



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Davide Emanuel Gouveia Cruz

Comportamentos aditivos e dependências - O perfil dos utilizadores dos serviços de tratamento especializados

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra,
para obtenção do grau Mestre

Orientadores: Prof. Doutor Óscar Lourenço e Dr. Rocha Almeida

Outubro, 2020

A todos os meus utentes e seus familiares

AGRADECIMENTOS

Acredito genuinamente que todos nós somos o resultado das pessoas com quem nos vamos cruzando, das nossas vivências e aprendizagens constantes. Desse modo quero antes de mais agradecer a todos os que de certa forma contribuíram para aquilo que sou enquanto pessoa, enquanto profissional e aluno.

Quero agradecer aos meus orientadores:

-Professor Doutor Óscar Lourenço, pelo seu empenho, partilha de conhecimento e capacitação para a concretização deste objetivo. Foram momentos preciosos, de enriquecimento académico e pessoal, que irei transportar comigo em voos futuros. O meu muito obrigado!

- Dr. Rocha Almeida, pelos dados facultados para a elaboração deste trabalho, pela sua pronta disponibilidade e colaboração, pelas reuniões e esclarecimentos fundamentais para a realização deste estudo. Não posso deixar de agradecer e enaltecer também pelo seu trabalho em prol dos nossos serviços e acima de tudo, dos nossos utentes.

Aos meus colegas, a toda a equipa da Unidade de Desabilitação de Coimbra, com quem trabalho diariamente. Pelo seu acolhimento, ensinamentos e convivência. Foram sem dúvida cúmplices neste meu fascínio e paixão pelo mundo das dependências.

Agradeço do fundo do coração a toda a minha família. Uns mais perto, outros mais longe... Aos meus pais, pelos esforços, sacrifícios, dedicação e amor.

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas, tem um efeito devastador na vida de milhões de pessoas em todo o mundo.

Portugal, no que respeita em matéria de drogas e álcool, foi sempre apontado como um exemplo a seguir pela sua abordagem, no entanto vão surgindo novos desafios, seja pelo desinvestimento que se faz sentir nesta área, seja pela alteração do perfil dos utilizadores de substâncias que recorrem aos serviços especializados de tratamento.

Este estudo, usa dados cedidos pela Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da região Centro e descreve as características dos consumidores de substâncias psicoativas (álcool, cannabis, cocaína, heroína e tabaco) que recorreram aos serviços públicos especializados de tratamento da região centro entre 2011 e 2016. Para além disto explora a existência de alterações no perfil de novos consumidores e quais as alterações no que diz respeito às novas tendências de consumo. Foram utilizados procedimentos de estatística descritiva e análise gráfica para analisar e caracterizar os indivíduos nas diferentes variáveis de interesse. Após a caracterização geral da população em estudo, foi realizada uma estratificação da amostra por ano de acolhimento, pré 2011, entre 2011-2013 e 2014-2016.

Quanto aos resultados do estudo, é possível verificar neste momento ao aparecimento de um novo perfil dos utentes que recorrem aos nossos serviços especializados para tratamento, por problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. Estes são utentes na sua maioria consumidores de cannabis, com uma média de idades mais baixa. O início dos consumos tende a ser também em idades mais jovens, quando comparados com outras substâncias. Verifica-se que entre os novos consumidores admitidos para tratamento, existe uma prevalência significativa de familiares com problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, bem como antecedentes judiciais associados.

É necessário repensar o modelo de respostas para o tratamento dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal, bem como as ações preventivas levadas a cabo neste âmbito.

Palavras chave: Comportamentos aditivos; dependências; substâncias psicoativas; perfil.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances, whether legal or illegal, has a devastating effect on the lives of millions of people around the world.

Portugal, with regard to drugs and alcohol, has always been pointed out as an example to be followed by its approach, however new challenges are emerging, either by the divestment that is felt in this area, or by the change in the profile of substance users who use specialized treatment services.

This study uses data provided by Intervention Division on Addictive Behaviors and Dependencies, center region and describes the characteristics of consumers of psychoactive substances (alcohol, cannabis, cocaine, heroin and tobacco) who resorted to specialized public treatment services in the center region between 2011 and 2016. In addition to this explores the existence of changes in the profile of new consumers and what changes have been made with regard to new consumption trends. Descriptive statistics and graphic analysis procedures were used to analyze and characterize individuals in the different variables of interest. After the general characterization of the study population, the sample was stratified by year of reception, pre 2011, between 2011-2013 and 2014-2016.

As for the results of the study, it is possible to verify at this moment the appearance of a new profile of users who resort to our specialized services for treatment, due to problems related to the consumption of psychoactive substances. These are mostly cannabis users, with a lower average age. The onset of consumption also tends to be at younger ages, when compared to other substances. It appears that among the new consumers admitted for treatment, there is a significant prevalence of family members with problems related to the consumption of psychoactive substances, as well as associated legal antecedents. It is necessary to rethink the model of responses for the treatment of addictive behaviors and addictions in Portugal, as well as the preventive actions carried out in this area.

Key words: addictive behaviours; dependencies; psychoactive substances; profile.

LISTA DE SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde
CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências
CDT – Comissão da Dissuasão da Toxicodependência
CEPD – Centro de Estudos da Profilaxia da Droga
CICD – Centro de Investigação e Controle da Droga
CRI – Centro de respostas Integradas
DALY - Disability Adjusted Life Years
DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DGS – Direção Geral de Saúde
EMCDDA – Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência
ENLCD – Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga
EU – União Europeia
EUA – Estados Unidos da América
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência
IHME - *Institute for Health Metrics and Evaluation*
INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
IPDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos
SICAD- Serviço Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM – Serviço de Informação Multidisciplinar
SNC – Sistema Nervoso Central
SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
TAS- Taxa de álcool no sangue
UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime*

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	37
TABELA 2 - PRIMEIRO TRATAMENTO	41
TABELA 3 - SUBSTÂNCIA PRINCIPAL DE CONSUMO	44
TABELA 4 -IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO (POR SUBSTÂNCIA).....	44
TABELA 5 - TEMPO DE PROCURA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (EM ANOS).....	45
TABELA 6 - FONTE DE REFERENCIAÇÃO	46
TABELA 7 - TIPO DE INSCRIÇÃO.....	47
TABELA 8 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	47
TABELA 9 - PROFISSÃO	48
TABELA 10 - ESTADO CIVIL	48
TABELA 11 - TIPO DE ALOJAMENTO	49
TABELA 12 - FAMILIAR CONSUMIDOR.....	49
TABELA 13 - ANTECEDENTES JUDICIAIS.....	50
TABELA 14 - PRISÃO EFETIVA.....	51
TABELA 15 - COMPARAÇÃO SUBSTÂNCIA PRINCIPAL DE CONSUMO.....	52
TABELA 16 - COMPARAÇÃO IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO (POR SUBSTÂNCIA).....	55
TABELA 17 -COMPARAÇÃO TEMPO DE PROCURA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (EM ANOS).....	56
TABELA 18 - COMPARAÇÃO FONTE DE REFERENCIAÇÃO	58
TABELA 19 - COMPARAÇÃO TIPO DE INSCRIÇÃO	59
TABELA 20 - COMPARAÇÃO HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	61
TABELA 21 - COMPARAÇÃO SITUAÇÃO PROFISSIONAL.....	62
TABELA 22 - COMPARAÇÃO ESTADO CIVIL.....	63
TABELA 23 - COMPARAÇÃO TIPO DE ALOJAMENTO	64
TABELA 24 - COMPARAÇÃO FAMILIAR CONSUMIDOR	66
TABELA 25 - COMPARAÇÃO ANTECEDENTES JUDICIAIS	67
TABELA 26 - COMPARAÇÃO PRISÃO EFETIVA	69

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PRIMEIRO TRATAMENTO POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO	42
FIGURA 2 - DATA DE ADMISSÃO POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO	43
FIGURA 3 - MÉDIA DE IDADES POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO	45
FIGURA 4 - ANTECEDENTES JUDICIAIS POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO .	50
FIGURA 5- PRISÃO EFETIVA POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO	51
FIGURA 6 - COMPARAÇÃO MÉDIA DE IDADES POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO	54
FIGURA 7 - COMPARAÇÃO ANTECEDENTES JUDICIAIS POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO	67
FIGURA 8 - COMPARAÇÃO PRISÃO EFETIVA POR SUBSTÂNCIA DE CONSUMO	69

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. RESENHA HISTÓRICA DOS SERVIÇOS DE TRATAMENTO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS	5
2.1 LEI DA DESCRIMINALIZAÇÃO EM PORTUGAL.....	10
2.2 REDE DE REFERENCIAÇÃO/ ARTICULAÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS	14
2.3 A SITUAÇÃO DO PAÍS EM MATÉRIA DE DROGAS E ÁLCOOL	16
3. COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS.....	20
3.1. NEUROBIOLOGIA DAS ADIÇÕES.....	25
3.2. SUBSTÂNCIAS DE ABUSO.....	28
4. METODOLOGIA	34
4.1. BASE DE DADOS.....	34
4.2. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	40
5. RESULTADOS	41
5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS	41
5.2. ANÁLISE COMPARATIVA DOS INDIVÍDUOS POR DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	51
6. CONCLUSÃO	74
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICE.....	81
ANEXO.....	86

1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é atualmente uma problemática de saúde pública com consequências devastadoras não apenas para o indivíduo ou seus familiares, mas também para a população em geral.

Segundo o último relatório publicado pela UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*), o *World Drug Report 2019*, é estimado que em todo o mundo cerca de 5,5% da população adulta (15-64 anos) consumiu qualquer droga pelo menos uma vez em 2017, cerca de 271 milhões de indivíduos, o que corresponde a uma em cada 18 pessoas. Destes 271 milhões de indivíduos que consumiram qualquer tipo de droga em 2017, 35 milhões (aproximadamente 13%) apresenta problemas relacionados com o consumo de substâncias por comportamentos aditivos e/ou necessidade de tratamento.

Através de um estudo citado no mesmo relatório, *the Global Burden of Disease Study* são atribuíveis ao consumo de substâncias psicoativas a perda de 42 milhões de anos de vida saudáveis, sendo que metade dos *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) são atribuíveis à morte prematura e outra metade aos anos de vida vividos com a doença e incapacidade. Este é um número que tem vindo a aumentar ao longo das últimas 3 décadas, o número de mortes e DALYs atribuíveis ao consumo destas substâncias psicoativas quase duplicou. Metade das mortes atribuíveis ao consumo de substâncias estão relacionadas com os casos de hepatite C não tratados (levando à morte por cirrose e cancro hepatocelular) e 29% são atribuíveis às perturbações pelo uso de substâncias, estando na sua maioria relacionadas com o consumo de opiáceos (UNODC, 2019).

Nos dados referentes à Europa, disponíveis através do Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e evoluções (EMCDDA, 2019), as estimativas apontam que um total de 96 milhões de indivíduos, entre a população com idades compreendidas entre os 15-64 anos, tenha experimentado drogas ilícitas pelo menos uma vez ao longo da sua vida, o que corresponde a cerca de 29% da população. Também aqui a cannabis surge em primeiro lugar, seguida pela cocaína como as substâncias mais experimentadas na Europa. É de destacar que

é a população adulta mais jovem, com idades compreendidas entre os 15-34 anos, a que mais consumiu no último ano, com cerca de 19,1 milhões de indivíduos. Derivado ao consumo de substâncias psicoativas, 1,2 milhões de pessoas receberam tratamento na União Europeia (UE) em 2017, sendo que os consumidores de opiáceos ocupam o maior número e utilizam também em maior quantidade os recursos disponibilizados para tratamento, com maior impacto sobretudo devido aos tratamentos de manutenção opiácea. A cannabis e a cocaína, surgem a seguir aos opiáceos quanto ao número de utentes em tratamento (EMCDDA, 2019).

Sendo a morte a consequência mais trágica no que respeita ao consumo de drogas, é estimado que em todo o mundo, apenas em 2017, tenham ocorrido 585 mil mortes relacionadas com esses consumos, sendo estas consideradas como causas de morte possíveis de evitar, onde se incluem as mortes por *overdose*, morte por VIH/SIDA, hepatite C, alterações do comportamento decorrente do consumo de substâncias, suicídio e outras mortes acidentais por consumo (acidentes de viação e outros) (UNODC, 2019). Tanto o vírus da imunodeficiência humana (VIH) como a hepatite C têm elevada prevalência entre os consumidores destas substâncias, e associado ao consumo excessivo de álcool é responsável pelo aumento da morbilidade, verificando-se maior probabilidade de morte por doença hepática, cirrose e cancro do fígado. Também as doenças pulmonares crónicas e cardiovasculares são responsáveis pela morte destes indivíduos, sobretudo nos utentes mais envelhecidos. Na Europa, os consumidores de alto risco apresentam uma taxa de mortalidade de 1%-2% por ano. Os consumidores de opiáceos, face aos seus pares da mesma idade e sexo, apresentam um risco de morte de 5 a 10 vezes superior. Este risco acrescido, deve-se sobretudo à morte por *overdose*, bem como às infeções por partilha de material de consumo e prática de relações sexuais desprotegidas, acidentes, violência e suicídio. Só por *overdose*, decorrente do consumo de substâncias ilícitas, terão morrido na UE, em 2017, 8238 pessoas (EMCDDA, 2019).

O relatório publicado pela Direção Geral de Saúde (DGS) e *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) (2018), relativamente aos resultados apresentados no *Global Burden Disease 2016* respeitantes a Portugal, prova que embora as políticas face às drogas estejam a perder a sua preponderância no panorama

nacional, o consumo de substâncias continua a ter um elevado impacto na saúde dos portugueses. É de salientar que é a principal causa atribuível de anos de vida vividos com incapacidade, sendo também o principal fator de risco para a mortalidade prematura em 2016. As principais doenças relacionadas com o consumo de substâncias são as doenças cardiovasculares, cancros relacionados, bem como as cirroses e outras doenças do fígado.

Atualmente colocam-se novos desafios aos profissionais de saúde que trabalham nesta área, bem como aos decisores políticos. Os padrões de consumo estão neste momento a alterar e é frequente observar-se o policonsumo de substâncias, mas também o consumo emergente de novos estimulantes e novas substâncias psicoativas, que embora representem ainda baixos consumos na Europa, e em particular em Portugal, estão a provocar uma série de danos graves, devido ao aumento do risco de intoxicações graves e fatais, e risco acrescido de exposição accidental. Verifica-se o aparecimento de novos surtos psicóticos de difícil tratamento e identificação por parte dos profissionais de saúde, motivando sérias preocupações no que respeita à saúde e tratamento destes indivíduos, bem como preocupações derivadas da segurança e saúde pública (Socidrogalcohol, 2018).

Também a nível de mercado, todos os anos se observam novas mudanças, seja pelo estabelecimento de novos produtores, ou a criação de novas rotas de tráfico e novas substâncias, sendo que em 2013, na Europa este era um mercado avaliado em 24 mil milhões de euros, onde se verifica também o aparecimento do mercado em linha, que surge através da internet, onde muito facilmente se obtêm químicos utilizados na produção destas substâncias ou mesmo a própria substância ilícita e muito dificilmente se conseguem determinar a identidade dos vendedores e compradores, através da utilização de servidores anónimos e criptomoedas, que lhes garantem o anonimato. (EMCDDA, 2017)

Portugal e a sua política relativamente aos problemas ligados à droga, é sobejamente conhecido, foi o primeiro país do mundo a descriminalizar o consumo de todas as drogas ilícitas em 2001, em resposta aos problemas que se faziam sentir na altura, na procura de tratar estes utentes retirando-os da esfera criminal e possibilitando o tratamento, numa visão humanista e inovadora. Desde

então o fenómeno mudou, as substâncias de consumo e as tendências vão-se alterando e os problemas e as respostas têm de acompanhar também essa mudança.

