parte da população migrante agudizaram-se desde o início da pandemia e, posteriormente, tornaram-se mais explícitas. A obtenção do número de utente é um processo moroso para muitos/as migrantes, o que faz com que, durante este período transitório, não tenham acompanhamento de saúde. Estes/as utentes sem registo no SNS encontraram-se meses sem direitos, como a declaração de isolamento, a realização gratuita de testes, a toma da vacina e o acompanhamento médico nos centros de saúde, situação que só foi revertida com a criação do número de utente provisório:

“Tudo parte também do acesso e especialmente para as pessoas em situação irregular faz toda a diferença, porque em termos deontológicos e identitários também faz a diferença ser ou não considerado, não é, como uma pessoa que pode ou não aceder a certos serviços de um país. E isso acho que temos que melhorar ainda, apesar das reformas que foram emanadas durante o Covid, que, sinceramente, parecem ser mais boas narrativas do que boas práticas, porque número temporário do SNS não funciona, não serve para as pessoas acederem ao SNS. E isto acho que pode ajudar tanto na procura de equidades no caso de situações mentais, mas pode também ajudar a prevenir a própria doença mental.” (Médica Interna de Medicina Geral e Familiar)

A literacia em saúde mental foi outro fator apontado como uma possível barreira à procura dos serviços. Por exemplo, o fato de a população cabo-verdiana muitas vezes considerar a saúde mental um tabu de que não se fala, faz com que não reconheça sinais e sintomas, e consequentemente não procure ajuda profissional.

A falta de informação nas populações migrantes sobre os seus direitos e sobre o funcionamento dos serviços é outro aspeto importante a considerar na questão do acesso à saúde, uma vez que não possuem as ferramentas necessárias para poderem decidir de forma informada. As barreiras tornam-se ainda maiores em situações de analfabetismo, dificultando o acesso às informações e ao uso de telemóveis (para SMS e teleconsultas, por exemplo). As estratégias de comunicação em saúde pública criadas durante a pandemia falharam ainda mais para as populações migrantes com as características acima descritas.

Por fim, a discriminação continua a ser uma grande barreira no acesso aos serviços de saúde por parte da população migrante em Portugal, e mais especificamente durante o período da pandemia. Frequentemente são relatadas situações de tensão e de comportamentos emocionais geradores de conflitualidade, alegadamente desencadeados pela perceção, por migrantes, de atitudes discriminatórias de que são alvo. Procurando perceber se as contingências da pandemia vieram agravar estas ocorrências, registou-se que, na perspetiva das profissionais de saúde, estas reclamações nem sempre são exageradas. Para tal, poderão contribuir fatores como as dificuldades de comunicação e a falta de preparação ou de sensibilidade para lidar com a diferença, logo desde o momento da admissão:

“Quando estava a fazer também o rastreio de contactos, os inquéritos epidemiológicos, de facto, apercebi-me que muito do descontentamento e das queixas de ansiedade, depressão, tudo, também vinham da falta, ou da perceção de falta de acesso aos cuidados de saúde para um lado, e depois da discriminação que sentiam muitas vezes nos primeiros contactos, e até mesmo para tratar de assuntos relativos à infeção por COVID-19. Discriminação não tanto, se calhar, com os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, mas por todo o sistema administrativo e não administrativo, portanto, desde de a segurança de um centro de saúde até ao atendimento administrativo que havia, de facto, uma perceção muito grande de discriminação e uma transmissão de uma ideia implícita, e mesmo às vezes explícita, de que eles não deveriam ter (...), portanto, em uma situação em que havia falta de recursos, de que eles não deveriam ter acesso ao mesmo tipo de cuidados de saúde, nem de saúde mental que um cidadão de nacionalidade portuguesa. (...) eu não tinha a perceção de que estaríamos tão mal nesse sentido até a pandemia.” (Médica de Saúde Pública)

2.3. Impactos na organização dos serviços e na prestação dos cuidados de saúde

Também as profissionais de saúde viram as suas dinâmicas de trabalho alteradas, com a obrigatoriedade de reformulação das rotinas de prestação de cuidados a toda a população. Por um lado, foi referido o impacto na capacidade de resposta dos serviços de saúde, em consequência do repentino avolumar de trabalho, com efeitos na gestão das atividades regulares. Foram exemplo disso mesmo a necessidade de adiamento de exames clínicos, de consultas de especialidade, de cirurgias não urgentes, ou de consultas programadas de acompanhamento à obesidade, à diabetes, à hipertensão, ou de cessação tabágica, entre outras.

Por outro lado, também se notou que os/as pacientes resistiram a recorrer aos hospitais, quer por receio de contágio, quer devido à sobrelotação do sistema, o que está diretamente relacionado, de acordo com as profissionais de saúde, com o aparecimento, à altura, nos hospitais, de situações de doença em estado mais avançado, dada a chegada tardia aos cuidados de saúde.

Relativamente às mudanças nos serviços prestados, destaca-se:

- A realocação de profissionais – por exemplo, das unidades de saúde para a Unidade de Saúde Pública, para a realização dos inquéritos epidemiológicos ou para a realização de atendimentos em centros de acolhimento a refugiados e requerentes de asilo;
- A mudança na dinâmica dos horários das equipas devido à necessidade de constantes isolamentos;
- O uso de novos equipamentos de proteção;
- O adiamento de consultas e cirurgias;
- O uso de tecnologias digitais: acompanhamento de utentes por *WhatsApp*, videoconferências e correio eletrónico, seja para consultas ou envio de documentos, ou mesmo para averiguar a melhor maneira de os utentes cumprirem o isolamento dentro das suas residências.

Foram referidas também mudanças implementadas no contexto da pandemia COVID-19, algumas delas consideradas positivas:

- A pandemia colocou a necessidade de profissionais de saúde e do secretariado dos serviços procurarem informar-se melhor sobre os direitos das populações migrantes, naquilo que é o seu acesso ao Serviço Nacional de Saúde, questões pré-existentes e que se agudizaram devido à dificuldade no acesso às medidas de controlo da pandemia e aos cuidados de saúde;
- Abriram-se novos canais de comunicação entre os serviços de saúde e os utentes, diminuindo a distância entre os mesmos;
- Considera-se que houve um aumento da literacia nos/as migrantes em relação ao acesso aos cuidados de saúde em Portugal – o facto de utentes verem a necessidade de estabelecer uma relação com os cuidados de saúde pode ter motivado aqueles que nunca tinham tido este contacto a conhecerem os seus direitos e a saberem como aceder aos serviços;
- Ainda que, de acordo com algumas profissionais participantes, esta medida seja insuficiente, a criação do número de utente temporário permitiu aos/às migrantes que ainda não tinham conseguido regularizar a sua situação no país tivessem acesso à vacinação, às declarações médicas e a cuidados de saúde, aos quais antes tinham maior dificuldade em aceder;
- Criação de linhas de apoio psicológico.

CAPÍTULO 5.

EFEITOS DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL E NO BEM-ESTAR: RESULTADOS DAS ENTREVISTAS A STAKEHOLDERS

A apresentação dos resultados desta parte do projeto encontra-se organizada de acordo com as três secções do guião da entrevista utilizado, com algumas subdivisões que decorreram da análise efetuada. De acordo com o modelo de análise apresentado no capítulo 2, a análise divide-se em dois grandes tópicos: por um lado, impactos e barreiras, por outro lado, respostas a estes impactos e barreiras para os utentes e para os serviços de apoio social e de saúde.

Deste modo, a análise das entrevistas foi dividida em cinco pontos. A primeira secção foca impactos e barreiras na saúde e bem-estar dos utentes; a segunda e a terceira secções são dedicadas às respostas dadas pelas instituições entrevistadas a estas necessidades; a quarta parte dá atenção aos impactos que a pandemia teve nas próprias instituições; e na quinta secção são detalhadas as respostas dadas pelas instituições aos impactos sofridos.

