

# Uso de Substâncias em Populações de Refugiados: Propostas de Abordagem a Uma População Vulnerável



## Substance Use in Refugee Populations: Proposals for Approaching a Vulnerable Population

Pedro MOTA<sup>✉1</sup>, Ana NETO<sup>2</sup>

Acta Med Port 2021 (AOP) • <https://doi.org/10.20344/amp.16624>

**Palavras-chave:** Perturbações Relacionadas ao Uso de Substâncias; Refugiados

**Keywords:** Refugees; Substance-Related Disorders

### Contextualizando a vulnerabilidade

O acolhimento de um crescente número de vítimas de migração forçada na Europa tem sido acompanhado de uma reflexão sobre a necessidade e eficácia dos cuidados de saúde e intervenções disponíveis, do acesso e da utilização dos serviços de saúde, e do impacto destes na sua morbilidade a curto, médio e longo prazo.<sup>1,2</sup> Desde 2015, Portugal recebeu, no âmbito do Programa Voluntário de Reinstalação do ACNUR (Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados), cerca de 2600 requerentes e beneficiários de proteção internacional, dos quais 1700 refugiados no âmbito de programas de recolocação europeus. Embora Portugal tenha vindo a desempenhar um papel menor neste processo, a actual organização dos serviços de Psiquiatria e de Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) face às necessidades específicas de saúde mental e de recursos dos refugiados são um desafio real.<sup>3,4</sup> Acresce que a presença de enorme heterogeneidade entre estas populações implica que os serviços de saúde sejam capazes de responder adequadamente aos diversos desafios que o fenómeno migratório imprime ao processo de integração e à própria saúde mental, e com uma flexível diversidade de soluções.

Apesar da complexidade e variabilidade dos processos migratórios, as populações de refugiados aparentam ter taxas de incidência mais altas de determinadas perturbações psiquiátricas, nomeadamente de perturbação de stress pós-traumático e perturbações depressivas, ambas fatores de risco independentes para o uso de substâncias.<sup>1</sup> Adicionalmente, estudos recentes identificam fatores de risco específicos do percurso migratório, como a exposição a eventos potencialmente traumáticos, desafios associados ao processo de integração, experiências de pobreza, discriminação e marginalização que colocam os refugiados em maior vulnerabilidade para perturbações do uso de substâncias (PUS), particularmente determinantes no período pós-migratório (Tabela 1).<sup>5</sup> A prevalência das PUS, com especial destaque para a perturbação do uso de álcool, pode chegar, dependendo do contexto, a 36%.<sup>2,6</sup>

### Recomendações e práticas internacionais

Globalmente, a literatura científica relativa a intervenções para tratar PUS e reduzir os danos nestas populações é limitada, refletindo os contextos precários onde são conduzidas, tais como os campos de refugiados.<sup>2,6-10</sup>

Os verdadeiros desafios parecem centrar-se, por um lado, na transposição de rastreios e intervenções entre países com recursos e sistemas de organização de saúde distintos, e por outro, em garantir que, para além de disponíveis, os serviços sejam eficazmente adaptados de forma a torná-los sensíveis aos problemas específicos destas populações. O sucesso deste trabalho dependerá, verdadeiramente, da disponibilidade, capacidade e prontidão de estruturas e recursos humanos com competências culturais. Além disso, existe o desafio de criar intervenções que potenciem também a reconstrução e fortalecimento das comunidades afetadas, atentas aos determinantes sociais, recuperação social e cultural e integração, porque reflectem uma planificação, organização de serviços e políticas de saúde locais culturalmente sensíveis, e que requerem a mobilização de uma rede alargada de recursos humanos em saúde (administrativos, gestores, coordenadores, decisores políticos, mas também organizações não governamentais e associações de migrantes e refugiados).

No âmbito dos serviços de CAD, autores como Fedorova (2012)<sup>8</sup> recomendam a adaptação de princípios de intervenções culturalmente sensíveis, como a incorporação de mediadores e representantes culturais nas equipas multidisciplinares, a valorização de um papel proativo dos utentes no seu tratamento, e a exploração conjunta de sofrimento, trauma e patologias psiquiátricas eventualmente concomitantes com os CAD.