O que se pretende com o presente estudo é a caracterização do perfil dos consumidores que utilizaram recentemente os serviços de tratamento especializados, comparando-os com os consumidores que já se encontram referenciados nesses mesmos serviços e perceber qual o fenómeno atual no que diz respeito aos novos consumidores referenciados pela rede.

Este trabalho encontra-se dividido em 2 partes, a primeira parte direcionada ao enquadramento teórico, constituído por 3 Capítulos principais, a Introdução, seguido de uma resenha histórica e breve descrição das políticas e dos serviços de tratamento especializados em Portugal, no Capítulo 3 faz-se referência ao modelo explicativo de doença cerebral através da neurobiologia das adições bem como a descrição de cada uma das substâncias mais relevantes para o estudo e suas implicações/consequências. Segue-se a análise dos dados estatísticos, onde o objetivo é analisar as características e traçar o perfil dos indivíduos e analisar tendências temporais através da análise descritiva. Por último são apresentadas algumas conclusões do estudo, abordando as limitações do mesmo e as sugestões para futuros trabalhos nesta área.

2. RESENHA HISTÓRICA DOS SERVIÇOS DE TRATAMENTO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

O consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, acompanha a humanidade desde há muitos milénios. Na verdade, desde a antiguidade que o desejo de modificar o estado de ânimo foi fator que contribuiu para que o homem conseguisse um conjunto de substâncias com efeitos psicoativos e que podiam ser consumidas pela busca do prazer, de efeitos terapêuticos ou em situações restritas para determinadas sessões de tipo ritual e religioso.

É no princípio do séc. XIX que são conhecidos os primeiros escritos sobre a noção de tóxico e de droga e sobre a dependência que algumas dessas drogas causavam. Será este o início da problematização do consumo de drogas, na medida que se tomaram como seguros os efeitos nocivos do seu consumo.

O fenómeno que surge no séc. XIX progride rapidamente até aos nossos dias, acompanhando a evolução sócio cultural onde os consumidores de substâncias estão inseridos sendo que, apesar de surgirem sempre novas substâncias, as grandes diferenças não se situam do lado dos produtos, mas sim do lado dos consumidores.

O consumo abusivo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, faz deste problema largamente reconhecido como um dos grandes desafios do nosso tempo. As dependências e os comportamentos aditivos não são apenas problemáticos para o indivíduo, mas também para a sociedade como um todo, com enormes repercussões sociais, económicas e de saúde pública, mobilizando uma ampla série de recursos e serviços na comunidade.

É a partir da segunda guerra mundial que esta evolução sócio cultural se acentua, uma sucessão de novas culturas emergiu e com elas a respetiva associação a consumo de drogas.

As primeiras leis publicadas em Portugal sobre o consumo e tráfico de drogas surgem na década de sessenta do século passado por arrastamento de compromissos assumidos entre o Estado Português e outros Estados que integravam a Organização das Nações Unidas (ONU).

A ONU organizou três convenções com o intuito de definir as normas a adotar no controlo das drogas, sendo um problema de elevado impacto em todos os países,

com maior ou menor expressividade na sociedade em geral. Portugal, como estado membro, fez também parte da discussão, tendo aderido e ratificado cada uma das convenções ainda hoje em vigor. A primeira foi a Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes, teve como objetivo definir de que forma se iria reduzir a procura, posse, compra e venda, importações/exportações, bem como a produção de substâncias psicoativas, no panorama internacional. Segue-se a Convenção da ONU, em 1971, sobre as substâncias psicotrópicas. Vem deste modo estabelecer um sistema de controlo das substâncias psicotrópicas, reconhece também a importância de algumas substâncias no tratamento de doenças. Por último a Convenção da ONU Contra o Tráfico Ilícito de Narcóticos e substâncias psicotrópicas, em 1988, é mais direcionada nas medidas de combate ao tráfico de droga (EMCDDA, 2011; Augusto, 2016).

Em Portugal, o início do fenómeno do consumo de drogas coincide com um período em que as medidas nacionais eram praticamente inexistentes. Até aos finais dos anos sessenta, o consumo de drogas em Portugal, reunia características particulares e muito distintas dos outros países, consequência da conjuntura política, cultural e socioeconómica do país. O país vivia um regime ditatorial que limitava a liberdade, os contactos com o exterior, a livre expressão de opinião, a abertura de fronteiras. Ser consumidor de drogas nessa altura aparecia envolto numa aura de amorismo inspirada pelas classes sociais com maior poder económico: “tratava-se de um outro mundo, ao qual os mais abastados tinham acesso” (Poiães, 1998).

Nessa altura, o consumo de drogas não era considerado um problema para a sociedade em geral, o consumo não era disseminado, era uma prática de pequenos grupos de pessoas maioritariamente de “classe alta” ou alguns artistas boémios com influências além-fronteiras, daí que não fosse um motivo de preocupação ou alarmismo (Augusto, 2016; Gonçalves et al., 2015).

No entanto, em 1963 a Lei de Saúde Mental em Portugal já previa “o tratamento do alcoolismo e de outras toxicomanias”, embora não existisse qualquer serviço ou estrutura designada para esse fim.

A expansão do consumo de drogas no nosso país, assume maior expressão nos anos 70 com a ida de um maior número de jovens para a guerra colonial, e será por esta altura que começam a surgir os primeiros problemas com os consumidores de substâncias psicoativas.

As drogas que predominavam entre os consumidores eram a Cannabis e seus derivados e o LSD. Os consumidores eram principalmente jovens, mas havia também intelectuais, poetas, escritores, etc., e o consumo destas substâncias estava muito associado a formas de contestação política e de luta pelos direitos cívicos. Estes movimentos, que tiveram início nos grandes centros urbanos dos países económico e culturalmente mais desenvolvidos, também chegaram às grandes cidades de Portugal.

É a época da criminalização do consumo, a publicação do Decreto-Lei nº 420/70 de 3 de setembro aborda o fenómeno da droga numa perspetiva criminalizadora, baseado num modelo jurídico-moral. O consumidor/dependente era visto como um indivíduo socialmente perigoso, que deve ser punido e tratado numa perspetiva de defesa social, ignorando aspetos ligados à proteção da saúde pessoal e pública. No entanto, começa a haver entre a classe médica a noção de que este é um problema de saúde e é neste sentido que em 1973 surge, no Hospital de Santa Maria em Lisboa, a primeira consulta de psiquiatria dirigida a consumidores de substâncias psicoativas. Esta consulta é inicialmente realizada de forma oculta, devido ao enquadramento legal dos consumidores em Portugal. Mais tarde é autorizada, no entanto manteve-se o impedimento de internar utentes toxicodependentes (Augusto, 2016).

Com o 25 de Abril de 1974 chega a Portugal a liberdade, o contato com o exterior, a abertura de fronteiras. O consumo de drogas aumenta, mas é com o processo de descolonização em 1975 que os problemas com os consumos de drogas ganham maior dimensão em Portugal e uma nova estratégia começa a ser implementada.

Na dependência da Presidência do Conselho de Ministros, são criadas as primeiras estruturas para fazer face a este novo fenómeno, nomeadamente o Centro de Estudos da Juventude, ao qual competia uma vertente mais preventiva e de tratamento médico-social, e o Centro de Investigação Judiciária da Droga, com atuação na área da repressão e fiscalização do tráfico ilícito de drogas.

Mas é o Decreto-Lei nº 792/76, que vem reestruturar estes serviços. O combate à droga começa a ser feito, em termos policiais, pelo Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD), que visava a investigação, fiscalização e repressão criminal e, o contexto clínico e psicossocial fica na competência do Centro de Estudos de Profilaxia da Droga (CEPD), direcionado para o estudo da

problemática relativa ao consumo de drogas, do seu tratamento médico e social, assim como ao estudo de medidas de prevenção dos consumos. O tratamento médico-social começa a fazer parte integrante do processo de toxicodependência. Tratamento que era efetuado com relativa independência em relação a medidas de carácter policial e judicial apesar de, quer o CICD quer o CEPD, estarem sob a tutela do Ministério da Justiça. Em 1977 foram criados três Centros Regionais (CEPD de Lisboa, Coimbra e Porto) com competências nas áreas da prevenção, do tratamento e da reinserção.

Nos finais dos anos 70 e nas décadas de 80/90 o consumo de heroína constituiu-se como a tendência dominante, a que se associava muitas vezes o uso e abuso de medicamentos psicotrópicos.

A droga que nas décadas anteriores estava associada às elites saiu do contexto dos intelectuais e artistas, invadiu as cidades e aldeias, atingindo de forma muito intensa os bairros sociais mais pobres e socialmente mais desfavorecidos. O consumo atravessa toda a sociedade: abrange todas as classes sociais e profissionais, culturas, religiões e todas as idades.

A procura e o consumo das drogas começam a estar associados a fenómenos de marginalidade e exclusão, com grande predomínio nas áreas mais pobres e desfavorecidas. Ao mesmo tempo, e face ao elevado número de consumidores por via endovenosa, começam a surgir graves problemas de saúde pública, mortes por *overdoses*, aumento de infeções VIH/SIDA, Hepatites B e C, Tuberculose.

O consumo de drogas tinha então um claro significado social, dando suporte às teorias que as entendiam como um fator causador de desordem social e de insegurança: “é a droga que faz o toxicodependente” e, portanto, se é a substância que faz o mal, é a ela que se deve fazer a guerra.

Nestas décadas a maioria da população portuguesa considerava o problema da droga como a principal preocupação para a sociedade portuguesa.

Face ao aumento significativo de consumidores de drogas em Portugal e aos graves problemas de saúde pública e para o próprio toxicodependente, que as dependências estavam a originar, o Ministério da Saúde cria as primeiras unidades de tratamento: o Centro das Taipas, em Lisboa, os Centros Regionais de Alcoologia norte, centro e sul e o Projeto Vida um serviço que englobava a prevenção primária.

Em 1988, surge o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), que é o primeiro organismo central do Estado, no combate às drogas, pertencente ao Ministério da Saúde. Nesta fase verifica-se em Portugal a existência de um número elevado de consumidores de risco de heroína, bem como a prevalência de casos de VIH/SIDA e hepatites B e C entre a população consumidora era considerada motivo de alarme. Novas abordagens terapêuticas vão sendo implementadas, o que vem permitir uma oferta de tratamento com várias abordagens terapêuticas. O objetivo continuava a ser a abstenção nos consumos de drogas, mas a forma de lá chegar podia passar por várias fases, ao contrário dos tratamentos anteriores cujo único objetivo era a abstinência de consumos. Surgem os programas de substituição com metadona em 1977, programas com naltrexona em 1986, um antagonista opiáceo, ou o internamento prolongado em comunidades terapêuticas. Valoriza-se a formação e a experiência dos profissionais da área, que vai contribuir imenso para a evolução favorável do tratamento das dependências em Portugal. É detetada a necessidade de se iniciar um programa de redução de riscos e minimização de danos, tendo sido implementadas medidas como a troca de seringas nas farmácias, bem como o apoio no tratamento da dependência na população reclusa (Augusto, 2016; SICAD, 2020b).

Neste contexto, em 1987, o governo decidiu atribuir ao Ministério da Saúde o tratamento da toxicodependência, dando origem a uma viragem nas políticas públicas no sentido de integrar a abordagem das toxicodependências no âmbito da saúde. A rutura com a filosofia criminal face ao consumo de drogas adquire saliência quando o Ministério da Saúde começa a adotar uma atitude mais flexível influenciada pelo quadro compreensivo do fenómeno do consumo de drogas numa vertente psicossocial.

Em 1995 Portugal é contemplado com a instalação do Observatório Europeu das Drogas e Dependências que tem a seu cargo a monitorização do fenómeno das drogas nos países europeus, reforçando assim a qualidade do trabalho que vinha sendo realizado no nosso país.

Pelo Decreto-Lei n.º 43/94 formaliza-se a integração de todos os serviços públicos da toxicodependência no SPTT, e em 1997, afirmou-se a necessidade da existência de uma rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de

toxicodependentes, que congrega Unidades de Atendimento, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas.

A rede de serviços públicos passa a garantir a existência de, pelo menos, uma unidade de atendimento de toxicodependentes por cada distrito e de unidades de desabilitação, de alcoologia e de comunidades terapêuticas, próprias ou convencionadas, na base de uma cama por 100.000 habitantes ou por 10.000 habitantes, respetivamente.

Neste momento a rede de serviços públicos para os comportamentos aditivos e dependências contempla 45 Equipas de Tratamento, 4 Unidades de Desabilitação, 3 Unidades de Alcoologia e 3 Comunidades Terapêuticas. Há ainda 1.516 camas contratualizadas em Comunidades Terapêuticas privadas.

Em 1999 foi aprovada a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), representando um marco significativo em matéria de produção legislativa na área de luta contra a droga e em 2000, foi criado o Conselho Coordenador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e da toxicodependência, para assegurar a política do Governo em todas as áreas constantes na ENLCD.

2.1. Lei da Descriminalização em Portugal

Após um estudo do Eurobarómetro realizado em Portugal em 1997, o consumo de substâncias surge como a principal preocupação social da população, sendo um problema, como referido anteriormente, que atravessava todas as classes sociais e as famílias lidavam de perto com familiares e pessoas próximas que tinham problemas de dependência relacionados com substâncias, nomeadamente a heroína. Por essa altura, este tornou-se um problema prioritário da saúde pública, com necessidade de intervenção e investimento. Desse modo o Governo convocou um grupo de peritos, de forma a criar uma Comissão, a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga¹. Das recomendações que surgiram do trabalho desenvolvido por este grupo, destaca-se a descriminalização do consumo de qualquer substância psicoativa. O que se pretende com esta medida

¹ Despacho nº 3229/98, Diário da República Série II, 16 de Fevereiro de 1998

é a remoção destes indivíduos consumidores de drogas da esfera criminal, acabar com o estigma relacionado, e desse modo trazer os indivíduos para tratamento. Além disso o Governo deveria adotar também novas medidas a nível de prevenção, redução de danos e investir na melhoria dos serviços existentes para o tratamento das dependências (Augusto, 2016; Domostawski, 2011; SICAD, 2020b).

O primeiro plano de ação no âmbito das drogas é criado em 1999, denominado de Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga², que se baseava nos aspetos fundamentais da cooperação internacional, enquadramento legal, prevenção, tratamento, o combate ao tráfico e branqueamento de capitais e a investigação científica. Em 2000, verifica-se também uma aposta crescente nas políticas de Redução de Risco e Minimização de Danos, bem como a implementação da Lei da Descriminalização das Drogas³ e a criação das Comissões da Dissuasão da Toxicodependência (CDT)⁴ em 2001 (Martins, 2013; Greenwald, 2009).

A criação das CDT tem como objetivo informar e dissuadir os indivíduos consumidores de droga, sendo a sua prioridade a intervenção precoce em situações de risco. Foi criada uma tabela que contém as quantidades estabelecidas por lei para um consumo individual de 10 dias, para cada droga. Na prática um indivíduo que seja detetado pelas forças de segurança a consumir, na posse ou na compra de uma qualquer substância ilegal incorre de uma contra-ordenação e é desse modo encaminhado às CDT do seu distrito de residência, após a elaboração de um relatório e da apreensão da substância. Acima dos valores definidos na lei, a posse, consumo ou compra continuam a ser considerados crime, como eram anteriormente. Existe assim por cada distrito pelo menos uma CDT, para dar resposta aos processos administrativos dos indivíduos que forem intercetados e referenciados para as comissões. Estas são constituídas por 3 elementos, um elemento pertencente ao Ministério da Justiça, e outros 2 elementos nomeados pelo Ministério da Saúde e Serviço de Intervenção nos comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), com formação na área da

² Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, Diário da República Série I B, de 26 de Maio de 1999

³ Lei n.º 30/2000, Diário da República I Série A, 29 de Novembro de 2000

⁴ Decreto-Lei n.º 130-A/2001, Diário da República I Série A, de 23 de abril

saúde e serviço social. Aí é feita a avaliação do risco e da motivação do consumidor para a mudança do seu comportamento, bem como para a procura de tratamento dos seus possíveis problemas junto dos serviços especializados disponíveis. Quando o indivíduo recusa o tratamento voluntário, que é habitualmente a primeira abordagem das comissões, as sanções a aplicar ao indivíduo podem ser coimas, prestação de serviço gratuito na comunidade ou apresentações periódicas em lugar a definir. Sempre que são aplicadas sanções a estes indivíduos, note-se que nada passa a constar no seu Registo Criminal.