1. IMPACTOS E BARREIRAS LEVANTADAS PELA PANDEMIA COVID-19 À SAÚDE E AO BEM-ESTAR DE UTENTES

De acordo com os *stakeholders* entrevistados, a pandemia de COVID-19 teve impacto na esfera económica, na saúde e nas relações sociais das populações migrantes, temas que serão explorados de seguida.

No mercado de trabalho, observou-se uma reestruturação de alguns segmentos que empregam um número considerável de migrantes, nomeadamente os serviços de limpeza doméstica e os serviços de cuidados pessoais. Durante os períodos de confinamento, muitas pessoas que prestavam estes serviços não puderam exercer a sua profissão, uma vez que a mesma implicava copresença nas habitações. Com os confinamentos, deu-se uma quebra na procura desses serviços, uma vez que as pessoas que os requisitavam passaram a fazê-lo de forma independente. Ainda no mercado de trabalho, deram-se reduções de horas de trabalho e de salário, e despedimentos, justificados pela quebra de procura causada pela pandemia, tendo alguns desses despedimentos sido percebidos como pouco legítimos. Tendo em conta que muitos dos empregos ocupados pela população migrante oferecem remunerações reduzidas, as respetivas contribuições para a Segurança Social tendem também a ser baixas e os posteriores apoios sociais acabam por ser igualmente reduzidos. Em algumas situações existiram despejos, resultantes da impossibilidade de sustentar rendas de habitação.

As consequências da pandemia na dimensão económica também foram sentidas na forma de uma diminuição da possibilidade de satisfazer as necessidades primárias, dado o aumento do preço dos alimentos ou a dificuldade (ou mesmo impossibilidade) de adquirir equipamentos de proteção individual, como máscaras ou desinfetante:

“Depois, temos todas as outras questões, não só a nível comportamental, não só a nível emocional e afetivo como eu tenho vindo a falar, mas também as outras questões, como: as pessoas perderam os seus trabalhos, houve muitas empresas que fecharam, houve muitas pessoas que foram despedidas com a desculpa da Covid, e despedidas, enfim, injustamente e sem perceber muito bem o que é que estava a acontecer, houve concretamente nesta população migrante, as pessoas precisavam, por exemplo, de ficar em casa porque os filhos tinham testado positivo, mas não tinham direito à baixa, houve muita dificuldade em passar as declarações de isolamento para justificar as ausências ao trabalho, infelizmente. E, portanto, as entidades laborais, aproveitando-se um bocadinho da situação, tomaram decisões que tiveram um impacto muito negativo na vida das pessoas. Portanto, acrescentando à solidão, acrescentando o medo, acrescentando o desemprego, acrescentando uma incógnita em termos não só de futuro, mas de como viver o próprio dia, não é, porque quando nós temos 3 ou 4 filhos e não temos dinheiro para dar o essencial para eles comerem, ninguém pode estar bem, não é?” (Gabinete de Saúde, CNAIM / ACM)

É de notar também que existiram efeitos diferenciados consoante a posição das pessoas migrantes no ciclo de vida. Deste modo, foi referido nas entrevistas que migrantes reformados/as podem não ter sentido de forma tão intensa alguns dos impactos económicos da pandemia, especialmente aqueles relacionados com os rendimentos no mercado de trabalho, uma vez que a sua reforma se manteve estável. Contudo, o segmento da população mais idosa, em geral, teve maior dificuldade em conseguir fazer compras, como consequência dos confinamentos. Por seu turno, na população em idade ativa houve alguma oscilação nas intenções de regresso aos seus países de origem, isto é, se em alguns momentos da pandemia parte da população migrante ponderou regressar para junto dos seus familiares, noutros momentos não, uma vez que o contexto em Portugal era, apesar de tudo, mais favorável.

Na esfera da saúde também se deram impactos de diversas naturezas. Em primeiro lugar, é de referir os efeitos agravados dos surtos de COVID-19 em contextos de elevada concentração de população migrante. Em segundo lugar, conclui-se que houve um grande desconhecimento em relação a alguns fatores da pandemia, em parte devido aos períodos de confinamento e consequente isolamento, que dificultaram o acesso a informações importantes, tais como os modos de transmissão do vírus ou os sintomas da doença. A falta de informação também se refletiu em reservas em fornecer dados para vacinação e consultas, com o receio de que essa exposição pessoal pudesse levar à expulsão do país de pessoas em situação irregular:

“Apesar de não termos uma grande uma grande informação acerca disso, mas percebemos através das Câmaras e amigos médicos que trabalham nos centros de saúde onde há muitos cabo-verdianos, uma grande comunidade cabo-verdiana, a ideia que passou foi sempre que não estavam bem informados. As comunidades com maiores problemas financeiros e assim. Porque eles fecham-se, como sabe, formam-se guetos, bairros, fecham-se. E muitos, sabemos que muitos, nem sabem onde as suas associações existem, onde ficam. E então nós apercebemo-nos que havia muita gente com Covid que não se queixava por que estavam ilegais, outros porque tinham vergonha.” (Associação Caboverdeana de Lisboa)

Ainda nesta esfera, é de notar que os impactos mais significativos resultaram, segundo os/as entrevistados/as, de alterações no sistema de saúde. Diversas alterações implementadas durante a

pandemia no sistema de saúde levantaram barreiras no acesso aos serviços. Um exemplo foi a necessidade de marcação prévia para atendimentos nos cuidados de saúde primários, que se traduziu numa maior dificuldade em conseguir consulta por parte de pessoas sem número de utente e sem médico/a de família.

Outro exemplo foi o cancelamento de diversos tipos de consultas médicas, que se tornou especialmente problemático para doentes evacuados/as chegados/as a Portugal durante esse período. É de ter em conta que a atribuição do estatuto de doente evacuado/a depende de uma primeira consulta, onde é emitida uma declaração médica que permite formalizar esse estatuto. Deste modo, sem a primeira consulta, o processo não pode ser desencadeado:

“Outra das grandes barreiras foi o facto de muitas destas pessoas que vieram (...), caíram cá em plena pandemia, não é, mas com situações graves e que acabaram por nunca conseguir ter as consultas, as primeiras consultas e, não tendo a primeira consulta, todo o processo de regularização ficou comprometido. Porque a pessoa para poder continuar em Portugal tem que ter obrigatoriamente uma declaração de um médico a dizer que tem que ficar em Portugal.” (CEPAC)

Houve também problemas de comunicação, em que algumas pessoas recebiam informações contraditórias ou percebidas como contraditórias:

“O sistema de saúde é sempre aquela confusão de como tira o número de utente, não tira o número de utente. E aí, dentro disso, o quê que a gente percebe: há informações desencontradas dentro do serviço, então o mesmo serviço se você vai numa Finanças, por exemplo, uma pessoa te fala uma coisa e outra pessoa te fala outra coisa (...). Então assim, em quem que você acredita, sabe? E aí quando você vai lá pra ter uma informação, às vezes até o próprio atendente fica indignado, porque você tá pedindo uma informação no lugar onde você deveria pedir informação.” (Casa do Brasil de Lisboa)

No campo da vacinação contra a COVID-19, a notificação para a vacinação era recebida por SMS. Considerando que alguns segmentos da população migrante tendem a recorrer a cartões telefónicos pré-pagos, que são usados como descartáveis, estas pessoas tornaram-se incontactáveis e, por consequência, impedidas de serem vacinadas atempadamente.

Uma vez que as declarações de isolamento eram fornecidas através da linha SNS24, mediante a identificação com o número de utente do SNS, migrantes em situação irregular ou pessoas sem número de utente do SNS, quando testaram positivo à COVID-19, não tiveram direito a declarações de isolamento, nem a testes PCR, e, na fase da vacinação, ficaram posicionadas no final das listas de espera.

Algumas características e circunstâncias das pessoas migrantes também interferiram no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente a baixa literacia, especialmente a nível linguístico e digital, e também a inacessibilidade a tecnologias de informação e comunicação.