1. Serviço de Psiquiatria. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Penafiel. Portugal.

2. Unidade de Alcoologia de Lisboa. Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Pedro Mota. [93.pedromota@gmail.com](mailto:93.pedromota@gmail.com)

Recebido: 28 de maio de 2021 - Aceite: 02 de agosto de 2021 - First published: 14 de setembro de 2021

Copyright © Ordem dos Médicos 2021



O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT)<sup>2,9</sup> recomenda que intervenções bem-sucedidas contemplem estratégias de (re)integração social, acesso a serviços de saúde e triagem específicos para refugiados, competência organizacional e formação adequada e que disponham de serviços de tradução e mediação. Em particular, deverá ser valorizado o recurso a materiais de informação traduzidos, privilegiando intervenções adaptadas – linguística e contextualmente – ao utente migrante, precoces e construídas de forma colaborativa com um forte componente social e um trabalho ativo de alcance dos grupos mais vulneráveis.

No que diz respeito à estruturação da avaliação clínica, o uso de instrumentos de rastreio recomendados (AUDIT ou ASSIST) pode ser complementado pelo recurso a instrumentos que facilitam a exploração e análise conjunta de aspectos clínicos, biográficos, migratórios e culturais e da relação clínica que relacionam, preservando, o modelo biopsicossocial médico ocidental e a experiência e narrativa pessoal e cultural particulares.<sup>1,2,8-10</sup> Destaque-se aqui a entrevista de formulação cultural do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), pela comprovada utilidade diagnóstica entre clínicos e aceitabilidade entre os doentes.<sup>11</sup>

## QUE INTERVENÇÕES SÃO NECESSÁRIAS E POSSÍVEIS EM PORTUGAL?

**Avaliar as necessidades e respostas existentes.** É necessário caracterizar o uso de substâncias em populações de refugiados em Portugal e harmonizar métodos de colheita de dados, em linha com as recomendações europeias.<sup>2</sup>

**Melhorar o rastreio precoce de PUS num contexto médico e cultural adequado à vulnerabilidade inicial do processo de reintegração.**

**Valorizar respostas longitudinais e integradas nas intervenções das equipas que acompanham os utentes no seu projecto de recolocação/reinstalação.**

**Partilhar, otimizar e diversificar recursos humanos.** Para criar equipas técnicas verdadeiramente transdisciplinares, é necessário que médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais sejam culturalmente competentes, mas que tradutores, mediadores culturais, representantes da comunidade e entidades associativas intervenientes tenham também formação em saúde mental e CAD. A partilha de recursos entre diversos organismos (Serviço Nacional de Saúde e Alto Comissariado para as Migrações) permitiria ultrapassar a actual escassez e centralização dos mesmos.

**Promover a criação de respostas culturalmente sensíveis e adaptadas em CAD.** O OEDT e outros organismos têm alertado para as dificuldades que a nível europeu condicionam a ausência destas respostas<sup>2,8,9</sup>: carência de recursos humanos com disponibilidade e competências transculturais, dificuldade de articulação com os serviços de saúde mental e CAD, desinvestimento no rastreio e monitorização destas populações e na procura de uma adequada integração destas populações nos países de acolhimento. A criação destas respostas pode ser pautada por:

- Desenho de linhas orientadoras nacionais intersectoriais para Saúde Mental e CAD nesta população e criação de respostas regionais/locais que naturalmente reflitam a heterogeneidade de necessidades a nível nacional e/ou de respostas centralizadas de triagem e orientação dos casos clínicos.
- Valorização dos princípios de humanismo e pragmatismo que aproximam naturalmente os serviços de CAD dos modelos de competência cultural.
- Formação dos recursos humanos existentes quer de Saúde Mental quer de serviços de CAD, capacitando-os para o trabalho com estas populações.
- Promoção do uso de instrumentos clínicos adequados (como a formulação cultural).<sup>10</sup>
- Promover a intervenção sobre o uso de substâncias particularmente acessíveis e prevalentes, como o álcool<sup>2</sup>, e abordagem activa a grupos particularmente vulneráveis e em risco, tais como os menores não acompanhados e os refugiados a quem foi recusado o pedido de asilo, potenciais beneficiários de intervenções estruturadas de prevenção em CAD.
- Reforço da articulação com organismos governamentais e não governamentais que permita um trabalho conjunto, que complemente a intervenção e que possibilite a adesão aos serviços disponíveis.