Falamos de despenalização quando o consumo de drogas se mantém como ofensa criminal, no entanto deixa de ser aplicada a pena de prisão para os indivíduos que forem apanhados a consumir. Por outro lado, a descriminalização é a remoção das punições a nível criminal, no entanto existem sanções resolvidas no âmbito administrativo (Greenwald, 2009; Martins, 2013). Quanto à legalização das drogas, que é a remoção completa das sanções, tornando um comportamento legal, sem instrução criminal ou punição administrativa (como acontece com o álcool ou o tabaco), é um tema muito debatido atualmente, não foi ainda adotado por nós, existe a crença de que essa abordagem cria uma ideia errada de banalização do consumo e que esta não deve ser apenas uma decisão pessoal, uma vez que o uso de drogas é nocivo e pode traduzir-se em consequências não só para indivíduo mas também em consequências com elevado impacto social. Desse modo Portugal conseguiu manter-se em conformidade com as Convenções da ONU, sendo que estas requerem aos países sanções aos consumidores, no entanto não especifica qual o tipo de sanções a aplicar.

Muitas foram as vozes que contestaram a adoção desta nova abordagem aos consumidores de drogas, temia-se que estas políticas conduzissem a um aumento do consumo destas substâncias, ou que Portugal se tornasse num destino atrativo para consumidores de outros países, no entanto isso não aconteceu.

Desde 2001 que se observaram uma série de resultados positivos na saúde: a redução do consumo de drogas entre os grupos vulneráveis, o aumento do número de pessoas que procuram tratamento, a redução da transmissão de HIV e novos casos de SIDA entre consumidores de drogas e a redução também do número de mortes relacionadas com drogas, são o resultado desta política

(Gonçalves et al., 2015; Greenwald, 2009). As drogas e toxicodependências, em 2009 passam assim a ocupar o 13º posto num novo estudo realizado pelo Eurobarómetro quanto às principais preocupações da sociedade portuguesa, resultado também dos ganhos evidenciados (SICAD, 2020b). No entanto o impacto da descriminalização, não deve ser avaliado apenas por si só, traduzindo também o resultado do investimento substancial nos serviços de tratamento e redução de danos.

Em Portugal, houve uma redução de 18% nos custos sociais nos primeiros 10 anos desde a descriminalização. A redução desses custos deve-se sobretudo ao aumento da produtividade, diminuição do número de reclusos e à redução dos custos indiretos de saúde associados (nomeadamente no que respeita à diminuição da transmissão de HIV e mortes relacionadas com drogas) (Gonçalves et al., 2015).

A redução dos custos associados, teve também uma redução significativa a nível judicial, sobretudo pela diminuição do número de indivíduos nas prisões por consumo de substâncias. Com a descriminalização, os delitos relacionados com drogas, reduziram de 14.000/ano em 2000, para 5.000-5.500/ano após a descriminalização e o número de reclusos nas prisões, por crimes relacionados com drogas, tinha uma prevalência sobre 44% do total de reclusos, desceu para os 24% em 2013, o que resultou na redução da lotação das prisões. Estas políticas permitiram também que a polícia e meios judiciais tivessem mais tempo e mais recursos, alocados a outras necessidades verificadas (Gonçalves et al., 2015).

O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), formado em 2002, que resulta da fusão do serviço de SPTT e IPDT, integrando assim a conjugação do planeamento, conceção, gestão, operacionalização no que à matéria das drogas diz respeito, sendo este também um organismo central do estado, dotado de autonomia. Durante o anterior Governo, marcado pela crise económica que se fez sentir, levou à extinção do IDT⁵ e à criação do SICAD⁶. Os serviços operacionais foram então alocados às Administrações Regionais de Saúde (ARS⁷), e ao SICAD

⁵ Decreto-Lei n.º 124/2011, Diário da República I Série, 29 de Dezembro de 2011

⁶ Decreto-Lei n.º 17/2012, Diário da República I Série, 26 de Janeiro de 2012

⁷ Decreto-Lei n.º 22/2012, Diário da República I Série, 30 de Janeiro de 2012

foram designadas as funções de planeamento monitorização e avaliação. De uma forma súbita, é extinto um serviço que compreendia um modelo de atuação, considerado internacionalmente como um exemplo, dando lugar a um serviço, que ainda hoje se encontra na indefinição, com necessidade de encontrar um novo rumo, maior investimento e clarificação da sua posição no futuro, caso contrário podemos vir a observar o ressurgimento de uma problemática que neste momento se encontra aparentemente controlada (Freitas, 2017; Goulão, 2016).

2.2. Rede de Referência/ Articulação dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

Da reorganização operada pelo Ministério da Saúde, ficou a cargo das ARS a componente de operacionalização das políticas de saúde/ execução dos programas de intervenção local em matéria dos comportamentos aditivos e dependências, que estavam anteriormente atribuídas ao IDT. Dessa extinção, resultou a integração das unidades de intervenção local e a criação de uma Equipa Multidisciplinar, para a área da Coordenação Regional, com enfoque na intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, posteriormente designado de Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), tendo sido criada também uma rede operacional neste âmbito, a Rede de Referência/Articulação, que assenta nos princípios da:

- Centralidade no cidadão
- Acessibilidade
- Gravidade/Severidade dos consumos e comportamentos
- Territorialidade
- Diferenciação funcional
- Recursos Disponíveis

A Intervenção a nível da rede está diferenciada em 3 níveis (I, II e III). No nível de Intervenção I estão envolvidos os cuidados de saúde primários, principalmente através das consultas de saúde familiar e das consultas de resposta aos CAD.

Nestes estão incluídos os agrupamentos dos centros de saúde (Unidade de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recurso Assistenciais Partilhados). A este nível espera-se que os profissionais identifiquem e intervenham precocemente nos sinais de alarme relativamente aos comportamentos aditivos e dependências (CAD), nos consumos de risco e nas perturbações de comportamento. A este nível intervêm também as Unidades de Intervenção Local e os Centros de Resposta Integrados (CRI), enquadrados nas estruturas locais e de proximidade, com atuação no âmbito da Prevenção Seletiva e Indicada e de projetos de intervenção comunitária. A nível local existem ainda as CDT, referenciadoras de indivíduos em contraordenação pelo consumo, aquisição e detenção para consumo próprio de substâncias psicoativas ilícitas, que são encaminhados pelas forças de segurança (SICAD, 2013).

No nível II estão envolvidos os cuidados de Saúde Especializados, designadamente os CRI, através das Equipas Técnicas Especializadas na Intervenção dos CAD, as Unidades de Alcoologia, as Comunidades terapêuticas Públicas, Centros de Dia, mas também as Unidades/Equipas de Saúde Mental. O acesso a estes serviços é feito através da referência dos cuidados de Saúde Primários, ou por solicitação direta do utente ou dos profissionais de saúde. Os utentes podem ainda ser referenciados através dos serviços hospitalares, serviços com intervenção nos CAD, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, pelas CDT, Tribunais ou outras entidades. É nos CRI que as Equipas Técnicas Especializadas preconizam o Modelo de Tratamento Integrado, numa abordagem multidisciplinar no âmbito dos CAD, com o auxílio a diversos recursos terapêuticos, nomeadamente programas específicos de tratamento, Redução de Riscos e Minimização dos Danos (RRMD), programas de reabilitação/reinserção, em articulação (em momentos simultâneos ou sucessivos) tendo em conta o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente, da família ou envolventes e o seu prognóstico. Também a este nível as Equipas de RRMD, que atuam em parceria e complementaridade com as equipas especializadas e instituições promotoras de programas e estruturas sócio sanitárias de RRMD. Têm um papel importante e relevante na redução da procura, diminuição dos consumos e

reinserção social, atuando de forma mais próxima e alternativa das outras áreas de intervenção (SICAD, 2013).

Os CRI's e as outras unidades de tratamento especializadas, as Unidades de Desabilitação, Unidades de Alcoologia e as Comunidades Terapêuticas são os principais intervenientes, no que respeita ao nível III da Rede de Referência/Articulação nos CAD, além destas unidades fazem parte integrante também os Serviços Locais de Saúde Mental e os Serviços Hospitalares das outras especialidades, que em caso de necessidade é estabelecida a articulação com os mesmos. Nas Unidades de Desabilitação são encaminhados os utentes dos vários níveis da Rede de Referência. Este é um serviço de internamento programado de curta duração, normalmente entre 7 e 14 dias, que pode ser superior em casos de utentes com maior comorbilidade associada. Aqui são realizados tratamentos com vista à minimização das síndromes de privação de heroína e outros opiáceos, abstinência de álcool, benzodiazepinas e outras substâncias. São também realizadas a indução, estabilização, ajuste ou cessação de programas de manutenção com agonista opiáceo (metadona ou buprenorfina) e/ou indução do tratamento com antagonista (naltrexona ou dissulfiram). Durante o internamento, enquanto projeto terapêutico, há uma preocupação efetiva na articulação com a família ou outras instituições envolvidas no processo de reinserção do utente, ajuste psicofarmacológico ou adesão a terapêutica antirretroviral (SICAD, 2013).

2.3 A situação do país em matéria de drogas e álcool

Anualmente o SICAD compõe um relatório relativo à situação do país em matéria de droga e álcool. Estes relatórios anuais contêm a informação de vários estudos nacionais realizados, bem como os dados reportados pelos diversos intervenientes nesta área, tornando-se assim numa ferramenta importante seja na avaliação do fenómeno atual em Portugal relativo ao consumo de substâncias e suas consequências, permitindo observar as tendências, mas também como ferramenta de monitorização das estratégias implementadas.

De acordo com os relatórios disponíveis, no que respeita à prevalência de consumo de substâncias psicoativas na população geral (15-74 anos) observa-se uma prevalência de 10% ao longo de toda a vida, 5% nos últimos 12 meses e de 4% nos últimos 30 dias. As principais substâncias consumidas foram a cannabis, a cocaína e ecstasy, sendo a população compreendida entre os 15-34 anos a que apresenta prevalências de consumo recente mais elevadas. Apesar de se verificar um aumento e agravamento do consumo de cannabis entre 2012 e 2016/17, a prevalência de consumo desta substância apresenta-se ainda abaixo da média europeia. No que respeita ao Inquérito Anual realizado no Dia da Defesa Nacional (jovens de 18 anos) as prevalências apontam para um consumo de qualquer droga de 36% ao longo da vida, 28% nos últimos 12 meses e 17% nos últimos 30 dias (SICAD, 2019b).

Quanto ao tratamento das toxicodependências, estiveram na rede 25.582 utentes em tratamento ambulatorio na rede pública. Foram iniciados 3.461 tratamentos a indivíduos com problemas relacionados com o consumo de substâncias, tendo sido admitidos 1.858 novos utentes e 603 utentes dizem respeito a readmissões, verificando-se assim um decréscimo de utentes em ambulatorio, no entanto com o aumento de número de indivíduos que iniciaram tratamento. A heroína mantém-se como a droga principal referida pelos utentes em tratamento, sendo que nos novos utentes verifica-se que a droga principal é a cannabis e a cocaína que surgem assim à frente da heroína.

Observa-se também um aumento das mortes, com 51 mortes relacionadas com o consumo de substâncias segundo os critérios estabelecidos pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), 42 das quais foram atribuídas a intoxicação acidental ou intencional. Nos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), em 2018 ocorreram 307 mortes, onde foi encontrada a presença de pelo menos uma substância psicoativa, metabolito no organismo e com informação da causa de morte. Destas mortes ocorreram 49 *overdoses* (um aumento de 29% entre 2017 e 2018), sendo na sua maioria detetada a presença de opiáceos (65%), cocaína (51%) e metadona (31%). Em 92% dos casos destaca-se a presença de mais do que uma substância ilícita no organismo, 45% com a presença também de álcool

e em 20% dos casos foram detetadas também benzodiazepinas. Quanto à mortalidade relacionada com o VIH na população toxicodependente, em 2018 ocorreram 91 óbitos por VIH, sendo que mantém a tendência decrescente no número de mortes, bem como nos novos casos de diagnóstico associado a esta população.

No que em matéria de álcool diz respeito, no inquérito realizado também na população entre 15-74 anos, as prevalências de consumo ao longo da vida são de 85%, nos últimos 12 meses 58% e nos últimos 30 dias 49%. Dos consumidores atuais, consomem álcool diariamente quase 43% dos indivíduos (maioritariamente vinho ou cerveja). Nos dados referentes ao consumo *binge* e embriaguez severa os dados dos últimos 12 meses, apontam para uma prevalência de 10% e 5%, (respetivamente) na população geral, e de 11% e 7% (respetivamente) na população com idades compreendidas entre os 15-34 anos. Quanto ao consumo de risco elevado/nocivo, temos cerca de 2,8% da população entre os 15-74 anos e 0,8% da população na mesma faixa etária dependente. Este último relatório alerta também para o aumento do consumo entre as mulheres e entre a população mais envelhecida (SICAD, 2019a).

Quanto ao número de indivíduos em tratamento por uso de álcool, em 2018 estiveram 13.422 utentes em ambulatório, sendo que se verificam 1.202 readmissões e 3.403 primeiras admissões.

Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), mostram-nos que ocorreram 2.442 óbitos em 2017 por doença atribuível ao álcool. São atribuíveis ao álcool a perda média de 12,1 anos de vida. Já em 2018, segundo os dados do INMLCF, foram detetados 1087 óbitos com presença de álcool, 172 vítimas mortais em acidentes de viação, com possível influência do álcool (Taxa de álcool no sangue (TAS) $\geq 0,5$ g/L), 75% eram condutores, 22% peões e 3% passageiros. Em 2018 foram registados também 18 289 crimes por condução com uma TAS $\geq 1,2$ g/L, representando 41% do total de crimes contra a sociedade e 5% da criminalidade registada em 2018.

Relativamente aos 26.432 casos de violência doméstica, 41% sinaliza o denunciado como tendo problemas relacionados com o consumo de álcool. Também num estudo realizado em 2014 pelo INCAMP, 28% dos reclusos declararam estar sob o efeito de álcool quando cometeram os crimes. Relativamente aos jovens que se encontram em Centros Educativos, num outro estudo realizado em 2015, 42% dos inquiridos refere estar sob o efeito do álcool quando cometeu os crimes (SICAD, 2019a).

3. COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

A dependência de substâncias é um tema que ainda hoje gera por vezes enorme discordância sendo muitas vezes incompreendida pela população em geral. O facto destes utentes só em 2000/2001 com a alteração da lei, serem incluídos no Ministério da Saúde diz muito da maneira como são vistos pela população. Deste modo importa abordar alguns conceitos chave sobre os comportamentos aditivos e dependências, bem como fazer uma breve passagem pela adição, percebido como doença e comprovado através de inúmeras alterações neurobiológicas, nos indivíduos consumidores.

A doença da adição como doença cerebral, integra um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolve após experienciação repetida a estímulos psicoativos que produzam estados emocionais positivos (sentidos como agradáveis/recompensadores). Estes estímulos podem ser desencadeados por substâncias psicoativas ou por atividades que deem prazer (jogo, internet, sexo, etc.) (NIDA, 2018).