Para além das alterações implementadas no sistema de saúde, deram-se alterações em outras instituições públicas que também impactaram a vida de muitos/as migrantes. Exemplos dessas alterações são:

- Dificuldade em obter número de utente do SNS, com consequências no acesso a cuidados de saúde.
- Dificuldade em obter Número de Identificação da Segurança Social, associado, entre outros, ao acesso a serviços ou apoios sociais.
- Ausência de resposta do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras aos pedidos de autorização de residência através de manifestação de interesse.
- Falta de acesso a equipamentos informáticos, que permitissem às crianças acompanhar o ensino *online*.

No campo da saúde mental, foram sentidos diversos impactos, com diferentes fatores a montante. O primeiro acionador a ser apontado pode estar associado à posição dos/as migrantes na trajetória migratória; os/as migrantes recentes, cuja chegada a Portugal coincidiu com o período pandémico, com reduzidas (ou nulas) redes de apoio, experienciaram um maior sentimento de insegurança.

Na esfera económica, foi referido que a deterioração das condições económicas em Portugal teve como consequência um aumento do racismo e da discriminação étnico-racial. Nestas situações contextuais existe uma maior necessidade de identificar bodes expiatórios, e a população migrante torna-se um alvo fácil⁶, fenómeno que é historicamente conhecido (Anderson *et al.*, 2020). É de ter em conta que a população migrante é duplamente penalizada, uma vez que, para além desta hostilidade, acrescem as alterações ocorridas no mercado de trabalho que foram acima descritas (e.g. despedimentos, reestruturações do mercado de trabalho), o que tem como consequência, na esfera da saúde mental, um maior sentimento de insegurança e ansiedade.

No sistema de saúde, deram-se adiamentos de exames e cirurgias, que levaram a angústia, stresse e ansiedade. Os períodos de confinamento tiveram diversos impactos negativos para a saúde mental e bem-estar, como um aumento das situações de violência doméstica, receio de sair de casa e alteração nos relacionamentos sociais, nomeadamente, com pessoas a tornarem-se mais agressivas e intolerantes. Numa lógica diacrónica, à medida que a pandemia avançou, a capacidade de dar resposta a todos os pedidos de ajuda pode ter diminuído, o que também teve consequências no bem-estar mental.

Todos estes fatores apontam para uma deterioração da saúde mental na população migrante com a pandemia, o que levou, em alguns segmentos, a uma maior procura e adesão ao apoio em saúde neste campo, e, por outro lado, a uma maior procura de psicofármacos, seja pela via formal, seja por automedicação.

2. RESPOSTAS DADAS PELAS INSTITUIÇÕES ENTREVISTADAS AOS IMPACTOS E BARREIRAS SENTIDAS PELOS UTENTES

Nesta secção serão apresentadas as respostas que as instituições contactadas deram aos impactos e barreiras sentidas por utentes, no que foi classificado como serviços básicos e de segurança do modelo de análise previamente apresentado.

⁶ Disponível em https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_165284/lang-en/index.htm

Atendendo a que o modo de comunicação institucional do Ministério da Saúde, no que diz respeito à pandemia, foi feito em grande parte através da sua página na internet, em língua portuguesa, e dada a dificuldade em ler ou interpretar português de parte da população migrante, o Ministério da Saúde, em articulação com o Alto Comissariado para as Migrações (ACM), criou e disponibilizou *online* materiais (vídeos, folhetos) em várias línguas. Contudo, tendo em conta que o acesso à internet e o domínio das tecnologias de informação e comunicação não é generalizado, as instituições imprimiram em papel materiais que só existiam *online* e distribuíram-nos junto de utentes.

A estratégia do Ministério da Saúde de recorrer aos canais digitais, embora prática e eficiente para grande parte da população, levantou barreiras junto de pessoas com domínio mais reduzido das tecnologias de informação e comunicação. Aquando dos agendamentos para a vacinação contra a COVID-19, que eram feitos *online*, algumas instituições mobilizaram equipas de voluntariado para proceder às inscrições e agendamentos.

O apoio no campo das tecnologias de informação também passou pela criação de contas de correio eletrónico para utentes, de modo a ser possível a marcação de consultas nos cuidados de saúde primários.

Ainda no campo da saúde, dada a existência de surtos de COVID-19, foi necessário implementar campanhas de sensibilização.

Dada a dificuldade de adquirir equipamentos de proteção e desinfeção (e.g. máscaras, desinfetante, álcool gel) algumas instituições criaram e distribuíram “kits COVID-19”.

Na dimensão económica, a pandemia teve como consequência o agravamento das necessidades primárias dos utentes (e.g. alimentação, vestuário, medicação). Uma das respostas das instituições entrevistadas foi a criação de campanhas *online*, de modo a solicitar ajuda junto das pessoas associadas.

No caso particular de pessoas idosas, deu-se o problema de não lhes ser possível dirigirem-se à rua para fazer compras. Nessas situações, algumas instituições disponibilizaram-se para fazer essas compras.

Perante as alterações das necessidades dos utentes no contexto pandémico, as instituições alteraram também algumas das suas atividades, passando a fazer distribuição alimentar e também de vestuário, especialmente no inverno.

Nos atendimentos, tendo em conta que o atendimento presencial é percebido como mais prático por parte dos utentes, algumas associações continuaram com essa modalidade, em conjugação com o atendimento à distância. As novas modalidades de atendimento à distância foram percecionadas como positivas por parte de alguns serviços, como o Gabinete de Saúde do CNAIM / ACM:

“Não me apercebo de qualquer constrangimento, pelo contrário, tanto a população entende que esta forma de atendimento, por telefone, que para além da linha de apoio ao migrante, portanto a linha de atendimento do CNAIM, que reencaminha todas as chamadas relacionadas com as questões da saúde para mim, foi

também divulgado pela população, pelas organizações, um número de telemóvel, que sou eu que atendo. E, portanto, as pessoas acabaram por entender que esta forma de acederem à informação e aos apoios facilitava um bocadinho, porque vai evitar as deslocações, gastos em transportes públicos, gastos de tempo, perdas, faltas ao trabalho, que muitas vezes, embora as pessoas como sabe têm o direito a faltar apresentando justificações, mas as coisas com a população mais vulnerável em condições de trabalho que não vale a pena estar aqui a falar, não é, os direitos nem sempre lhes são dados, e portanto se as pessoas faltam uma manhã ou uma tarde, enfim, é complicado. E, portanto, esta forma menos presencial de atendimento curiosamente até se revelou útil para a população.”

Quanto ao apoio específico em saúde mental, embora não especializado, a análise das entrevistas identificou várias intervenções. Para utentes em situações de forte isolamento, o atendimento presencial residencial (para distribuição alimentar ou de medicamentos), e o consequente contacto com pessoal técnico, ajudou a romper com esse isolamento, melhorando o seu bem-estar. De forma semelhante, para os/as migrantes recém-chegados/as, sem redes de apoio, as instituições foram dos poucos pontos de contacto existentes, aliviando o sentimento de insegurança inerente à chegada recente a um país diferente.

Dado o mal-estar psicológico resultante do aumento da dificuldade em satisfazer necessidades básicas, de situações de desemprego, e/ou perda de habitação, entre outros fatores agravantes, foram criados grupos de apoio psicológico dentro das instituições, e também foi disponibilizado apoio psicológico por telefone.

Verificou-se ainda uma maior procura e adesão ao apoio em saúde mental, tendo a resposta passado por um maior número de consultas de psicologia, apoio em saúde mental, novos projetos financiados com o foco na saúde mental e a criação de grupos de ajuda com o mesmo fim.

Na vertente psiquiátrica, a maior procura de psicofármacos implicou um aumento das prescrições desses medicamentos por profissionais de psiquiatria.