**Garantir o financiamento adequado e consistente dos diferentes níveis de intervenção mencionados.**

A adaptação e implementação eficaz destas práticas – de prevenção, rastreio, referenciação, tratamento e redução de danos – melhorará a saúde e reduzirá o ónus sobre os sistemas de saúde associados às PUS. Pela sua metodologia, estas práticas beneficiarão de forma significativa todos os cidadãos, e devem ser por isso consideradas neste momento, em que simultaneamente se prevê um investimento na Saúde Mental contemplado no Plano de Recuperação e Resiliência e se discute o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências para o decénio 2021-2030.

## CONTRIBUTO DOS AUTORES

PM: Conceptualização, desenvolvimento e escrita do artigo.

AN: Conceptualização, desenvolvimento e revisão do artigo

## CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente trabalho.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento ou bolsas para a realização deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2020;17:e1003337.
2. Lemmens P, Dupont H, Roosen I. Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services. Lisboa: EMCDDA; 2017
3. Neto A, Costa AG, Machado AG, Conceição D, Coutinho C, Rousseau C. Refugee resettlement I: challenges for mental healthcare services in Portugal. *Acta Med Port.* 2019;32:14-6.
4. Sousa T. Práticas e diálogos cruzados da psiquiatria transcultural e a população refugiada: trechos etnográficos. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2018.
5. Cleveland J, Rousseau C, Guzder J. Cultural consultation for refugees. In: *Cultural Consultation*. New York: Springer; 2014. p. 245-68.
6. Horyniak D, Melo J, Farrell R, Ojeda V, Strathdee S. Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. *PLoS One.* 2016;11:e0159134.
7. Greene M, Kane J, Khoshnood K, Ventevogel P, Tol W. Challenges and opportunities for implementation of substance misuse interventions in conflict-affected populations. *Harm Reduct J.* 2018;15:58.
8. Fedorova O. *Transcultural drug work: a handbook for practitioners working with drug users from different ethnic and cultural backgrounds*. 2012. [consultado 2021 jan 20]. Disponível em: <https://rm.coe.int/2012-3-ppg-coop-transculturalworkhandbook-web-eng/16807b6acd>.
9. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies. 2013. [consultado 2021 jan 20]. Disponível em: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/prevention-minority-ethnic-populations\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/prevention-minority-ethnic-populations_en).
10. De Kock C. Cultural competence and derivatives in substance use treatment for migrants and ethnic minorities: what's the problem represented to be? *Social Theory Health.* 2020;18:358–94.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>th</sup> ed. Washington DC: APA Publishing; 2013.

**Tabela 1** – Fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais em populações de refugiados (com base em Cleveland et al<sup>6</sup>)

<b>Fatores de stress pré-migratórios</b>
Exposição a cenários de violência ou opressão
Ter sido vítima de perseguição
Condições socioeconómicas precárias
Pertença a determinados grupos ou minorias étnicas ou religiosas
Fatores de vulnerabilidade pessoal (idade mais avançada; género feminino; maior grau de escolaridade; proveniência de um meio rural; melhor estatuto socioeconómico prévio; presença de patologia psiquiátrica prévia)
<b>Fatores de stress migratórios</b>
Permanência em diferentes locais ao longo da jornada migratória
Detenção judicial provocada pelo estatuto migratório
Condições precárias em campos de refugiados
Separação, morte ou desaparecimento de familiares durante a jornada migratória
Exploração por contrabandistas na obtenção de documentos
Experiência prolongada de marginalização, desamparo ou de aprisionamento
Danos físicos provocados pela exposição aos elementos ou fome
<b>Fatores de stress pós-migratórios</b>
Marginalização ou discriminação ligada ao estatuto migratório, etnia, idioma, <i>etc.</i>
Desafio em se adaptar a uma cultura diferente, aprender um idioma, <i>etc.</i>
Acesso limitado a emprego, saúde, serviços sociais e educação
Separação ou morte de familiares
Suporte social limitado (isolamento social resultante da perda de redes sociais)
Pobreza, desemprego ou dificuldade em manter um emprego
Receios permanentes em relação ao futuro e sensação de não estar seguro
Receio de detenção ou de repatriamento para o país de origem
Receio de que a segurança de familiares ou de outros membros do seu grupo de associação (étnico, religioso ou político) esteja sob ameaça no país de origem
Luto cultural, choque cultural e derrota social
Discrepância entre expectativas e aquisições
Efeito cumulativo vai reduzindo a capacidade de lidar com os desafios em curso - maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de patologias