Substância psicoativa com capacidade aditiva ou droga é qualquer substância farmacologicamente ativa no Sistema Nervoso Central, que quando introduzida no organismo produz alterações, com danos a nível da consciência, funções psíquicas básicas e construção ou alteração do processo do pensamento assim como alterações dos processos senso percetivos e com isto tudo, alterações também do comportamento (Socidroalcohol, 2018). Neste grupo de substâncias psicoativas incluem-se não apenas as drogas ilícitas, como também o álcool, tabaco e outros fármacos (psicofármacos) ou outros produtos, por exemplo os dissolventes voláteis.

Adição é uma doença crónica recidivante, caracterizada pela compulsividade na obtenção e consumo das substâncias de abuso, perda de controlo nas quantidades de consumo e o aparecimento de estados emocionais negativos, que refletem a síndrome de abstinência quando o indivíduo não tem acesso à substância (Kobb e Volkow, 2009; NIDA, 2018; Volkow et al. 2016). A sua etiologia

resulta de interações complexas entre variáveis genéticas, neurobiológicas, psíquicas, psicológicas e ambientais (NIDA, 2018; OMS, 2004; Socidrogalcohol, 2018).

O termo dependência de substâncias psicoativa, é o termo utilizado para definir o estado psíquico e às vezes físico, resultante da interação de um organismo com uma droga, caracterizado por um conjunto de respostas comportamentais que incluem a compulsão de consumir a substância de forma continuada como forma de experienciar os seus efeitos psíquicos ou de evitar sensação desagradável que a sua falta provoca. Os fenómenos de tolerância podem estar ou não presentes. Um indivíduo pode ser dependente de mais do que uma droga (Socidrogalcohol, 2018).

Segundo a OMS (2004), a dependência deve ser percebida como um conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentais e fisiológicos que exigem a utilização de critérios de referência para a sua delimitação e diagnóstico:

- a) evidência subjetiva de comportamentos compulsivos dirigidos ao consumo de droga
- b) o desejo de parar o consumo
- c) a presença de comportamentos disruptivos
- d) a evidência de neuro adaptação com fenómenos de tolerância e abstinência; predomínio dos comportamentos na procura/obtenção de drogas descurando outras ações prioritárias
- e) facilidade de recaída e consumo compulsivo após um período de abstinência

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V), da *American Psychiatric Association* (2014), estão também descritos quais os critérios relacionados com as perturbações do uso de substâncias. Para que o uso das substâncias seja considerado dependência, devem estar presentes pelo menos 2 dos 11 critérios definidos, que são os seguintes:

1. Aumento da quantidade ou do período de consumo da substância por um período superior ao desejado pelo indivíduo;

2. Desejo de reduzir ou cessar os seus consumos, no entanto sem o conseguir;
3. Dispensa da maioria do seu tempo pessoal, na procura da substância e dos efeitos do seu consumo;
4. *Craving*;
5. Disfunção social;
6. Manutenção do consumo, apesar da existência de problemas derivados do consumo;
7. Abandono das suas atividades importantes, sejam elas o trabalho, relacionamento social ou familiar de forma a consumir;
8. A utilização da substância em situações em que é fisicamente perigosa;
9. Mesmo tendo conhecimento de que a substância pode ter causado algum problema, seja ele físico ou psicológico, mantém o uso da substância;
10. Efeito de tolerância;
11. Abstinência.

A dependência de substâncias também se encontra descrita na *International Classification Diseases* (ICD-10), pela OMS (1992), sendo similar à definição da DSM-V. Define a dependência de substâncias como um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que com o aumento do consumo da substância, leva a um aumento da sua relevância, face a outros comportamentos que previamente assumiam um papel importante no indivíduo. É caracterizada pelo desejo exacerbado pelo consumo da substância psicoativa, surgindo também evidência de que uma recaída nos consumos (após um período de abstinência) leva a um aparecimento mais rápido dos sintomas deste síndrome de dependência, o que não se verifica em indivíduos não dependentes.

Neste caso, para que seja realizado o diagnóstico de dependência, devem ser verificados no indivíduo, no ano anterior, pelo menos 3 dos seguintes critérios:

1. Desejo forte/ intenso e compulsividade na procura da substância psicoativa de consumo;
2. Dificuldade em controlar esse consumo;
3. Existência de sintomatologia de privação;
4. Existência do efeito de tolerância;

5. Desinteresse em realizar atividades que proporcionem prazer;
6. Manutenção do consumo apesar dos seus efeitos nefastos verificados.

Estes critérios fazem parte de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais ou fisiológicos do indivíduo com perturbação relacionada com o uso de substâncias. Têm subjacente uma fundamentação científica, através do estudo da neurobiologia das adições, que irá ser abordado de seguida, bem como alguns conceitos fundamentais necessários para a perceção deste modelo de doença.

Síndrome de abstinência é o conjunto de sinais ou sintomas que surgem após a cessação do consumo de uma substância da qual o indivíduo está dependente. Existem 3 tipos de abstinência, são eles a abstinência aguda, tardia ou condicionado. A síndrome de abstinência agudo acontece quando há uma cessação brusca do consumo de substâncias com sinais e sintomas orgânicos e psíquicos. Cada substância provoca esses sinais ou sintomas de acordo com as suas características farmacológicas (OMS, 2004; Socidrogalcohol, 2018). A intensidade dos sintomas depende da quantidade consumida habitualmente e do tempo de dependência. A maioria dos consumidores temem esta síndrome, desenvolvem um medo por vezes irracional e comportamentos de procura, de meios de poderem comprar mais substâncias, onde por vezes chegam a cometer delitos. Esta síndrome tem a duração habitual de 4 a 12 dias, que depois deste período já é considerado síndrome de abstinência tardio (Socidrogalcohol, 2018).

A síndrome de abstinência tardia ou prolongada são alterações que persistem durante um longo período, após a cessação dos consumos (em abstinência). Causa transtornos não só psíquicos como também físicos, de pouca intensidade, no entanto podem ser muito incapacitantes para a pessoa. Repercute-se essencialmente numa menor qualidade de vida e contribui para o precipitar dos processos de recaída (Socidrogalcohol, 2018).

Existe ainda a síndrome de abstinência condicionada, que consiste no aparecimento da sintomatologia idêntica à da síndrome de privação aguda, no entanto, sem que tenha havido algum consumo recente e surge quando o

indivíduo está exposto aos estímulos ambientais que estavam previamente associados aos seus consumos durante a dependência. Quando a síndrome é considerada mais intensa, provoca um grande mal estar, gerando quadros de ansiedade e medo, com vontade de consumir.

O efeito de tolerância é o processo que obriga a aumentar progressivamente a quantidade de substância consumida de forma a manter os efeitos desejados. O *craving* é o desejo incontrolável de consumir, provocado por ideias, recordações e estímulos condicionados, situações stressantes, etc. é uma situação difícil de controlar pelo utente e que propicia a procura das substâncias. O desejo de obter prazer e bem estar com o consumo de uma substância pode atuar como um reforço positivo que aumenta a frequência do consumo e progressivamente o aumento da quantidade, devido ao efeito de tolerância. Por outro lado, existe também o efeito de reforço negativo, que ocorre quando o consumidor procura aumentar a frequência e a quantidade da substância de consumo como forma de evitar o mal estar gerado pelo *craving* ou síndrome de abstinência (OMS, 2004; Socidrogalcohol, 2018).

O processo de desintoxicação, é o processo pelo qual se consegue fazer que o dependente interrompa o consumo, sem que experiencie uma síndrome de abstinência aguda, de maior intensidade. O tratamento de desabituação da maioria das substâncias consumidas atualmente é realizado num período de 7-14 dias e não tem grandes riscos para o utente. Depois deste processo de desintoxicação/desabituação o utente passa por uma etapa, em que tem de lidar com a síndrome de abstinência tardia ou condicionada. É um processo longo e complexo, onde é importante que o utente adquira capacidades de estratégias terapêuticas que lhe permitam lidar com estes fatores (Socidrogalcohol, 2018).

3.1. Neurobiologia das Adições

O álcool e outras drogas, são substâncias químicas que modificam o funcionamento de determinados sistemas de neurotransmissores e circuitos cerebrais, com alterações a nível cognitivo, emocional, motivacional e comportamental. A sua administração aguda, causa alterações que são transitórias e que revertem quando o efeito da substância também termina. No entanto o seu consumo prolongado ou crónico pode provocar alterações na memória e modular as conexões e vias neuronais, provocando alterações de longa duração no funcionamento normal do cérebro, deixando a pessoa mais vulnerável à recaída.

Estas substâncias ativam o circuito de recompensa cerebral (reforço positivo e negativo), que utiliza os mesmos mecanismos fisiológicos das recompensas naturais (como beber água, procura de comida ou atividade sexual). Quanto mais intensos tiverem sido esses reforços de determinada substância, mais persistentes serão também as recordações relacionadas com esse consumo e maior será o *craving* por voltar a consumir novamente. O consumo destas substâncias psicoativas, criam no indivíduo um estado de necessidade que se torna mais importante do que outras atividades do quotidiano e interesse da pessoa, com a diminuição progressiva do auto controlo sobre o consumo (HHS, 2016; Koob & Volkow, 2010; Volkow, 2016).

O consumo de substâncias psicoativas tem um efeito de recompensa na pessoa, com a libertação de dopamina. A libertação de dopamina, que é transmitida até às estruturas límbicas e do córtex frontal, são ativados em resposta a estímulos de reforço natural ou primário, que são aqueles que têm importância para o indivíduo a nível de sobrevivência. A libertação de dopamina para os estímulos primários, desenvolve rápida tolerância e habituação, no entanto para as substâncias psicoativas, quando consumidas pelo indivíduo, têm um efeito diferente, podendo fazê-lo de maneira crescente. Provoca no indivíduo um efeito insaciável e apelativo com incentivos que levam a pessoa a ter um desejo aumentado quando desenvolve uma sensibilidade a nível do sistema dopaminérgico. Com a exposição repetida a uma substância, as células dopaminérgicas deixam de ser

ativadas em resposta ao consumo, passando a ser ativadas de forma antecipada, designado de estímulo condicionado (HHS, 2016; Volkow, 2016).

Durante muito tempo pensou-se que o consumo de drogas seria uma maneira de evitar os efeitos adversos, reconhecidos como síndrome de abstinência, ou como maneira de alterar o estado da pessoa, nomeadamente o seu estado negativo, fosse, humor disfórico (fosse pelo sentimento de tristeza, ansiedade, fobias, stress, irritabilidade, etc.) e os comportamentos que estes geram. No entanto hoje sabe-se que existe um efeito de recompensa positivo no consumo destas substâncias. Isto foi demonstrado através do consumo continuado de substâncias mesmo sem que a pessoa sentisse os efeitos adversos da privação, conhecido como síndrome de abstinência. A motivação exagerada pela procura e consumo da substância acontece quando se atinge um estado de sensibilização do sistema de recompensa meso-límbico, que tem um papel importante na atribuição de relevância aos estímulos. Por outro lado, o consumo repetido da substância, o consumo crónico, conduz a um estado que diminui este circuito de recompensa, onde surgem então os fatores de *stress* que contribuem para os estados emocionais negativos, aumentando a necessidade de consumo da substância (HHS, 2016; Volkow, 2016).

O efeito de reforço negativo ocorre quando o processo de adição se encontra em fases mais avançadas/ tardias, em que os efeitos de reforço positivo, são cada vez menos habituais devido à tolerância do indivíduo e ao estado de diminuição da sensibilidade do circuito de recompensa. No entanto persistem os efeitos de reforço negativos, com necessidade de alívio do mal-estar ou síndrome de abstinência. As drogas podem aliviar de maneira rápida (embora de forma transitória) os estados de ansiedade, insónias, fobias, humor disfórico, angustia, culpabilidade, depressão, insegurança, etc. A pessoa percebe que o consumo da substância a ajuda a sentir-se melhor evitando ou melhorando os estados referidos anteriormente. Quando a pessoa consome não está a pensar no efeito que sucede após o consumo da substância (após horas ou dias), procurando sim o efeito imediato de alívio (HHS, 2016; Volkow, 2016).

Segundo Volkow et al. (2016) o modelo de doença cerebral da adição tem subjacente a ideia e salienta a importância da efetividade das medidas preventivas, intervenções no tratamento, bem como as políticas de saúde, sendo esta uma doença bio-psico-social. O modelo de adição resulta do comportamento repetido de consumo da substância, desenvolvendo-se em 3 fases principais. São elas a fase de intoxicação/ consumo abusivo, fase de ressaca e a fase de preocupação e antecipação.

A primeira fase surge com o consumo da substância, e conseguinte aumento da libertação de dopamina como sinal de recompensa pelo seu comportamento. Com a exposição repetida ao estímulo que precede o consumo, a libertação de dopamina pode ocorrer mesmo antes do consumo, sendo um estímulo condicionado. Verifica-se a libertação de dopamina através de estímulos ambientais associados à repetição do consumo, seja pelo sítio onde habitualmente consome, seja pelas pessoas com quem consome, ou outros comportamentos associados ao consumo, gerando o *craving* caracterizado pelo comportamento compulsivo na procura da substância. Também é observável a diminuição da libertação de dopamina em relação aos estímulos naturais.

Na segunda fase, surge a fase de abstinência e sintomatologia de privação. Num indivíduo adicto, o sistema de recompensa dopaminérgico e motivacional, são direcionados e condicionados de uma forma muito significativa para a substância de abuso, pela libertação de enormes quantidades de dopamina. No entanto com o consumo prolongado (dependência), a libertação de dopamina tende a ser gradualmente menor, o cérebro torna-se menos sensível à estimulação dopaminérgica das substâncias, ou a qualquer outra atividade associada ao prazer. Desse modo o indivíduo nunca mais vai experienciar o mesmo nível de euforia das primeiras vezes em que consumiu a substância. A repetição dos estímulos dopaminérgicos leva a adaptações a nível cerebral (na amígdala) que resulta no aumento da reatividade ao *stress* e emoções negativas. No cérebro adicto, o sistema de anti-recompensa torna-se mais reativo dando lugar aos efeitos negativos, humor disfórico e sintomatologia de privação característica.

Na terceira fase denominada de preocupação e antecipação as alterações que ocorrem no sistema de recompensa bem como as alterações a nível emocional nos circuitos cerebrais, verificam-se também modificações na região prefrontal do córtex cerebral, área que está envolvida com a capacidade de execução do indivíduo. A diminuição da atividade dopaminérgica provoca a alteração da capacidade de autocontrolo, decisão ou avaliação do erro. Estas neuroadaptações que ocorrem, tornam o indivíduo mais frágil no controlo do seu comportamento compulsivo, na procura de obter a substância para consumo mesmo quando a sua intenção seja a de deixar o consumo, a abstinência.

3.2 Substâncias de abuso

As classificações das substâncias com efeito psicoativo foram inicialmente classificadas como sendo euforizantes, fantásticas, inebriantes e hipnóticas excitantes segundo Lewin (1928, cit. Por Patrício, 1997). Também é vulgar serem classificados como sendo drogas “leves” ou “duras”, “pesadas”, em virtude do seu efeito no indivíduo ou dependência, termos esses que não devem ser utilizados. Segundo Delay e Denicker (1997) cit. SICAD (2020c) e Patrício (1997) as substâncias com efeito psicotrópico, podem ser agrupadas em 3 grupos, Depressoras do sistema nervoso Central (SNC), Estimulantes do SNC e Perturbadores do SNC, podendo existir também outras classificações como psicoléticos, psicoestimulantes ou alucinogénios (Angel, et al., 2002). Neste capítulo são descritas as substâncias psicoativas de maior relevância para o presente estudo, bem como a sua origem, grupo a que pertencem e seus principais efeitos no indivíduo.

Opiáceos

Podem ser substâncias naturais ou sintéticas, com mediação através dos recetores opióides. Da papoila obtém-se o ópio, sob a forma de resina da qual é possível obter-se a morfina, transformando-se em diacetilmorfina, heroína ou em outras substâncias (Patrício, 1997).