3. RESPOSTAS DADAS POR INSTITUIÇÕES PÚBLICAS AOS IMPACTOS E BARREIRAS SENTIDAS POR UTENTES

Enquanto o ponto anterior focou as respostas específicas dadas pelas instituições consideradas, neste ponto são detalhadas as respostas dadas por instituições públicas aos impactos e barreiras sentidas por utentes migrantes, de acordo com o relatado pelos *stakeholders*.

Nos serviços de saúde, embora já estivesse disponível anteriormente o sistema de receita sem papel, ele passou a ser mais utilizado durante a pandemia. Contudo, dadas as limitações de algumas pessoas em utilizar as receitas eletrónicas, foi possível o levantamento das receitas em papel nas unidades de saúde primárias, em janela horária específica.

Dadas as dificuldades que se verificaram no processo de vacinação, algumas das instituições reuniram-se com a *Task-Force* da Vacinação contra a COVID-19 criada pelo governo, de forma a desbloquear o processo de vacinação.

Uma vez que pessoas sem número de utente, quando testavam positivo, não podiam ser registadas para serem seguidas por profissionais de saúde, foi criado um registo nacional de utentes/número de utente provisório/registo de saúde eletrónico, que permitia o registo para vacinação.

Na Segurança Social, dada a dificuldade na atribuição de número de utente, foi criado o NISS na hora.

Em alguns serviços, como nas Finanças, o atendimento passou a ser agendado previamente, o que foi considerado como um fator facilitador do acesso.

No caso da educação, como se disse, algumas crianças não tiveram acesso aos equipamentos necessários para acompanhar o ensino à distância. O ACM, em articulação com o Ministério da Educação, procedeu de forma a distribuir computadores. De frisar que os computadores distribuídos podem não ter surtido efeito nas situações em que não existiam as condições materiais necessárias (e.g. internet, eletricidade, espaço) para que os estudantes acompanhassem as aulas e realizassem as tarefas escolares.

No campo das trajetórias migratórias, tendo em conta o aumento das intenções de regresso, o programa de apoio ao retorno voluntário da Organização Internacional para as Migrações (OIM) viu aumentar o número de pedidos e concedeu um maior número de apoios.

Por fim, tendo em conta os/as migrantes cujo visto de residência expirava, e para os quais não havia resposta atempada às manifestações de interesse (pedido de regularização da situação de estrangeiro/a em Portugal) junto do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, foi criado um despacho excecional (Despacho n.º 3863-B/2020 de 27 de março) de forma a garantir os direitos de todos os cidadãos estrangeiros com processos pendentes.

4. IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO SOCIAL E DE SAÚDE

Enquanto o ponto anterior focou os impactos sentidos por utentes das instituições entrevistadas percebidos pelos seus responsáveis, aqui focamos os impactos da pandemia COVID-19 nas próprias instituições. Tal como dissemos, a pandemia provocou a deterioração das condições económicas de muitas pessoas, incluindo migrantes, e a consequência mais evidente desse processo nas instituições foi o aumento da procura de apoio, especialmente ajuda alimentar e para medicação. Para além deste aumento de procura, deu-se também uma diversificação das situações em dois sentidos: a emergência de novas necessidades até então inexistentes (por exemplo, equipamentos de proteção contra o vírus) e também uma diversificação das origens geográficas dos pedidos, ampliando assim o âmbito territorial de intervenção das instituições, dado que esses pedidos podiam ser feitos à distância.

No que respeita à organização interna das instituições, foi percebido algum desconhecimento das medidas que foram sendo implementadas ao longo da pandemia, o que dificultou a sua intervenção.

Apesar das mudanças realizadas com vista à adoção de políticas para garantir os direitos dos/as migrantes, a disseminação das informações e a implementação no terreno não ocorreram de forma célere e acessível:

“A legislação foi muito bem adaptada muito cedo, portanto, eu acho que (...), e Portugal foi reconhecido, até, internacionalmente, por ter adotado políticas de proteção dos imigrantes muito cedo, e portanto do ponto de vista legislativo as coisas até acho que foram bastante bem concebidas e bastante cedo. O problema foi a implementação no terreno. Havia um desconhecimento brutal da legislação em vigor por parte desde logo dos serviços administrativos, ou das próprias receções dos hospitais e dos centros de saúde, o que logo era uma barreira, e muitas das pessoas tendo essa barreira à entrada já nem tentavam mais, não é, porque estamos a falar de pessoas com níveis de literacia baixos, estamos a falar de pessoas frágeis do ponto de vista de saúde, do ponto de vista de proteção.” (CEPAC)

Também impactante foi a perda de contacto com algumas instituições parceiras, devido aos confinamentos e à maior demanda nos apoios sociais, o que implicou um aumento de esforços nesta frente.

Após os períodos de confinamento, o regresso às atividades institucionais foi considerado uma dificuldade acrescida, devido à alteração do ritmo e à fadiga acumulada.

Embora alguns dos serviços disponibilizados pelas instituições tenham passado a ser feitos à distância, parte da população utente revelou preferência pelo atendimento presencial, considerando-o mais prático. A conjugação da preferência pelo atendimento presencial com a eficiência e segurança do atendimento à distância tornou-se um desafio acrescido.

5. RESPOSTAS DADAS PELAS INSTITUIÇÕES AOS IMPACTOS E BARREIRAS SENTIDAS PELAS PRÓPRIAS INSTITUIÇÕES

Nesta secção serão referidas as respostas dadas pelas instituições aos impactos e barreiras decorrentes, para as próprias instituições, da pandemia de COVID-19.

A maior procura dos serviços prestados pelas instituições implicou uma reestruturação dos recursos humanos, no sentido de darem resposta às necessidades mais urgentes. Um segundo fator que implicou a reestruturação das tarefas afetas aos trabalhadores resultou dos confinamentos e da impossibilidade de serem feitos atendimentos presenciais. Grande parte desta reestruturação passou pelos atendimentos à distância (correio eletrónico, telefone e *Whatsapp*). De modo a conter o volume de contágios por COVID-19, também foi necessário reduzir o número de utentes nas instalações, o que obrigou, por consequência, a implementar um sistema de atendimento por marcação. Tanto o atendimento à distância, como o atendimento por marcação, são percebidos pelas instituições como mais práticos e eficientes, contudo, para alguns perfis de utentes, a lógica de atendimento sem agendamento presencial continua a ser preferida.

Embora muitos dos serviços destas instituições tenham feito a migração para um atendimento à distância, persistiram serviços que não poderiam ser feitos de forma remota, nomeadamente o apoio alimentar e a distribuição de medicamentos. Uma vez que não era possível a presença de utentes nas instalações das instituições, a prática adotada por estes serviços inverteu-se, tendo-se tornado necessária a deslocação de técnicos a casa de utentes. Uma vez que foi uma alteração que exigiu um volume superior de recursos humanos, foi necessário recorrer ao voluntariado. Para além desta estratégia, foram criadas cozinhas comunitárias e levadas a cabo campanhas de *crowdfunding*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Combater o aumento de problemas de saúde mental devidos à pandemia COVID-19 colocou desafios aos serviços de saúde dessa especialidade, que, na maioria dos países, estão pouco organizados e contam com poucos recursos. Por outro lado, também representa uma oportunidade para promover a saúde mental, com um enfoque nos seus determinantes sociais (Santomauro *et al.*, 2021).

Os resultados deste estudo fornecem pistas para que os sistemas de saúde se possam adaptar à diversidade de necessidades das populações migrantes, num contexto de cuidados de saúde mais inclusivos e integrados.

1.1. Implicações e recomendações do inquérito à saúde mental das populações migrantes

Os resultados do inquérito à saúde mental das populações imigrantes do Brasil e de Cabo Verde em Portugal, em contexto de pandemia, revelaram que o género feminino tem maior probabilidade de vivenciar sofrimento psicológico e sintomas depressivos, e que a percepção de discriminação, por um lado, e os níveis mais elevados de resiliência, por outro lado, são preditores negativos e positivos, respetivamente, de piores resultados de saúde mental (incluindo sofrimento psicológico, ansiedade e depressão). Estes dados corroboram os estudos realizados antes da pandemia, que indicam maiores prevalências de sofrimento psicológico, depressão e ansiedade nas mulheres, quando comparadas com os homens (Piccinelli e Wilkinson, 2000; Viertiö *et al.*, 2021). Os determinantes sociais destas diferenças incluem as diferenças de género nas escolhas, expectativas e experiências profissionais (Viertiö *et al.*, 2021). Sabe-se também que, em muitas populações migrantes e minorias étnicas nos países ocidentais, as relações de género podem ser muito assimétricas, penalizando duplamente as mulheres com responsabilidades parentais e com a obrigação de conciliarem a vida profissional com a vida familiar. No contexto da pandemia e do confinamento que lhe esteve associado, essas assimetrias tornaram-se ainda mais salientes e sobrecarregaram visivelmente as mulheres nessas minorias, o que ajuda a explicar a maior prevalência de sofrimento psíquico e depressão no seu seio (Foley e Piper, 2020).

Além disso, vários outros fatores de risco foram associados ao sofrimento psicológico e à depressão nos/as migrantes residentes em Portugal, tais como: (i) a duração da estadia em Portugal; (ii) a percepção de discriminação; (iii) o agravamento da situação financeira; (iv) a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde; (v) os baixos níveis de resiliência; e (vi) a ausência de suporte social ou familiar. Embora estes dados estejam de acordo com a literatura existente, principalmente antes da pandemia, ainda faltam evidências sobre as diferenças na extensão do impacto da pandemia nos vários aspetos enunciados.

Este estudo também constatou que as dificuldades financeiras se associam ao sofrimento psicológico e à depressão. Outros estudos realizados em Portugal concluíram que uma parte da população

migrante não está inscrita no sistema da Segurança Social, o que a coloca em risco acrescido por comparação com a população nativa (Gama *et al.*, 2021). Além disso, as dificuldades financeiras são agravadas pelo maior risco de perder o emprego e de sofrer uma quebra no rendimento, consequências relativamente frequentes da discriminação étnica e racial (Mossakowski, 2003; Yip *et al.*, 2021). Lecerof e colaboradores (2016) mostraram que as dificuldades financeiras aumentam o risco de deterioração da saúde mental, enquanto Bruhn e colaboradores (2018) verificaram que as dificuldades financeiras relacionadas com o trabalho constituíram o fator que mais frequentemente interferiu na utilização dos cuidados de saúde. Em linha com os dados do nosso inquérito, outros estudos recentes sugerem igualmente que, na opinião dos/as migrantes, o acesso aos serviços de saúde também piorou (Lopes *et al.*, 2022; Soares *et al.*, 2021). Um estudo realizado com população migrante em Lisboa mostrou que a diminuição do acesso aos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19 foi mais acentuada nas mulheres e nas pessoas com rendimentos mais baixos (Soares *et al.*, 2021). Deste modo, a depressão e piores indicadores de saúde mental estão associados a barreiras no acesso aos cuidados de saúde, bem como a necessidades sociais e económicas não satisfeitas (Balasuriya *et al.*, 2021). A depressão surge não apenas como um resultado da dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, mas também como um fator de risco para uma maior incapacidade de acesso aos serviços de saúde, especialmente no caso da população mais idosa (Jung *et al.*, 2019; Pirrie *et al.*, 2020). Deste modo, países como Portugal devem abordar, no âmbito da sua jurisprudência, a necessidade de promover a saúde da população migrante residente, independentemente do estatuto migratório dessa população ou da sua posição na trajetória migratória (Raposo e Violante, 2021).

Um dos fatores protetores da saúde mental na população migrante é um elevado nível de resiliência (Solà-Sales *et al.*, 2021). Embora este conceito seja difícil de conceptualizar, a literatura tem vindo a mostrar que migrantes com níveis mais altos de resiliência apresentam menores níveis de sofrimento psicológico e depressão (Gatt *et al.*, 2020; Murphy *et al.*, 2021). Essa conclusão está em linha com os dados do nosso inquérito, que indicam uma relação negativa entre resiliência e sofrimento psicológico e depressão. Além disso, também outra investigação realizada durante a pandemia COVID-19 em Portugal, que entrevistou 6079 residentes (incluindo 2097 profissionais de saúde), demonstrou que a resiliência tem um efeito protetor no bem-estar psicológico e está associada a um menor risco de sintomas de ansiedade e depressão (Almeida *et al.*, 2020b).

Finalmente, o suporte social e familiar percecionado mostrou ter um efeito protetor sobre o sofrimento psicológico e a depressão, proporcionando uma sensação de segurança e pertença, o que contribui para minimizar incidentes adversos. Por exemplo, um estudo descobriu que o suporte social percecionado entre asiático-americanos reduziu o stresse relacionado com a discriminação racial, e que o apoio emocional da família também atuou como um amortecedor contra o stresse (Mossakowski e Zhang, 2014). Da mesma forma, estudos anteriores também identificaram que o apoio familiar contribui para mitigar os efeitos prejudiciais da discriminação racial, no que se refere ao aparecimento de transtornos depressivos (Chae *et al.*, 2012).

1.2. Implicações e recomendações dos grupos focais

Os aspetos referidos nos grupos focais lançam as bases para uma reflexão que deverá ser feita sobre as formas de combater estas iniquidades, em particular na área da saúde mental.

A comunicação eficaz foi considerada um aspeto-chave, tanto pela população imigrante como pelas profissionais de saúde, no sentido de reduzir as desigualdades no acesso à saúde. Salientaram a importância da implementação de um trabalho de proximidade, por exemplo, através da criação ou do reforço das parcerias entre instituições com essa vocação, como as associações de migrantes, e do fortalecimento dos serviços e meios já existentes, embora insuficientes para suprir as necessidades, tais como a mediação e tradução telefónica do Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM).

Outras estratégias sugeridas para melhorar a comunicação em geral foram:

- Utilizar sinaléticas inclusivas e culturalmente adaptadas, nas línguas mais faladas pelas populações migrantes, em todos os serviços de saúde;
- Ouvir a população migrante e criar estratégias de comunicação junto das comunidades, além de promover a representatividade e visibilidade dos/as migrantes enquanto decisores políticos, no que diz respeito às políticas para a integração de migrantes;
- Assegurar a presença de mais mediadores culturais em todos os serviços de saúde.

Foram propostas também medidas de formação para os/as profissionais de saúde, mas sobretudo para o pessoal administrativo e para outros serviços associados, tais como os cafés e cantinas que são utilizados pelos/as utentes nos serviços, os quais deverão estar mais bem informados para encaminhar os/as utentes e para evitar situações de discriminação.

Para o combate à discriminação e à xenofobia, foi também sugerido, nos grupos focais com a população migrante, o desenvolvimento de campanhas que deem a conhecer as populações migrantes e os seus contributos para o país à população em geral, através de vídeos, publicidade, e também nas escolas.

Outras sugestões foram no sentido de incluir nas atividades escolares o tema da imigração e a valorização das diferenças culturais, com o objetivo de diminuir o preconceito e a xenofobia. Por exemplo, campanhas (nos serviços públicos, nas escolas, na televisão, ou através de influenciadores, entre outros meios) que falem sobre as migrações, os/as migrantes em Portugal e os/as migrantes portugueses pelo mundo, valorizando as diferenças e as culturas.

Considerou-se também de grande relevância a promoção da literacia em saúde mental junto das populações migrantes, começando pelas crianças, através das escolas.

Em termos de medidas para reduzir o isolamento, aumentar a coesão e ajudar os/as migrantes a navegar nos diferentes serviços, foi sugerida a criação de mais oportunidades de envolvimento em

atividades coletivas, como desporto ou atividades culturais e artísticas, bem como a criação de estruturas que funcionem como rede de apoio para os/as migrantes, e mecanismos para as informações chegarem a todos.