A heroína é um derivado sintético da morfina, inicialmente utilizada no tratamento da tuberculose, no entanto a sua utilização foi proibida nos EUA em 1956, contribuindo para a primeira convenção da ONU em 1961, já referida anteriormente (Angel et al., 2002). Estas substâncias são depressoras do SNC e o seu efeito está relacionado com os recetores mu, k e delta presentes no SNC, provocando no individuo o efeito euforizante, analgésico, sonolência, alterações do humor, depressão respiratória, diminuição da motilidade intestinal, náuseas e vômitos, bem como alterações do sistema endócrino (OMS, 2004; Socidrogalcohol, 2018). Farmacologicamente são utilizadas maioritariamente devido ao seu efeito analgésico, ou na preparação de fármacos antidiarreicos e antitússicos. Pode ser administrada pela via oral, endovenosa, intramuscular, retal ou transdérmica. As formas de consumo (de heroína) mais comuns são através da inalação (fumada) e pela via injetável, prática esta que acarreta maior risco para o individuo seja pelos perigos de uma incorreta administração na técnica de injeção, bem como no maior risco de *overdose* e morte, seja pelas práticas de risco associadas pela partilha de material injetável. É uma substância que causa grave dependência física no individuo, com rápido efeito de tolerância (Patrício, 1997).

Nos opiáceos incluem-se também os agonistas opiáceos, que são fármacos com atuação similar dos opiáceos de abuso. Estes são prescritos como tratamento de manutenção, de modo a que o individuo consumidor alivie os sintomas de abstinência, e que se diminua também ou bloqueie o desejo de consumir a substância de abuso, bem como a redução dos comportamentos de risco associados a esses consumos e melhorar a sua condição de saúde e condição social (Socidrogalcohol, 2018). Os mais utilizados são a buprenorfina e a metadona. A metadona é um opiáceo sintético, utilizado como terapêutica de manutenção. É um agonista opiáceo e atua nos mesmos recetores opiáceos que a heroína, deste modo é utilizada como forma de bloquear os efeitos da heroína e evitar a sintomatologia de abstinência quando o indivíduo cessa os consumos. Já a buprenorfina é um agonista parcial dos recetores opiáceos, menos tóxica que a metadona, com menor efeito sedativo, menor risco de depressão respiratória e menor sensação de euforia (Angel et al., 2002; OMS, 2004). Estas são substâncias que têm um tempo de semivida superior ao das substâncias de abuso, permitindo uma vida mais estável à pessoa que cumpra com o programa

de manutenção prescrito, já que estas substâncias podem também ser usadas como substância de abuso, seja pelo aumento não prescrito da sua administração ou pelo consumo endovenoso, práticas essas também observáveis (Socidrogalcohol, 2018).

Benzodiazepinas

Pertence ao grupo de fármacos utilizados no tratamento nos transtornos relacionados com a ansiedade e sono. No entanto muitos indivíduos utilizam estes fármacos como substâncias de abuso (SICAD, 2020c). Vulgarmente designado como “drunfos”, na sua designação “de rua” (Patrício, 1997). O seu mecanismo de ação está relacionado com a ativação do sistema GABA (principal neurotransmissor inibitório) e têm um efeito tranquilizante, ansiolítico, antiepilético, hipno-indutor e miorelaxante, com comprometimento da função motora, funções cognitivas e memória, bem como o aumento do tempo de reação (OMS, 2004). A via de administração pode ser oral, retal ou injetável. Como substância de abuso, habitualmente as benzodiazepinas, mais frequentemente as de tempo de semivida mais curto, são consumidas pela via oral e por vezes pela via endovenosa. É também frequente a utilização deste tipo de substâncias juntamente com o consumo de álcool, para aumento dos seus efeitos. Desenvolve dependência no indivíduo bem como tolerância (Patrício, 1997; SICAD, 2020c)).

Anfetaminas

Conhecidas pela sua utilização em meio recreativo. Com a designação de *speed* (quando inalado), *ecstasy* (pelo consumo oral) ou *speed cristal* (se fumado), tem um efeito estimulante do SNC (Patrício, L 1997; Angel et al., 2002). Esta é uma substância facilmente produzida em laboratórios clandestinos, onde se obtêm os cristais de cor branca e transparente na sua forma mais simples, sendo a metanfetamina a molécula mais potente deste grupo. Atuam diretamente nos neurónios, utilizando a serotonina (neurotransmissor que regula o humor, o sono, dor, apetite, etc.), noradrenalina e a dopamina como neurotransmissores, aumentando a sua libertação de forma intensa e prolongada junto das sinapses (terminal dos neurónios), bem como o bloqueio da sua recaptação. Têm assim um efeito euforizante e estimulante, com potencial de provocar hiperatividade desordenada, induzir estados confusionais, alucinações, estados delirantes,

maníacos ou paranoide. Podem surgir também alterações do ritmo cardíaco, taquicardia, sendo também frequentes os acidentes arteriais (Angel et al., 2002; NIDA, 2013). Podem ser utilizadas em casos de narcopleisia ou hiperatividade, no entanto sempre em doses controladas. O consumidor que procura o efeito psicoestimulante consome esta substância em doses muito elevadas face à indicação terapêutica. Pode causar também dependência física e o seu efeito de tolerância é rapidamente observável (NIDA, 2013; Patrício, 1997).

Cocaína

A coca é uma planta, sendo a cocaína obtida através das suas folhas. A cocaína é um pó branco insolúvel na água, tem a designação comum de “branca”, “coca”, *crack*, etc. (Patrício, 1997). A sua ação é a de estimulante do SNC e euforizante (OMS, 2004; Patrício, 1997). Bloqueia a recaptção de vários neurotransmissores, nomeadamente a dopamina, noradrenalina e serotonina, provocando assim a ativação dos neurónios dopaminérgicos, com estimulação do sistema nervoso simpático. Tem uma ação muito rápida e a duração do seu efeito no organismo é relativamente curta, podendo causar a sensação de euforia e bem-estar, com facilidade na relação social, bem como um estado de hipervigilância. Após este período segue-se uma fase de declínio destes efeitos, com períodos de maior ansiedade no consumidor (Angel et al., 2002; NIDA, 2016; OMS, 2004). Em doses elevadas é frequentemente observável agitação psicomotora e ideias delirantes, bem como alterações do humor, com maior irritabilidade e agressividade. O seu consumo está também associado a alterações no normal funcionamento do miocárdio (coração), por arritmias, bem como outras complicações cardiovasculares, derivados do seu efeito vasoconstritor. Habitualmente consumido através da sua inalação (snifada), fumada ou via endovenosa. Muitas vezes consumida também em conjunto com a heroína na forma injetável, chamado *speedball*, aumentando o risco de *overdose* e morte (Angel et al., 2002; Patrício, 1997).

Cannabis

A cannabis *L. Sativa* é uma planta que dá origem a várias preparações. Através das suas folhas ou das suas extremidades floridas, é uma substância que pode ser fumada de forma pura ou misturada com tabaco. A resina produzida pela

planta, constitui a base para a obtenção do haxixe (com doses mais elevadas de princípio ativo). A cannabis é uma planta que contém cerca de 80 canabinóides, destacando-se o tetrahidrocanabinol (THC), como principal psicoativo presente. O THC é assim uma substância psicoativa, que atua no SNC, que provoca no indivíduo os seus efeitos psicotrópicos, como a euforia, sensação de relaxamento, apatia, modificações das percepções sensoriais e do tempo ou aumento do apetite (Angel et al., 2002; OMS, 2004). Os seus efeitos são exercidos principalmente pelos recetores CB1, que desempenha as suas principais funções na regulação das emoções, memória e cognição, é sabido também que em indivíduos com predisposição ou em consumos de doses elevadas pode provocar as perturbações psicóticas agudas (Angel et al., 2002). Quando fumada existe ainda a libertação de alcaloides com um potencial cancerígeno muito elevado, muito superior ao do tabaco. Não causa dependência física, no entanto pode desenvolver-se dependência psicológica, bem como tolerância a alguns efeitos da substância (Patrício, 1997).

Alucinogénios

São substâncias naturais ou sintéticas, estimulantes do SNC e desorganizadores da neurotransmissão cerebral normal. Provocam no indivíduo alteração da percepção, alterações da imagem alteração da cor, som, alucinações e despersonalização. Os efeitos psicoativos verificados pelo consumo destas substâncias, são vulgarmente conhecidos como *trips*, essas experiências variam não só em função da substância e sua quantidade, como também em função do próprio indivíduo e suas expectativas e/ou estímulos ambientais. O LSD é o mais conhecido, obtido através da cravagem do centeio, é um antagonista dos recetores da serotonina (Angel et al., 2002; NIDA, 2015; Patrício, 1997). Quando consumido surge desinibição do indivíduo, ou alucinações com alteração da percepção visual e auditiva, bem como do tempo. Podem surgir outras perturbações graves do humor e alterações do pensamento, com ideias delirantes perigosas (Angel et al., 2002; NIDA, 2015). Existem outras substâncias neste grupo como a fenciclidina (utilizado como anestésico) ou a mescalina (cogumelos alucinogénicos). O LSD é lipossolúvel, ultrapassando facilmente a barreira hematoencefálica. Bastante alucinogénio, com estimulação do sistema nervoso

parassimpático e simpático. É ingerido pela forma oral. Não é referida dependência física, no entanto pode existir no consumidor habitual dependência psíquica (Patrício, 1997).

Álcool

O álcool (etanol) tem um efeito estimulante, perturbador e depressor do SNC. É uma substância obtida através a fermentação e destilação de matérias açucaradas (OMS, 2004; Patrício, L. 1997). É também a substância com maior impacto em Portugal, observando-se uma enorme aceitação cultural, mesmo no consumo abusivo.

O etanol provoca o aumento da inibição do SNC, através da ativação do sistema GABA (neurotransmissor inibitório) e pela diminuição da sua excitabilidade através da inibição do sistema glutamatérgico (principal neurotransmissor excitatório) (OMS, 2004). Numa fase de intoxicação inicial é observável a excitação motora e desinibição, sendo que os seus efeitos podem ser variáveis tendo em conta a dose de etanol ingerida, sua gradação, sexo do indivíduo ou peso corporal, evoluindo numa segunda fase para um estado de comportamento agressivo, alteração do humor e/ou alucinações. Pode levar ao estado de coma e depressão respiratória. Provoca dependência no indivíduo, bem como síndrome de abstinência, que pode induzir graves complicações (OMS, 2004; Patrício, 1997).

4. METODOLOGIA

Esta dissertação tem como objetivo investigar e traçar o perfil do consumidor de substâncias psicoativas que procurou tratamento nos centros públicos da região centro de Portugal. A população alvo é constituída pelos indivíduos que recorreram aos centros de tratamento especializados em adictologia da região Centro⁸ até 2016. Para além do objetivo inicial estabelecido acima, pretende-se ainda analisar a existência de diferenças no perfil dos utilizadores que mais recentemente recorreram aos serviços, face aos que se encontram em tratamento, já referenciados de longa duração. Como referido anteriormente, ao longo dos anos têm-se verificado várias alterações não só a nível de políticas de saúde, como também mudanças significativas a nível sociocultural, as quais que podem justificar a existência de alterações quer na tendência das substâncias consumidas quer no perfil sócio-demográfico do novo indivíduo consumidor.

É assim importante podermos conhecer essas mesmas tendências de modo a compreender melhor o fenómeno e eventualmente adaptar novas estratégias e intervenções adequadas a este problema que continua a ter um enorme peso para nossa sociedade, famílias e utentes com consumos aditivos.

Este capítulo apresenta a metodologia para atingir os objetivos traçados, designadamente: base de dados, definição e operacionalização das variáveis em estudo, descrição do instrumento e método de colheita dos dados e por último os procedimentos estatísticos.

4.1 Base de Dados

Os dados utilizados para este projeto foram facultados pela Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

Esses dados são recolhidos através de uma entrevista estruturada, com recurso a um instrumento de medição – Ficha base (descrito mais adiante) – aplicado de

⁸ Aveiro, Castelo Branco, Covilhã, Coimbra, Fig^a da Foz, Guarda, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Viseu

forma sistemática. A informação recolhida descreve de forma completa os utentes que recorreram à consulta em regime de ambulatório das Equipas de Tratamento (ET), por problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, quer as lícitas quer as ilícitas.

Após a entrevista, os dados são introduzidos no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) (implementado em 2010), onde reside a informação clínica relativa a cada utente tratado em ambulatório (áreas Médica, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Nutrição), programas farmacológicos, internamento de desabilitação e internamento em comunidade terapêutica num processo clínico eletrónico do utente. Depois de introduzidos os dados neste sistema é possível extraí-los em ficheiros em formato MS Excel.

Para este projeto foi realizada a extração desses dados em diferentes ficheiros no formato MS Excel, um para cada ano considerado na análise, de 2011 a 2016. A base de dados original contém assim informação, a nível micro, relativamente aos utentes que recorreram aos serviços da DICAD entre os anos de 2011 e 2016. Estes podem constituir novas admissões (utentes que recorrem aos serviços especializados públicos para tratamento pela 1ª vez) ou admissões de utentes que também recorreram aos serviços neste período, mas que já se encontravam referenciados pelos serviços, ou em tratamento nos serviços públicos especializados previamente à criação deste sistema informático (nestes casos os serviços criam a ficha base e pode ser complementada com a informação do seu processo clínico já existente a priori). A data de acolhimento mais antiga registada na base dados é referente a um utente que foi tratado pela primeira vez em 1978. No entanto os dados registados na base de dados são referentes à data em que esse indivíduo recorreu aos serviços e em que se registaram os seus dados pela primeira vez (2011 - 2016).

Para a criação da base de dados única foi necessário agrupar os diferentes ficheiros em MS Excel de cada ano, num repositório único, neste caso um único ficheiro MS Excel. Essa fusão foi possível pois a cada utente que recorre aos serviços para tratamento, é-lhe atribuído um número único de utente -número de

identificação individual, utilizado apenas neste sistema informático, não existindo meio de identificação pessoal dos mesmos.

Após a construção deste ficheiro único e feita uma primeira análise preliminar da coerência dos dados verificou-se que existiam utentes com múltiplos registos, seja em anos diferentes seja no mesmo ano, o que significa que esses utentes neste período recorreram aos serviços especializados mais do que uma vez para tratamento. Dado o objetivo desta dissertação, apenas mantivemos na base de dados o registo correspondente ao primeiro ano em que há notícia do utente. Por exemplo se um utente do DICAD tinha um registo em 2012 outro em 2015 e outro em 2016, foram eliminados os registos de 2015 e de 2016 e mantivemos unicamente o registo referente a 2012.

Como referido acima, aquando do acolhimento de um novo utente para tratamento, é aplicado o instrumento de medição “Ficha base do utente com problemas aditivos” (versão 20100906), que tem como objetivo caracterizar o utente em diversas dimensões

A Ficha base do utente é constituída por 9 categorias principais para recolha de informação:

1. “Identificação do utente”
 - (nome, data de nascimento, género, doc. Id.);
2. “Residência”
 - (morada, código postal, telefone, distrito, concelho, freguesia);
3. “Assistência médica”
 - (nº de beneficiário, nº cartão de utente, médico de família, sistema de saúde e centro de saúde);
4. “Fonte de referência”
 - (por quem foi enviado para tratamento)
5. “Dados pessoais”
 - (naturalidade, estado civil, habilitações literárias completas, situação profissional atual, fontes de rendimento, coabitação do utente, tipo de alojamento, condições de alojamento, dados obstétricos);
6. “Dados familiares”
 - (informações relativas aos pais, irmãos, último companheiro e filhos);

7. “Dados clínicos”
 - (história de consumos de substâncias psicoativas, tratamentos anteriores, comportamentos de risco);
8. “Informações de natureza judicial”;
9. “Avaliação da capacidade para a mudança/motivação”.