Quanto à segurança laboral, foi sugerida a criação de medidas laborais que protejam mais os trabalhadores, medidas que trarão impactos positivos na saúde mental da população em geral, e em particular na população cabo-verdiana e brasileira e noutras comunidades migrantes.

Por fim, foi sugerida a contratação de recursos humanos nos serviços de saúde para dar vazão aos atrasos nas consultas devidos à pandemia, e a contratação de psicólogos e assistentes sociais em todos os serviços de saúde.

1.3. Implicações e recomendações das entrevistas aos stakeholders

Uma parte relevante das populações migrantes em Portugal está numa posição de tripla desvantagem: i) baixos níveis de escolaridade e literacia, ii) baixo estatuto socioeconómico, e iii) estatuto de estrangeiro.

Com a pandemia de COVID-19, cada uma destas condições teve os seus respetivos impactos. Os baixos níveis de escolaridade e literacia fizeram com que fosse mais difícil aceder a informação fidedigna, tendo sido difícil interpretar mensagens sobre a pandemia. O baixo estatuto socioeconómico fez com que os/as migrantes estivessem mais vulneráveis a situações de desemprego, despejos e a baixos apoios sociais. O estatuto de estrangeiro, por sua vez, limitou o acesso a muitas das alterações que foram implementadas em instituições públicas, uma vez que essas alterações não foram pensadas para o caso de pessoas estrangeiras, nem tampouco para pessoas com baixos níveis de literacia, especialmente literacia digital, e com reduzido acesso às tecnologias de informação e comunicação no geral.

Neste contexto, uma ressalva deve ser apontada: as alterações implementadas nas instituições públicas resultaram de tomadas de decisão em contexto de emergência e, para a população em geral, essas alterações funcionaram. Além disso, durante o decorrer da pandemia, estas limitações foram sendo corrigidas, pelo que esta discussão não deve ser entendida como uma crítica, mas sim como descrição de um processo que foi observado.

No campo das intervenções das instituições, é de frisar que grande parte delas foi implementada a nível da colmatação das necessidades primárias. Embora o modelo de intervenções em saúde mental do IASC (2008) refira que as intervenções são não hierárquicas, isto é, podem ser aplicadas sem uma ordem intrínseca para poder impactar na saúde mental, há que ter em conta, segundo a teoria de Maslow (1943), que as necessidades humanas obedecem a uma hierarquia, sendo que, na base, encontram-se as necessidades fisiológicas (entre outras, a alimentação) e, num segundo nível, as necessidades de segurança (entre outras, emprego e saúde). Ou seja, embora as intervenções em saúde mental não sejam hierárquicas, as necessidades humanas são e, por isso, parece lógico que as intervenções das instituições sigam essa hierarquia.

Em último lugar, é de referir que as intervenções que foram identificadas nas entrevistas focam-se nos dois extremos da pirâmide, os já referidos serviços básicos e de segurança, na base, e os serviços especializados, no topo. A quase inexistência de intervenções nos níveis intermédios – apoio comunitário e familiar e apoio específico não especializado – deve-se ao contexto pandémico, que limitava o contacto grupal subjacente a estes níveis intermédios.

2. RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A EQUIDADE AO NÍVEL DA SAÚDE MENTAL E DO BEM-ESTAR DAS POPULAÇÕES

2.1. Apoios gerais a instituições

2.1.1 Apoios financeiros

1. Aumentar os apoios sociais financeiros, para que as instituições de solidariedade social consigam satisfazer as necessidades básicas do seu público-alvo.
2. Apoiar financeiramente as associações de migrantes para garantir a continuidade e qualidade dos serviços prestados às comunidades.

2.1.2. Aumento de infraestruturas

3. Criar um balcão de atendimento às populações migrantes centralizador de serviços burocráticos (residência, Finanças, Segurança Social, Serviço Nacional de Saúde, etc.).
4. Fomentar colaborações entre instituições/associações de migrantes e câmaras municipais/juntas de freguesia.

2.1.3. Melhoria ao nível dos recursos humanos

5. Garantir a estabilidade dos quadros das associações de migrantes, para assegurar a continuidade dos projetos de integração desenvolvidos.
6. Aumentar o número de equipas multidisciplinares, incluindo assistentes sociais no terreno.

2.1.4. Estratégias de comunicação

7. Promover processos de auscultação junto de instituições/associações de migrantes, de forma a conhecer as necessidades e barreiras das populações que representam, em termos de acesso aos serviços de saúde.
8. Melhorar a comunicação entre a rede de instituições com papel ativo na integração de migrantes, como por exemplo escolas, autarquias, unidades de cuidados de saúde primários.

2.2. Melhorar o acesso à saúde

2.2.1. Melhoria ao nível dos recursos humanos

1. Recrutar recursos humanos na área da saúde, de forma temporária, até estabilizar as listas de espera para cuidados de saúde.

2. Ampliar a presença, nos serviços de mediadores, de diferentes nacionalidades, para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis.

2.2.2. Promover o acesso à saúde

3. Abrir núcleos dos centros de saúde nas associações de migrantes, com custos reduzidos, e em função das possibilidades pessoais.

4. Rever a medida extraordinária (Despacho n.º 4473-A/202 de 30 de abril) de atribuição do número de utente provisório do Serviço Nacional de Saúde.

5. Apostar em maior divulgação da informação sobre as condições de acesso aos cuidados de saúde para as populações migrantes, através das associações e através de campanhas de informação que utilizem canais (e materiais) adequados.

6. Garantir a possibilidade de criar o número de utente do SNS no Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes do ACM

7. Alargar o acordo bilateral entre Portugal e Brasil (PB4, também conhecido por PT-BR/13 ou ainda *Certificado de Direito à Assistência Médica*), que garante acesso ao sistema público de saúde aos/às cidadãos/cidadãs de outros países lusófonos.

8. Facilitar a primeira inscrição no centro de saúde para obtenção do número de utente.

9. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários dos utentes sem médico de família, promovendo serviços de proximidade e evitando a sobrelotação dos hospitais.

2.2.3. Estratégias de comunicação

10. Avaliar a percentagem de população migrante que recorreu aos apoios e que aderiu às estratégias alternativas criadas durante a pandemia (e.g. teleconsultas, linhas de apoio psicológico), com vista a melhorar o processo de comunicação e de resposta em cuidados de saúde.

11. Colmatar falhas de comunicação com a população migrante, que já existiam pré-pandemia, para que a informação passe a chegar a todos.

12. Criar estratégias de comunicação que envolvam mais as comunidades migrantes, através da colaboração das associações de migrantes.

13. Utilizar em todos os serviços de saúde sinalética nas principais línguas estrangeiras.

14. Criar e disponibilizar um manual/cartilha de acolhimento ao migrante com toda a informação relevante (relativa ao acesso aos serviços de saúde, segurança social, direitos e deveres, por exemplo).

2.3. Melhorar a saúde mental e o acesso aos serviços de saúde mental

2.3.1 Melhoria ao nível dos recursos humanos

1. Aumentar o número de técnicos em saúde mental.
2. Garantir a presença obrigatória de profissionais de psicologia nas escolas.
3. Disponibilizar, a preços acessíveis ou simbólicos, consultas de saúde mental em locais de fácil acesso a populações migrantes.
4. Promover a possibilidade de migrantes que procuram apoio psicológico serem atendidos por co-nacionais.

2.3.2. Educação e formação

5. Incluir matérias sobre saúde mental e bem-estar nas escolas.
6. Apoiar financeiramente associações de migrantes, de modo a poderem ter serviços em saúde mental/psicologia.
7. Fomentar a existência de projetos que promovam a saúde mental.
8. Promover a literacia em saúde mental e desconstruir mitos sobre o que é saúde mental em diferentes contextos, como o escolar (nos diferentes níveis de ensino), o laboral, entre outros.

2.3.3. Segurança laboral

9. Criar medidas laborais que protejam mais os trabalhadores, medidas que trarão impactos positivos na saúde mental e no bem-estar da população.

2.4. Divulgação dos serviços, ações de sensibilização e formação

1. Divulgar nos media a existência e os serviços prestados pelas associações de migrantes.
2. Divulgar os serviços do ACM (linha de tradução, linha nacional de apoio ao migrante) em instituições públicas que prestam serviços a migrantes (e.g. Finanças, Segurança Social, Unidades de Saúde) e na comunicação social.
3. Dinamizar campanhas de divulgação dos direitos e deveres de migrantes.
4. Dinamizar ações de formação para profissionais das instituições públicas que atendem migrantes de diversas origens, de modo a dar a conhecer as culturas de cada uma.
5. Dinamizar sessões de esclarecimento junto de funcionários dos serviços de saúde (e outros serviços públicos), para garantir o acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas migrantes, incluindo as pessoas sem número de utente e/ou sem autorização de permanência ou residência válida.

6. Disponibilizar aos profissionais da função pública com cargos de atendimento ao público aulas das línguas estrangeiras mais faladas pelo público-alvo, como sejam aulas de crioulo de Cabo Verde ou da Guiné-Bissau.

7. Disponibilizar a profissionais da função pública com cargos de atendimento ao público formações em multiculturalidade.

8. Desenvolver ações de sensibilização para a educação em saúde para migrantes, de modo a promover o acesso aos serviços de saúde.

9. Dinamizar ações de formação para profissionais de saúde ministradas por técnicos de instituições/ associações de migrantes.

2.5. Reduzir o preconceito e a discriminação

1. Desenvolver campanhas positivas (nos serviços públicos, nas escolas, na televisão, ou através de influenciadores digitais) que falem sobre migrações, os/as migrantes em Portugal e os/as migrantes portugueses pelo mundo, valorizando as diferenças e as culturas.

2. Ouvir e dar voz à população migrante, através de associações, coletivos e movimentos sociais, para que seja ativamente envolvida na criação de medidas a ela direcionadas.

3. Dar representatividade e visibilidade aos/às migrantes enquanto decisores políticos, no que diz respeito às políticas para a integração de migrantes.

4. Incluir nas atividades escolares o tema das migrações e a valorização das diferenças culturais, com o objetivo de diminuir o preconceito e a xenofobia.

5. Dinamizar ações de formação para promover a literacia sobre racismo e discriminação, dirigidas ao pessoal administrativo e pessoal de outros serviços de atendimento ao público nas unidades de cuidados de saúde, como cantinas e cafés.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, V. et al. (2022), "Exploring the effects of the COVID-19 pandemic on mental health and well-being of migrant populations in europe: An equity-focused scoping review", *Behavioral Sciences*, 12, 393. <https://doi.org/10.3390/bs12100393>
- ALMEIDA, M. H. et al. (2020a), "Exploratory and confirmatory validation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) in a sample of individuals registered in job centers", *Acta Médica Portuguesa*, 33, pp. 124-132.
- ALMEIDA, T. C. de et al. (2020b), *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- ANDERSON, D. et al. (2020), "Do economic downturns fuel racial animus?", *Journal of Economic Behavior & Organization*, 175, pp. 9-18.
- ANTUNES, R. et al. (2020), "Exploring lifestyle habits, physical activity, anxiety and basic psychological needs in a sample of Portuguese adults during COVID-19", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4360.
- ARAGONA, M. et al. (2020), "Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties", *Public Health*, 186, pp. 52-56.
- ARAGONA, M. et al. (2022), "Psychopathological effects of the Coronavirus (Sars-CoV-2) imposed lockdown on vulnerable patients in treatment in a mental health outpatient department for migrants and individuals in poor socioeconomic conditions", *International Journal of Social Psychiatry*, 68, pp. 203-209.
- BALASURIYA, L. et al. (2021), "The Association between history of depression and access to care among medicare beneficiaries during the COVID-19 pandemic", *Journal of General Internal Medicine*, 36, pp. 3778-3785.
- BÄUERLE, A. et al. (2020), "Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany", *Journal of public health*, 42(4), pp. 672-678.
- BOJÓRQUEZ, I. et al. (2021), "Psychosocial and mental health during the COVID-19 lockdown: A rapid qualitative study in migrant shelters at the Mexico-United States border", *Salud Mental*, 44(4), pp. 167-175.
- BROWN, C. et al. (2022), "Reducing inequities during the COVID-19 pandemic: A rapid review and synthesis of public health recommendations", *Public Health Reviews*, 42, pp. 1-11.
- BROWN, L. et al. (2021), "Sources of resilience in frontline health professionals during COVID-19", *Healthcare*, 9, 1699.

- BRUHN, M. et al. (2018), “The range and impact of postmigration sStressors during treatment of trauma-affected refugees”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206, pp. 61-68.
- BUJEK-KUBAS, I. C. e MOJS, E. (2021), “Environmental stress and the quality of life connected with COVID-19 among people in Poland and the Netherlands”, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 34, pp. 177-188.
- BURTON-JEANGROS, C. et al. (2020), “The impact of the Covid-19 pandemic and the lockdown on the health and living conditions of undocumented migrants and migrants undergoing legal status regularization”, *Frontiers in Public Health*, 8, 6887.
- BURTON, C. et al. (2020), “COVID-19: Health disparities and social determinants of health”, *International Social Work*, 63, pp. 771-776.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M. e XAVIER, M. (coords.) (2013), *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*, Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- CAMPBELL-SILLS, L. e STEIN, M. B. (2007), “Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience”, *Journal of Traumatic Stress*, 20, pp. 1019-1028.
- CARBALLO, M. et al. (2020), *COVID-19: Notes on migrants*, Geneva: International Centre for Migration (ICMHD). Disponível em https://icmhd.ch/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-and-Migration_ICMHD-5.pdf
- CASAGRANDE, M. et al. (2020), “The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population”, *Sleep Medicine*, 75, pp. 12-20.
- CHAE, D. H. et al. (2021), “Discrimination, family relationships, and major depression among asian americans”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, pp. 361-370.
- DIAZ, E. et al. (2021), “Learning from the COVID-19 pandemic among migrants: An innovative, system-level, interdisciplinary approach is needed to improve public health”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(7), pp. 804-808.
- ESTEVES, A. et al. (2018), “Labour market integration of immigrants in Portugal in times of austerity: resilience, in situ responses and re-emigration”, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(14), pp. 2375-2391.
- FOLEY, L. e PIPER, N. (2020), *COVID-19 and women migrant workers: Impacts and implications*, Geneva: International Organization for Migration (IOM).
- GAMA, A. et al. (2021), “Double jeopardy from the COVID-19 pandemic: Risk of exposure and income loss in Portugal”, *International Journal for Equity in Health*, 20, 231.

- GATT, J. M. *et al.* (2020), "Trauma, resilience, and mental health in migrant and non-migrant youth: An international cross-sectional study across six countries", *Frontiers in Psychiatry*, 10, 997.
- GAUTAM, M. *et al.* (2020), "Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19", *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2(7), pp. 865-870.
- GLOSTER, A. T. *et al.* (2020), "Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study", *PLoS ONE*, 15, e0244809.
- GOGOI, M. *et al.* (2020), "Putting the voices and insights of migrants and diverse ethnic groups at the centre of our response to COVID-19", *Public health*, S0033-3506(20)30438-8.
- GOSSELIN, A. *et al.* (2021), "Deterioration of mental health and insufficient Covid-19 information among disadvantaged immigrants in the greater Paris area", *Journal of Psychosomatic Research*, 146, 110504.
- GOSTIN, L. O. *et al.* (2019), "The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development", *Lancet*, 393(10183), pp. 1857-1910.
- GREENAWAY, C. *et al.* (2020), "COVID-19: Exposing and addressing health disparities among ethnic minorities and migrants", *Journal of Travel Medicine*, 27(7): taaa113.
- HUANG, Y. e ZHAO, N. (2020), "Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey", *Psychiatry Research*, 288, 112954.
- INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC) (2008), *Mental Health and Psychosocial Support: Checklist for Field Use*, Geneva: IASC.
- INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC) (2020), *Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19, versão 1.5*. Disponível em <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>
- JUNG, S. E. *et al.* (2019), "Poor nutritional status among low-income older adults: Examining the interconnection between self-care capacity, food insecurity, and depression", *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119, pp. 1687-1694.
- KLIEM, S. *et al.* (2015), "A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU) was developed, validated, and standardized", *Journal of Clinical Epidemiology*, 68, pp. 551-562.
- KROENKE, K. *et al.* (2001), "The PHQ-9", *Journal of General Internal Medicine*, 16, pp. 606-613.
- LECEROF, S. S. *et al.* (2016), "Does social capital protect mental health among migrants in Sweden?", *Health Promotion International*, 31, pp. 644-652.