Importante referir que qualquer informação que permitisse a identificação do utente não foi incluída na base de dados cedida, tornando-a completamente anonimizada.

Os dados inicialmente em formato MS Excel foram exportados para um software estatístico, STATA (versão 13.1), tendo sido este programa o adotado para a realização das operações de gestão e manutenção dos dados, transformação de variáveis e trabalho estatístico posterior. A base de dados final cobre um horizonte temporal de 2011 a 2016 (6 anos) e tem registo de 7.840 utentes diferentes.

Apesar da multiplicidade de informação presente na base de dados original, esta teve de ser trabalhada por forma a construir variáveis com conteúdo adequado para aplicar os procedimentos estatísticos. Todas as variáveis criadas a partir da base de dados original são descritas na tabela seguinte:

Tabela 1 - Descrição das variáveis em estudo

Designação da variável	Descrição da variável
Idade	Número de anos vividos pelo indivíduo desde a sua data de nascimento até à data de preenchimento da sua ficha base;
Idade de início de consumo (por substância)	Idade do indivíduo no ano em que iniciou os consumos, embora pudessem não ser os consumos regulares;
Tempo de procura dos serviços especializados (em anos)	É o tempo em anos, de cada indivíduo, desde o início dos consumos e o registo do primeiro da sua admissão para tratamento pelos problemas relacionados com o consumo das substâncias;

Ano de admissão	ano em que foi realizado o preenchimento da ficha base do utente referenciado nas equipas de tratamento especializado;
Fonte de referência	Informação sobre a forma como os indivíduos chegaram às equipas de tratamento especializado. esta variável tem as seguintes categorias originais “Instituto de Segurança Social”, “CDT’s”, “Unidade Especializada (adições)”, “CPCJ”, “Instituição Escolar”, “Unidade especializada (IDT)”, “Instituição Judicial/Reinserção Social”, “Família/Amigos”, “Autorreferenciação/Iniciativa própria”, “Cuidados de saúde primários”, “Instituição de saúde”, “Redução de Danos”, “Grupos de Auto-Ajuda”, “Programa Stop”, “Linha VIDA”, “IEFP”, “desconhecido” ou “não preenchido”;
Tipo de inscrição	Identificação do motivo da inscrição daquele individuo nas equipas de tratamento especializado. Pode ser devido ao “Consumo de outras substâncias psicoativas”, “Criança/jovem em risco”, Problemas Ligados ao Álcool”, “Parente”, “Ocasional”, “Família”, “Outra Patologia aditiva”, “Consulta de cessação tabágica” ou “outra situação”;
Habilitações Literárias	Identificação do nível de escolaridade dos indivíduos. Existem assim as categorias “Sem escolaridade”, “Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever”, “1º Ciclo do Ensino Básico”, “2º Ciclo do Ensino Básico”, “3º Ciclo do Ensino Básico”, “Ensino Secundário”, “Grau Universitário” e “Desconhecido” ou “Vazio” (sem preenchimento);
Situação Profissional	Identificação da atividade profissional do individuo no momento da realização da ficha base. Existem assim as seguintes categorias: “Desocupado há menos de um ano”, “Desocupado há um ano ou mais”, “Doméstica”, “Estudante/Formação Profissional”, “Reformado/Pensão Social por invalidez”, “Reformado/Pensão Social por idade”, “Trabalho estável/regular”, “Trabalho ocasional”,

	“Desconhecido” ou “Sem preenchimento”;
Estado Civil	Identificação do estado civil do indivíduo no momento da realização da ficha base. “Solteiro”, “Casado/Junto”, “Separado/Divorciado”, “Viúvo”, “desconhecido” ou “Vazio” (sem preenchimento);
Tipo de Alojamento	Identificação do tipo de habitação do indivíduo- “Familiar Clássico” (vivenda, apartamento...), “Familiar não Clássico” (Barraca, casa rudimentar, improvisado, móvel...), “Serviço de saúde”, “Estrutura de Reinserção de Toxicodependente.”, “Centro de abrigo”, “Estabelecimento Prisional”, “Hotéis, pensões e similares”, “outro alojamento coletivo de conveniência” (instituições de apoio social, de educação, militares...) ou “Rua”;
Familiar consumidor	Determinar se o indivíduo tem na família antecedentes de consumos problemáticos (mãe e/ou pai, avô/avó e irmãos);
Substância Principal	Conhecer qual a substância psicoativa que na opinião do indivíduo lhe causa maiores problemas. Nestas substâncias estão incluídas a “Cannabis”, “Heroína”, “Cocaína”, “Álcool” e “Tabaco”
Antecedentes Judiciais	Saber se o indivíduo já teve algum processo judicial em curso (“Sim”, “Não”);
Prisão efetiva	Saber se o utente já esteve detido a cumprir pena de prisão efetiva (“Sim”, “Não”);

4.2 Procedimentos Estatísticos

Primariamente foram utilizados procedimentos de estatística descritiva e análise gráfica para analisar e caracterizar os indivíduos nas diferentes variáveis de interesse. Adicionalmente foram adotados procedimentos de análise gráfica para ilustrar alguns aspetos relevantes dos dados.

Após a caracterização geral da população em estudo, foi realizada uma estratificação da amostra por ano de acolhimento, pré 2011, entre 2011-2013 e 2014-2016. Pretende-se assim verificar se existem diferenças no perfil do consumidor e verificar novas tendências.

Foi utilizada a estatística descritiva como meio de caracterização da população em estudo (proporção, média, desvio padrão). Os dados do estudo são apresentados em gráficos e tabelas de forma a tornar mais fácil a interpretação dos resultados obtidos.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos indivíduos

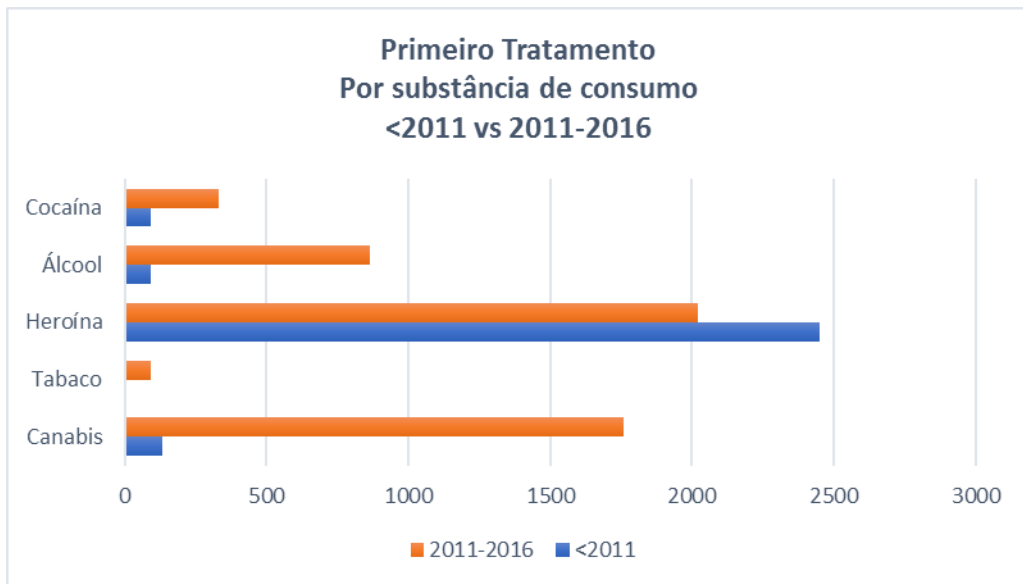
Na base de dados referente aos utentes que recorreram aos serviços especializados para tratamento, encontramos um total de 7.840 registos, destes 3.840 (49,4%) correspondem a indivíduos que realizaram o primeiro tratamento nos serviços de tratamento especializados entre 2011 e 2016 e 3.115 (39,7%) relativos a indivíduos que já tinham realizado tratamento anteriormente, seja nos serviços públicos especializados ou noutra serviço.

Tabela 2 - Primeiro Tratamento

Primeiro Tratamento	n	%
Não	3.115	39.7
Sim	3.874	49.4
Desconhecido	851	10.9
Total	7.840	100

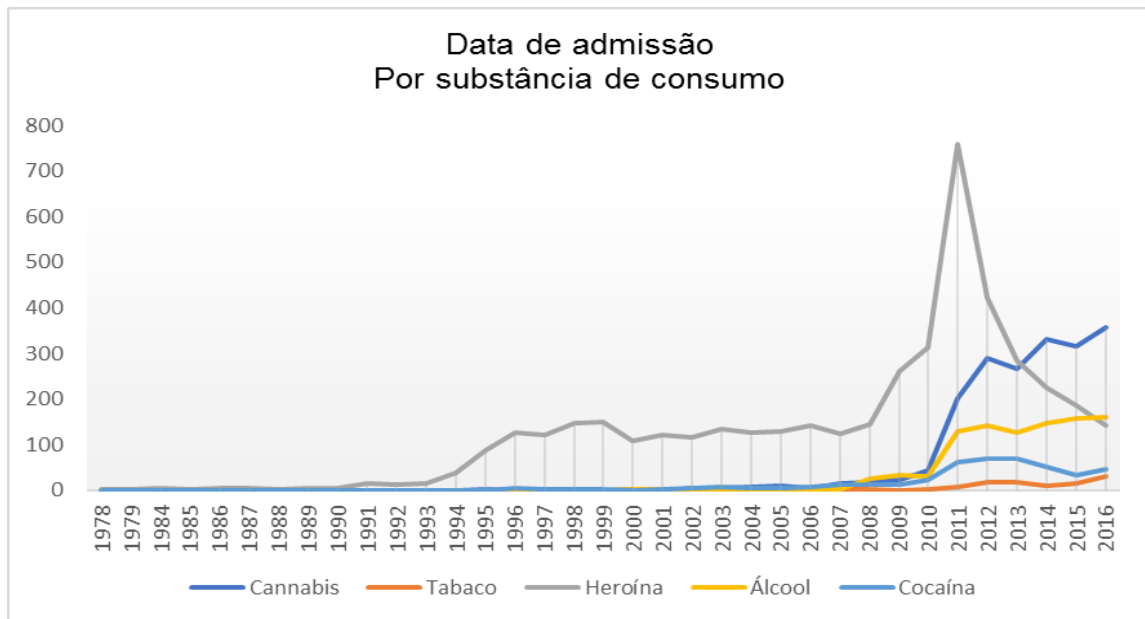
Dos utentes que foram admitidos nos serviços para primeiro tratamento entre 2011 e 2016, e data de acolhimento inferior a 2011, são na sua maioria consumidores de heroína, 2.451 (88,5%). Entre 2011 e 2016, os utentes admitidos para primeiro tratamento são na sua maioria os consumidores de heroína, 2.022 (39,9%) e cannabis, 1.761 (34,73%), os consumidores de álcool são 863 (17%) e cocaína com 330 utentes (6,5%).

Figura 1 - Primeiro Tratamento por Substância de consumo



Se observarmos a tendência das substâncias de consumo pelas datas de acolhimento, verifica-se que até 2013 são os consumidores de heroína os que mais recorreram aos serviços especializados, verificando-se depois uma tendência decrescente destes consumidores nas novas admissões. Desde 2010 (data da criação do SIM), verifica-se uma tendência crescente de novas admissões de utentes consumidores de cannabis, com o maior número de novas admissões em 2014, 2015 e 2016, bem como uma tendência crescente também no que diz respeito aos utentes consumidores de álcool.

Figura 2 - Data de admissão por substância de consumo



A substância com maior prevalência de consumo dos utentes em tratamento, ou seja, aquela que os indivíduos referem como sendo a sua substância principal, e que surge em grande destaque e é a heroína, com 4.473 de indivíduos consumidores (57,1%). Com prevalências muito inferiores surge a cannabis com 1.893 (24,2%), o álcool com 995 (12,2%) e só depois a cocaína com 421 indivíduos (5,4%) e tabaco 98 (1,3%). Estes números contrastam com as prevalências de consumo para a população portuguesa. Uma vez que sabemos que são a cannabis e a cocaína as substâncias que apresentam maiores prevalências de consumo, continua a ser a heroína a substância que a população em tratamento refere como sendo a principal. Posto isto, verificam-se poucos utentes em tratamento pelo consumo de cocaína. Por outro lado foram excluídos desta análise os indivíduos que não apresentavam na ficha base descrita qual a substância de consumo.

Tabela 3 - Substância principal de consumo

Substância Principal de consumo	n	%
Cannabis	1.893	24.2
Tabaco	98	1.3
Heroína	4.473	57.1
Álcool	955	12.2
Cocaína	421	5.4
Total	7.840	100

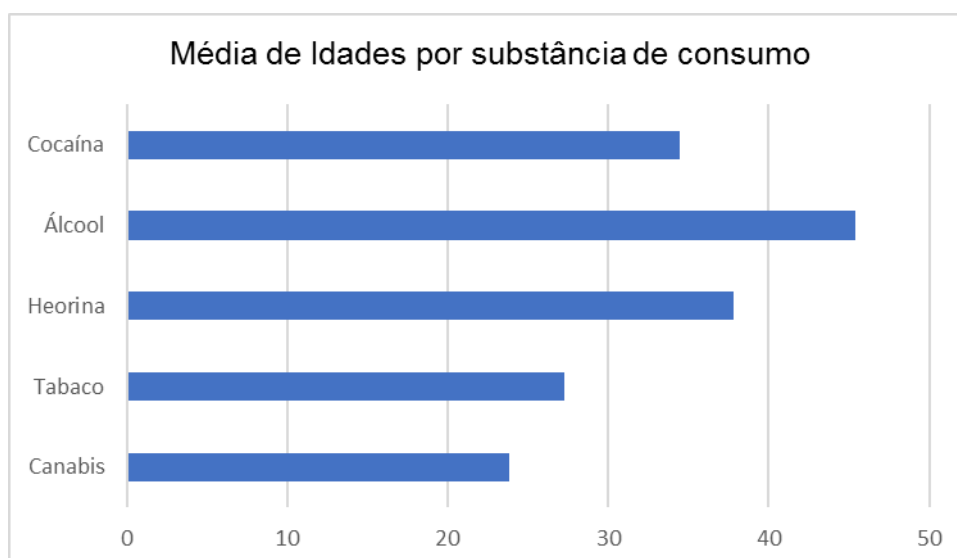
Relativamente à idade de início dos consumos (ainda que possam não ser consumos regulares), observa-se que em média os nossos utentes referem ter iniciado os seus consumos aos 19 anos de idade (DP= 5,8). As substâncias com início de consumos em idades mais jovens são o tabaco, aos 15 anos e a cannabis aos 16, seguidas pelo álcool aos 19 anos, heroína aos 20 anos e cocaína aos 22.

Tabela 4 - Idade de início de consumo (por substância)

Idade de início de consumo (por substância)	n	Média	Desvio padrão	Min	Max
Todas as substâncias	7.025	19.2	5.8	12	63
Cannabis	1.800	16.1	3	12	52
Tabaco	77	15	2.3	12	26
Heroína	3.911	20	5.4	12	63
Álcool	827	19	7.9	12	60
Cocaína	396	22.4	7.1	12	51

A idade média dos indivíduos que recorreram aos serviços de tratamento especializado no primeiro acolhimento/registo é de 35 anos (DP =10,9). A idade mínima dos utentes que recorreram aos serviços especializados é de 13 anos e a máxima de 88 anos. Por substância de consumo verifica-se que são os utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool os que apresentam uma maior média de idade com 45,2 anos, consumidores de heroína com 37,8 anos de média de idade e cocaína com 34,4 anos. Os consumidores de canábis são os mais jovens com uma média de idades de 23,9 anos.