LEGIDO-QUIGLEY, H. *et al.* (2016), “Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal”, *Health Policy*, 120(7), pp. 833-9.

LIEM, A. *et al.* (2020), “The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic”, *The lancet - Psychiatry*, 7(4), e20.

LOPES, S. *et al.* (2022), “Association between perception of COVID-19 risk, confidence in health services and avoidance of emergency department visits: Results from a community-based survey in Portugal”, *BMJ Open*, 12, e058600.

LOSADA-BALTAR, A. *et al.* (2021), “«We Are staying at home.» Association of self-perceptions of aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19”, *The Journals of Gerontology, Series B*, 76(2), pp. e10-e16.

MACHADO, S. e GOLDENBERG, S. (2021), “Sharpening our public health lens: advancing im/migrant health equity during COVID-19 and beyond”, *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 57.

MAESTRIPIERI, L. (2021), “The Covid-19 Pandemics: Why intersectionality matters”, *Frontiers in sociology*, 6, 642662.

MARCHI, M. *et al.* (2022), “Experience of discrimination during COVID-19 pandemic: The impact of public health measures and psychological distress among refugees and other migrants in Europe”, *BMC Public Health*, 22, 942.

MASLOW, A. (1943), “A theory of human motivation”, *Psychological Review*, 50(4), pp. 370-396.

MCAID, D. *et al.* (2013), “Health protection in times of economic crisis: Challenges and opportunities for Europe”, *Journal of Public Health Policy*, 34(4), pp. 489-501.

MING, X. e de JONG, M. D. T. (2021), “Mental well-being of chinese immigrants in the Netherlands during the COVID-19 pandemic: A survey investigating personal and societal antecedents”, *Sustainability*, 13, 4198.

MONGELLI, F. *et al.* (2020), “Challenges and opportunities to meet the mental health of underserved and disenfranchised in the united states”, *Focus*, 18, pp. 16-24.

MONTEIRO, S. *et al.* (2013), “Preliminary validation study of a Portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9)”, *European Psychiatry*, 28, 1.

MOORTHY, A. e SANKAR, T. K. (2020), “Emerging public health challenge in UK: Perception and belief on increased COVID19 death among BAME healthcare workers”, *Journal of Public Health*, 42, pp. 486-492.

MORAN, J. K. *et al.* (2021), “The Differential impact of lockdown measures upon migrant and female psychiatric patients—A cross-sectional survey in a psychiatric hospital in Berlin, Germany”, *Frontiers in Psychiatry*, 12, 642784.

- MOSSAKOWSKI, K.N. (2003), “Coping with perceived discrimination: Does ethnic identity protect mental health?”, *Journal of Health and Social Behavior*, 44, pp. 318-331.
- MOSSAKOWSKI, K. N. e ZHANG, W. (2014), “Does social support buffer the stress of discrimination and reduce psychological distress among asian americans?”, *Social Psychology Quarterly*, 77, pp. 273-295.
- MURPHY, M. et al. (2021), “An Italian adaptation of the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) and attitudes during the COVID-19 outbreak”, *Frontiers in Psychology*, 12, 641213.
- OBINNA, D. N. (2021), “Confronting disparities: Race, ethnicity, and immigrant status as intersectional determinants in the COVID-19 era”, *Health Education & Behavior*, 48(4), pp. 397-403.
- OLIVEIRA, C. R. (2022), “Integração de Imigrantes e a pandemia COVID-19”, *Relatório Estatístico Anual Indicadores de Integração de Imigrantes*, Coleção *Imigração em Números* do Observatório das Migrações, Lisboa: ACM, pp. 274-278.
- PADILLA, B. (2013), “Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal”, *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), pp. 49-68.
- PAULINO, M. et al. (2021), “COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population”, *Psychology, Health & Medicine*, 26, issue 1, pp. 44-55.
- PICCINELLI, M. e WILKINSON, G. (2000), “Gender differences in depression”, *The British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 486-492.
- PIERCE, M. et al. (2020), “Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population”, *The Lancet-Psychiatry*, 7(10), pp. 883-892.
- PINZÓN-ESPINOSA, J. et al. (2021), “The COVID-19 Pandemic and Mental Health of Refugees, Asylum Seekers, and Migrants”, *Journal of Affective Disorders*, 280, pp. 407-408.
- PIRRIE, M. et al. (2020), “Poverty and food insecurity of older adults living in social housing in Ontario: A cross-sectional study”, *BMC Public Health*, 20, 1320.
- RAPOSO, V. L. e VIOLANTE, T. (2021), “Access to Health Care by Migrants with Precarious Status during a Health Crisis: Some Insights from Portugal”, *Human Rights Review*, 22, pp. 459-482.
- RIBEIRO, J. L. P. (2001), “Mental health inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa”, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, pp. 77-99.
- ROSSI, R. et al. (2020), “COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy”, *Frontiers in Psychiatry*, 11(790).
- SANTANA, P. (coord.) (2015), *Território e saúde mental em tempos de crise*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- SANTOMAURO, D. F. *et al.* (2021), "Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic", *Lancet*, 398, pp. 1700-1712.
- SANTOS, A. M. S. e NOVO, R. F. (2019), "Mental Health Inventory: Sensitivity and Specificity of the Portuguese Version of the MHI-38 and MHI-5", *Psychological Reports*, 123, pp. 1452-1469.
- SHEN, J. e BARTRAM, D. (2021), "Fare differently, feel differently: Mental well-being of UK-born and foreign-born working men during the COVID-19 pandemic", *European Societies*, 23, pp. S370-S383.
- SOARES, P. *et al.* (2021), "Factors Associated with the Patient's Decision to Avoid Healthcare during the COVID-19 Pandemic", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 24(18), 13239.
- SOLÀ-SALES, S. *et al.* (2021), "The Role of Resilience for Migrants and Refugees' Mental Health in Times of COVID-19", *Healthcare*, 9, 1131.
- SOUSA, T.V. (2015), "Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale", *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 50.
- SPIRITUS-BEERDEN, E. *et al.* (2021), "Mental Health of Refugees and Migrants during the COVID-19 Pandemic: The Role of Experienced Discrimination and Daily Stressors", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 6354.
- SPITZER, R.L. *et al.* (2006), "A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7", *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 1092-1097.
- TROUT, L. J. e KLEINMAN, A. (2020), "Covid-19 Requires a Social Medicine Response", *Frontiers in Sociology*, 5, 579991.
- VIERTÖ, S. *et al.* (2021), "Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference", *BMC Public Health*, 21, 611.
- YIP, T. *et al.* (2008), "Racial discrimination and psychological distress: The impact of ethnic identity and age among immigrant and United States-born Asian adults", *Developmental Psychology*, 44(3), pp. 787-800.



OBSERVATÓRIO
DAS MIGRAÇÕES



Acompanhe as atividades do Observatório
das Migrações em www.om.acm.gov.pt

Investigação com o apoio do Fundo Europeu para o Asilo, a Migração e a Integração (FAMI)



FUNDO
ASILO, MIGRAÇÃO
E INTEGRAÇÃO



UNIÃO EUROPEIA



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SGMAI
SECRETARIA
GERAL
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA



ACM

ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES, I.P.