Figura 3 - Média de idades por substância de consumo



O tempo médio entre o início dos consumos e a procura dos serviços especializados seja nos serviços públicos ou outros, é de 13,1 anos (SD= 10) para todas as substâncias. O álcool é a substância em que os indivíduos demoram mais tempo a recorrer aos serviços especializados desde o início do seu consumo com uma média de 25,8 anos (SD= 12) e a cannabis a substância em que os indivíduos mais rapidamente recorrem aos serviços com um tempo médio de 7,6 anos (DP= 7).

Tabela 5 - Tempo de procura dos serviços especializados (em anos)

Tempo de procura dos serviços especializados (em anos)	n	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Todas as substâncias	7.011	13.1	10	0	73
Cannabis	1.800	7.6	7	0	43
Tabaco	77	12.5	12	1	46
Heroína	3.911	13.1	8.4	0	44
Álcool	827	25.8	12	0	73
Cocaína	396	10.9	7.7	0	34

Em relação à fonte de referência para tratamento por um centro especializado, na sua maioria os novos utentes procuram os serviços por iniciativa própria (30,5%), ou são encaminhados através de instituições judiciais ou de reinserção social (14,7%), familiares e/ou amigos (12,5%), ou pelas CDT's (11,1%). São estes os intervenientes com maior peso no que respeita à referência dos casos junto das equipas especializadas de tratamento. Outras fontes de referência foram agregadas devido à sua baixa representatividade, correspondem a 643 indivíduos (8,2%), onde se inclui a referência por outra unidade especializada (Adição), instituição escolar, grupos de auto ajuda, redução de danos com metadona, Programa STOP, Instituição do Emp. e Form. Profissional (IEFP) e Linha VIDA. A tabela seguinte apresenta a distribuição da variável pelas diferentes categorias.

Tabela 6 - Fonte de Referência

Fonte de Referência	n	%
Auto-referenciado /Iniciativa própria	2.390	30.5
Instituição Judicial/ Inst. Reinserção Social	1.153	14.7
Família/ Amigos	968	12.4
Comissão Dissuasão da Toxicodependência	866	11.1
Unidade Especializada (IDT)	480	6.1
Instituição de Saúde/ outro profissional	438	5.6
Instituto Segurança Social	183	2.3
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	157	2
Médico de família/ Cuidados de Saúde Primários	157	2
Desconhecido	405	5.2
Outros	643	8.2
Total	7.840	100

Quanto ao tipo de inscrição, a grande maioria, 5.701 (72,7%) encontra-se inscrita pelo consumo de substâncias psicoativas, e de seguida crianças/jovens em risco com 938 inscrições (12%) e por problemas ligados ao álcool 911 (11,6%). Outros tipos de inscrição foram agregados devido à sua baixa representatividade, correspondem a 290 indivíduos, onde se inclui a inscrição por outra situação ocasional, outra patologia aditiva, família, consulta cessação tabágica, parente.

Tabela 7 - Tipo de inscrição

Tipo de Inscrição	n	%
Consumo de outras substâncias psicoativas	5.701	72.7
Criança/ Jovem em risco	938	12
Problemas ligados ao álcool	911	11.6
Outra situação	290	3.7
Total	7.840	100.00

Analisando as habilitações literárias dos utentes, verifica-se que apenas 184 (2,4%) dos indivíduos obteve o Grau Universitário, 1.000 (12,8%) concluíram o ensino secundário, sendo que na sua maioria os utentes concluíram o 2º Ciclo de Ensino Básico 2.546 (32,5%), e o 3º Ciclo do Ensino Básico 2.496 (31,8%), constatando-se um baixo nível de escolaridade entre a população que recorre a estes serviços.

Tabela 8 - Habilitações literárias

Habilitações Literárias	n	%
Sem escolaridade	173	2.2
1º Ciclo do ensino básico	1.101	14
2º Ciclo do Ensino básico	2.546	32.5
3º Ciclo do Ensino Básico	2.496	31.8
Ensino Secundário	1.000	12.8
Frequência Universitária	191	2.4
Grau Universitário	184	2.4
Desconhecido	148	1.9
Total	7.840	100

Quanto à situação profissional, a maioria dos indivíduos, 2.428 (31%) mantém uma atividade profissional estável/ regular, 2.412 (30,8%) encontram-se desocupados há um ano ou mais e ainda 1.069 (13,6%) na situação de estudante ou em formação profissional.

Tabela 9 - Profissão

Profissão	n	%
Estudante/ Formação Profissional	1.069	13.6
Trabalho estável/ regular	2.428	31
Reformado/ Pensão Social por invalidez	131	1.7
Reformado/ Pensão Social por idade	88	1.1
Doméstica	24	0.3
Desocupado há menos de um ano	770	9.8
Desocupado há um ano ou mais	2.412	30.8
Trabalho ocasional	377	4.8
Outra situação	390	5
Desconhecido	151	1.9
Total	7.840	100

Relativamente ao Estado Civil, os utentes em tratamento são na sua maioria solteiros, o que corresponde a 4.974 (63,4%). OS dados evidenciam ainda que 1.849 (23,6%) são casados ou vivem em união de facto e 872 (11,1%) são divorciados ou separados.

Tabela 10 - Estado civil

Estado Civil	n	%
Solteiro	4.974	63.4
Casado/ Junto	1.849	23.6
Separado/ Divorciado	872	11.1
Viúvo	52	0.7
Desconhecido	93	1.2
Total	7.840	100

No que respeita ao tipo de alojamento em que indivíduo reside, a grande maioria 6.100 (77,8%), vive num alojamento do tipo Familiar clássico (vivenda ou apartamento) e 330 em alojamentos do tipo Familiar não clássico (barraca, casa rudimentar, improvisado ou móvel). No entanto constata-se que existem ainda 73 indivíduos que vivem na rua (“pessoas sem teto”), 52 em Centros de abrigo, 223 em alojamento coletivo de conveniência (outras instituições de apoio social) e apenas 46 em Estruturas de Reinserção de Toxicodependência. Nas outras situações foram agregados outros tipos de alojamento, pela sua baixa

representatividade, como os que não foram especificados, rua, centro de abrigo, estrutura de reinserção de toxicod dependência, hotéis, pensões e similares e os serviços de saúde.

Tabela 11 - Tipo de alojamento

Tipo de Alojamento	n	%
Familiar Clássico	6.100	77.8
Desconhecido	575	7.3
Familiar não Clássico	330	4.2
Estabelecimento Prisional	293	3.7
Outro alojamento de convivência	184	2.4
Outras situações	358	4.6
Total	7.840	100

Quanto à história familiar de consumos (sejam substâncias lícitas ou ilícitas) observa-se uma prevalência significativa de indivíduos em que a mãe tem ou teve problemas relacionados com esses consumos, 3.326 (42,4%), bem como o pai, 2.625 (33,5%). No que respeita aos irmãos, 1.991 indivíduos (25,4%) reportam ter pelo menos um irmão também com consumos problemáticos relacionados com substâncias.

Tabela 12 - Familiar consumidor

Familiar Consumidor	n	%
Pai	2.625	33.5
Mãe	3.326	42.4
Pai e Mãe	2.449	31,2
Pai ou mãe	3.502	44,7
Nem Pai nem Mãe	4.338	55,3
Irmão	1.991	25.4
Avô/ Avó	224	2.9

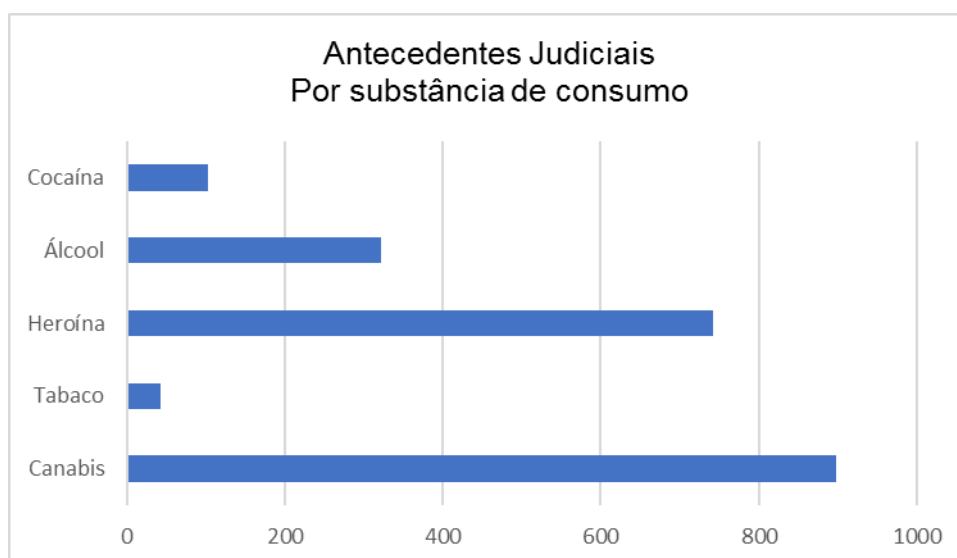
No que respeita aos antecedentes judiciais, verifica-se que 2.108 (26,9%) da amostra teve pelo menos um episódio de problemas judiciais relacionados com o seu consumo (seja pela posse/consumo de substâncias ilícitas ou pelo seu tráfico). Fazendo uma análise por substância, verifica-se que são os utentes com

problemas de consumo relacionados com a cannabis, os que apresentam em maior número antecedentes judiciais com 898 indivíduos (47,44% dos consumidores de cannabis), seguindo-se os consumidores de heroína com 742 indivíduos (16,6%), álcool 322 indivíduos (33,7%), cocaína com 103 indivíduos (24,5%) e tabaco com 43 indivíduos (43,9%).

Tabela 13 - Antecedentes judiciais

Antecedentes Judiciais	n	%
Não	4.265	54.4
Sim	2.108	26.9
Desconhecido	1.467	18.7
Total	7.840	100

Figura 4 - Antecedentes judiciais por substância de consumo

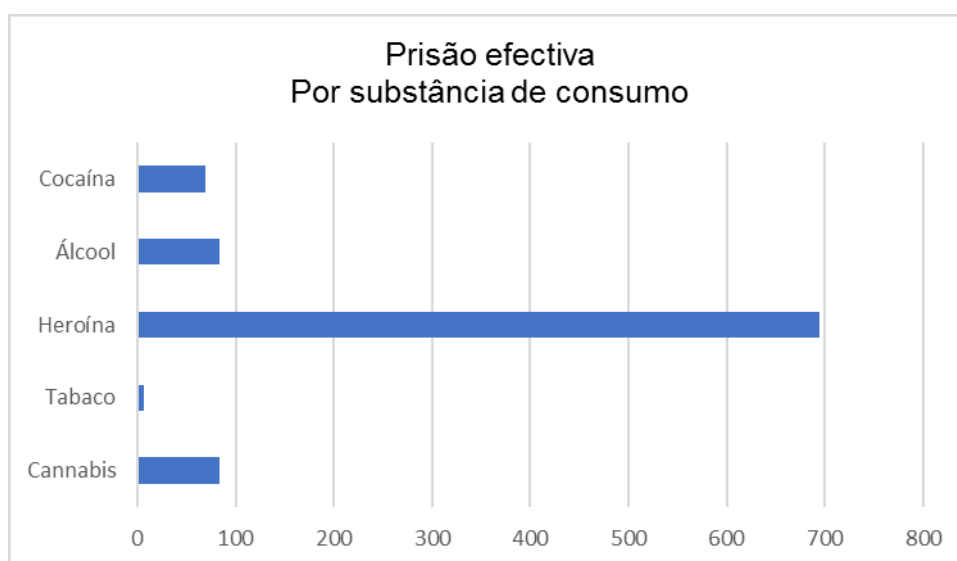


Quanto aos indivíduos condenados com pena de prisão efetiva, quase metade dos que têm antecedentes judiciais, estão ou estiveram presos, correspondendo a 935 indivíduos (11,9%). Por substância são os consumidores de heroína os que representam em maior número os casos de prisão efetiva com 694 indivíduos (15,5% dos consumidores de heroína), a cannabis e o álcool com 83 indivíduos (4,4% e 8,7%, respetivamente), cocaína com 69 indivíduos (16,4%) e tabaco com 6 indivíduos (6,2%).

Tabela 14 - Prisão efetiva

Prisão efetiva	n	%
Não	1.417	18.1
Sim	935	11.9
Desconhecido	1.680	21.4
Vazio (sem preenchimento)	3.808	48.6
Total	7.840	100

Figura 5- Prisão efetiva por substância de consumo



5.2 Análise comparativa dos indivíduos por data de início de tratamento

Para a caracterização, comparação e análise dos indivíduos por data de acolhimento nos serviços especializados, foram definidos 3 diferentes períodos temporais de interesse. Os acolhimentos com data prévia a 2011 (<2011), com acolhimento de 2.770 utentes; aqueles que ocorreram nos anos de 2011 a 2013, que corresponde a 2.863 acolhimentos realizados; e aqueles realizados entre 2014 a 2016, num total de 2.207 indivíduos. Pretende-se com esta análise revelar potenciais diferenças e tendências no perfil sociodemográfico dos utentes assim como em outras características, que possam ser explicadas pelo período de acolhimento. De seguida é apresentada a análise descritiva pelos períodos definidos e a respetiva comparação das variáveis em estudo nesses mesmos períodos.

Substância Principal de Consumo

Nos utentes com data de acolhimento anterior a 2011, a substância com maior prevalência de consumo é a heroína, com 2.451 indivíduos consumidores (88,5%), uma prevalência de consumo em muito superior a qualquer outra substância mencionada pelos restantes indivíduos. 4,8% (132) dos utentes eram consumidores de cannabis, 92 (3,3%) álcool e 91 (3,3%) cocaína. Por outro lado, no período 2011-2013, a substância com maior prevalência de consumo continuou a ser a heroína, com 1.467 indivíduos consumidores (51,2%), de seguida surge a cannabis com 757 (26,4%), o álcool com 399 (13,9%) e a cocaína com 199 (7%).

Finalmente, no período 2014-2016, a substância com maior prevalência de consumo é a cannabis, com 1.004 indivíduos consumidores (45,5%), de seguida surge a heroína com 555 (25,2%), o álcool com 464 (21%) e a cocaína com 131 (5,9%).

Quando analisamos a evolução das tendências de consumo, observa-se um aumento exponencial de novos indivíduos admitidos por problemas relacionados com o consumo de cannabis, um aumento também significativo de novos indivíduos admitidos por problemas relacionados com o consumo de álcool e uma descida significativa no que diz respeito à admissão de novos indivíduos por problemas relacionados com o consumo de heroína.

Tabela 15 - Comparação substância principal de consumo

Substância Principal de Consumo	Pré 2011 n (%)	2011-2013 n (%)	2014-2016 n (%)
Cannabis	132 (4.8)	757 (26.4)	1.004 (45.5)
Tabaco	4 (0.1)	41 (1.4)	53 (2.4)
Heroína	2451 (88.5)	1.467 (51.2)	555 (25.2)
Álcool	92 (3.3)	399 (13.9)	464 (21)
Cocaína	91 (3.3)	199 (7)	131 (5.9)

Idade média por substância de consumo

Dos utentes recebidos nos centros especializados por problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, entre 2011 e 2016, 2.770 registos, dizem respeito a utentes com a primeira data de acolhimento antes de 2011. A idade média dos indivíduos que recorreram aos serviços, com data de acolhimento prévia a 2011 é de 37,7 anos (DP = 8,3). A idade mínima observada é de 15 anos e a máxima de 69 anos. Por substância de consumo, verifica-se que são os utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool, os que apresentam média de idades superior, com 47,7 anos, consumidores de heroína com 37,9 anos, cocaína com 35,3 anos e os consumidores de cannabis com 27,8 anos.

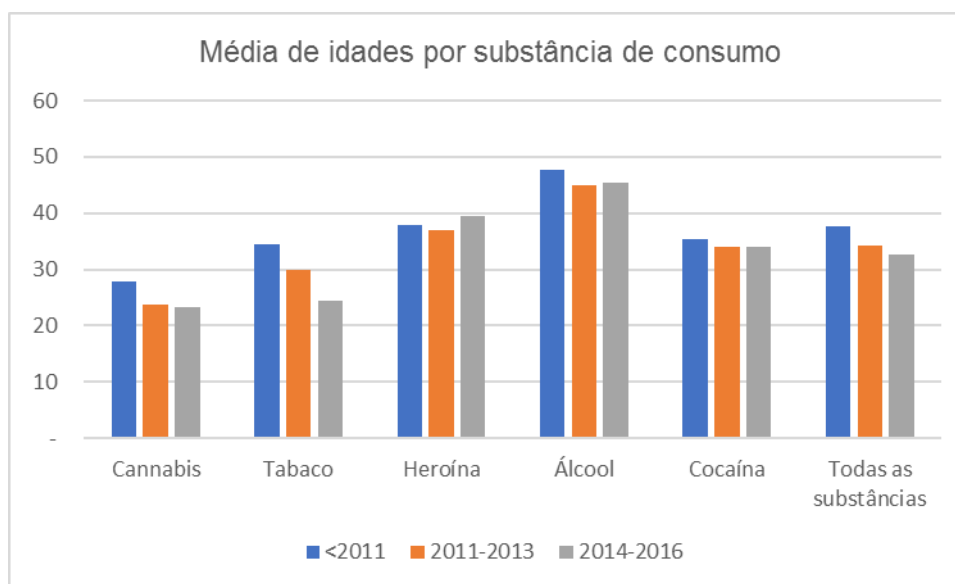
Entre 2011-2013, temos registo de 2.863 indivíduos que deram início ao seu tratamento. A idade média dos indivíduos para o período indicado (2011-2013) é de 34,3 anos (DP = 11,1). A idade mínima observada é de 13 anos e a máxima de 79 anos. Por substância de consumo, verifica-se que são os utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool, os que apresentam média de idades superior, com 45 anos, consumidores de heroína com 37 anos, cocaína com 34,4 anos e os consumidores de cannabis com a menor média de idades, 23,8 anos.

Para o período 2014-2016, 2.207 registos, dizem respeito a utentes com a primeira data de acolhimento entre 2014 e 2016. A idade média dos indivíduos que recorreram aos serviços, com data de acolhimento para o período indicado (2014-2016) é de 32,7 anos (DP = 12,6). A idade mínima observada é de 13 anos e a máxima de 88 anos. Por substância de consumo, verifica-se que são os utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool, os que apresentam média de idades superior, com 45,4 anos, os consumidores de heroína com 39,5 anos, cocaína com 33,9 anos e os consumidores de cannabis com a menor média de idades, 23,3 anos.

Comparando os três períodos em análise observa-se uma tendência de decréscimo da idade média dos utentes que recorreram aos serviços para todas

as substâncias. Por substância, apenas se verifica um aumento da média de idades para a heroína no período 2014-2016, embora pouco significativo.

Figura 6 - Comparação média de idades por substância de consumo



Idade de início de consumo (por substância)

Para os utentes com data de acolhimento anterior a 2011, a idade média de início dos consumos (ainda que possam não ser regulares) para todas as substâncias situa-se nos 20,4 anos de idade (DP= 5,5). As substâncias com início dos consumos em idades mais jovens são o tabaco, aos 15,7 anos e a cannabis aos 16,1 anos. Surge depois o álcool aos 20,5 anos, heroína aos 20,6 anos e a cocaína aos 21,9 anos.

No período 2011-2013, a idade média de início dos consumos para todas as substâncias situa-se nos 19,1 anos de idade (DP= 5,8). As substâncias com início dos consumos em idades mais jovens são o tabaco, aos 14,9 anos e a cannabis aos 16 anos. Surge depois o álcool aos 19,3 anos, heroína aos 20,1 anos e a cocaína aos 23,91 anos.

No período 2014-2016, a idade média de início dos consumos para todas as substâncias situa-se nos 18,2 anos de idade (DP= 5,8). As substâncias com início dos consumos em idades mais jovens são o tabaco, aos 15 anos e a cannabis aos 16,1 anos. Surge depois o álcool aos 19,1 anos, heroína aos 20,6 anos e a cocaína aos 21,6 anos.

Deste modo verifica-se um ligeiro decréscimo da idade de início de consumo para todas as substâncias de 2,2 anos quando comparamos os utentes com data de acolhimento anterior a 2011, face aos utentes que recorreram aos serviços mais recentemente.

Tabela 16 - Comparação idade de início de consumo (por substância)

Idade de início de consumo (por substância)	<2011 Média (DP)	2011-2013 Média (DP)	2014-2016 Média (DP)
Todas as substâncias	20.4 (5.5)	19.1 (5.8)	18.2 (5.8)
Cannabis	16.1 (3.7)	16 (3)	16.1 (3.1)
Tabaco	15.7 (0.6)	14.9 (2.9)	15 (1.9)
Heroína	20.6 (5.3)	20.1 (5)	20.6 (6.6)
Álcool	20.5 (8.1)	19.3 (8.3)	19.1 (7.5)
Cocaína	21.9 (6.5)	23.1 (7.8)	21.6 (6.3)

Tempo entre o início de consumo e a procura dos serviços especializados

Para os utentes com data de acolhimento anterior a 2011, o tempo médio entre o início dos consumos e a procura dos serviços especializados foi estimada em 9,8 anos para todas as substâncias (DP= 7,4). O álcool é, de longe, a substância com maior período entre o início dos consumos e a sua entrada nos serviços especializados, com uma média de 24,2 anos (DP= 11,9). A canábis e a cocaína são as drogas ilícitas que levam os indivíduos a necessitar, e decidir, procurar os serviços especializados, em média, com 8,7 anos.

Para o período 2011-2013, o tempo médio entre o início dos consumos e a procura dos serviços especializados é de 15 anos para todas as substâncias (DP= 10,2). O álcool é a substância com maior período entre o início dos consumos e a sua entrada nos serviços especializados, com uma média de 25,6 anos e a canábis a que leva o menor tempo ao ingresso nos serviços, com 7,9 anos.

No período 2013-2016, o tempo médio entre o início dos consumos e a procura

dos serviços especializados é de 14,3 anos para todas as substâncias (DP= 11,5). O álcool é a substância com maior período entre o início dos consumos e a sua entrada nos serviços especializados, com uma média de 26,2 anos e a canábis a que leva o menor tempo ao ingresso nos serviços, com 7,3 anos.

Verifica-se assim um aumento considerável do tempo médio considerável entre o início de consumo e a procura dos serviços especializados, se tivermos em consideração a média para todas as substâncias de consumo. No entanto para as substâncias de consumo cannabis e tabaco, observa-se que existe um decréscimo do tempo de procura dos serviços especializados para os períodos estabelecidos.

Tabela 17 -Comparação tempo de procura dos serviços especializados (em anos)

Tempo de procura dos serviços especializados (em anos)	Pré 2011 Média (DP)	2011-2013 Média (DP)	2014-2016 Média (DP)
Todas as substâncias	9.8 (7.4)	15 (10.2)	14.3 (11.5)
Cannabis	8.7 (6.9)	7.9 (7.1)	7.3 (6.8)
Tabaco	16.3 (10.1)	16.2 (13.9)	9.8 (10.1)
Heroína	9.5 (6.7)	16.5 (7.9)	18.7 (8.9)
Álcool	24.2 (11)	25.6 (12.5)	26.2 (11.7)
Cocaína	8.7 (7)	11 (7.9)	12.1 (7.4)

Fonte de Referenciação

Nos utentes com data de acolhimento anterior a 2011, a maioria dos indivíduos recorreu aos serviços de tratamento por iniciativa própria (36,9%), ou foram encaminhados através de familiares ou amigos (15,%), Unidade Especializada (IDT) (10,2%), Instituição Judicial/ Instituição Reinserção Social (7,4%), Instituição de Saúde/ outro profissional (6,6%), Comissão Dissuasão da Toxicodpendência (2,3%) e outras fontes de referenciação (9,3%) com menor representação (onde se incluem Instituto Segurança Social, Redução de Danos com Metadona Baixo

Limiar, Outra Unidade especializada , Médico de família/ Cuidados de Saúde Primários, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou Instituição Escolar).

No período 2011-2013, a maioria dos indivíduos recorreu aos serviços de tratamento por iniciativa própria (33,6%), através de alguma instituição judicial ou de reinserção social (15,3%), Comissão de Dissuasão da toxicod dependência (13,3%) ou através da família ou amigos (10,69%), Unidade Especializada (IDT) (4,6%) , Instituição de Saúde ou outro profissional (4,6%) e outras fontes de referência (10%) com menor representação ("Comissão de Proteção de Crianças e Jovens", "Outra Unidade especializada (Adição)", " "Instituição Escolar", "Redução de Danos com Metadona Baixo Limiar", "Grupos de auto-ajuda" e "Programa STOP").

No período 2013-2016, a maioria dos indivíduos recorreu aos serviços de tratamento proveniente de alguma instituição judicial ou de reinserção social (23,1%), Comissão de Dissuasão da toxicod dependência (19%), auto-referência ou iniciativa própria (18,4%) ou através da família ou amigos (10,1%), Instituição de Saúde ou outro profissional (5,5%), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (4,6%) e outras fontes de referência (9,8%) com menor representação ("Outros", "Instituição Escolar", "Outra Unidade especializada (Adição)", "Redução de Danos com Metadona Baixo Limiar" e "Grupos de Auto-ajuda").

Quando comparados os 3 períodos, verificam-se algumas alterações que se fazem sentir, refletindo assim uma maior e melhor definição daquilo que é a Rede de Referência para os serviços especializados. Verifica-se uma diminuição considerável dos utentes referenciados por iniciativa própria, e pelo extinto IDT, bem como uma diminuição (ainda que menor) nos utentes referenciados por familiares ou amigos. Por outro lado, verifica-se um aumento daquilo que são os indivíduos referenciados pelas CDT, pelas instituições judiciais ou de reinserção social, bem como pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

Tabela 18 - Comparação fonte de referênciação

Fonte de Referênciação	<2011	2011-2013	2014-2016
	n (%)	n (%)	n (%)
Instituto de Segurança Social (ISS)	53 (1.9)	76 (2.7)	54 (2.5)
Comissão Dissuasão da Toxicodependência	64 (2.3)	382 (13.4)	420 (19)
Outra unidade especializada (Adição)	21 (0.8)	48 (1.7)	30 (1.4)
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	6 (0.2)	49 (1.7)	102(4.6)
Instituição Escolar	6 (0.2)	27 (0.9)	31 (1.4)
Unidade Especializada (IDT)	283 (10.2)	132 (4.6)	65 (3)
Instituição Judicial / Inst. Reinserção Social	205 (7.4)	439 (15.3)	509 (23.1)
Família/Amigos	440 (15.9)	306 (10.7)	222 (10.1)
Auto-referenciado/ Iniciativa própria	1.024 (36.9)	961 (33.6)	405 (18.4)
Outros	120 (4.3)	133 (4.7)	128 (5.8)
Médico de Família/Cuidados Saúde Primários	13 (0.5)	78 (2.7)	66 (3)
Instituição de Saúde/outro profissional	184 (6.6)	132 (4.6)	122 (5.5)
Redução Danos com Metadona Baixo Limiar	26 (0.9)	15 (0.5)	14 (0.6)
Desconhecido	314 (11.3)	71 (2.5)	26 (1.2)
Redução Danos sem Metadona Baixo Limiar	8 (0.3)	10 (0.4)	7 (0.3)
Grupos de Auto-ajuda	-	2 (0.1)	6 (0.3)
Programa STOP	-	1 (0.03)	-

Tipo de inscrição (Motivo de tratamento)

Nos utentes com data de acolhimento anterior a 2011, em relação ao tipo de inscrição, são na sua maioria devido ao consumo de substâncias psicoativas (ilícitas) (94,9%), segue-se a inscrição por problemas ligados ao álcool, com baixa representatividade (3,1%) e outros (2,1%) (onde se incluem “Criança/ Jovem em risco”, “Parente”, “Ocasional”, “Família” e “Outra situação”).

No período 2011-2013, em relação ao tipo de inscrição, é na maioria devido ao

consumo de substâncias psicoativas (68,2%), segue a inscrição por problemas ligados ao álcool (13,4%), criança/ jovem em risco (12,3%) e outros (6,2%) (onde se incluem “ocasional”, “outra patologia aditiva”, “família” e “consulta de cessação tabágica”).

No período 2014-2016, em relação ao tipo de inscrição, é na maioria devido ao consumo de substâncias psicoativas (50,79%), criança/ jovem em risco (25,96%), por problemas ligados ao álcool (20,07%), e outros (3,17%) (onde se incluem “Parente”, “Ocasional Família”, “Outra patologia aditiva” e “Outra situação”).

Em relação ao tipo de inscrição dos utentes admitidos nos serviços especializados, observa-se um decréscimo significativo dos utentes admitidos apenas pelo consumo de substâncias psicoativas. No sentido inverso, há um número crescente no que diz respeito aos número de indivíduos inscritos como crianças ou jovens em risco, que vai de encontro aquilo que é o reforço da Rede de Referência em relação à referência de novos indivíduos, que são detetados em idades mais jovens, bem como pelo trabalho desenvolvido pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Verifica-se também a inscrição de utentes por problemas ligados ao álcool, uma vez que o número de utentes admitidos por consumo de álcool também tem vindo a sofrer um aumento nos serviços especializados.

Tabela 19 - Comparação tipo de inscrição

Tipo de inscrição	<2011	2011-2013	2014-2016
	n (%)	n (%)	n (%)
Criança/Jovem em risco	14 (0.5)	351 (12.3)	573 (26)
Consumo de outras substâncias psicoactivas	2.628 (94.9)	1.952 (68.2)	1121 (50,8)
Problemas ligados ao álcool	85 (3.07)	383 (13.2)	443 (20.1)
Parente	1 (0.04)	-	6 (0.3)
Ocasional	1 (0.04)	6 (0.2)	2 (0.1)
Família	1 (0.04)	3 (0.1)	4 (0.2)
Outra patologia aditiva	4 (0.1)	4 (0.1)	4 (0.2)
Consulta de cessação tabágica	-	1 (0.03)	-
Outra situação	36 (1.3)	163 (5.7)	54 (2.5)

Habilitações literárias

Nos utentes com data de acolhimento anterior a 2011, quanto às habilitações literárias, 75 (2,71%) dos indivíduos não tem qualquer nível de escolaridade, 403 (14,55%) concluiu o 1º Ciclo do ensino básico, 992 (35,81%) o 2º Ciclo do ensino básico, 811 (29,28%) o 3º Ciclo do Ensino Básico, 309 (11,16%) o Ensino Secundário e apenas 73 (2,64%) obtiveram o Grau Universitário.

No período 2011-2013, em relação às habilitações literárias, 48 (1,68%) dos indivíduos não tem qualquer nível de escolaridade, 409 (14,29%) concluiu o 1º Ciclo do ensino básico, 955 (33,36%) o 2º Ciclo do ensino básico, 918 (32,06%) o 3º Ciclo do Ensino Básico, 365 (12,75%) o Ensino Secundário e apenas 55 (1,92%) obtiveram o Grau Universitário.

No período 2014-2016, em relação às habilitações literárias, 50 (2,27%) dos indivíduos não tem qualquer nível de escolaridade, 289 (13,09%) concluiu o 1º Ciclo do ensino básico, 599 (27,14%) o 2º Ciclo do ensino básico, 767 (34,75%) o 3º Ciclo do Ensino Básico, 326 (14,77%) o Ensino Secundário e 56 (2,54%) obtiveram o Grau Universitário.

Analisando comparativamente as habilitações literárias pelos três períodos em análise, verifica-se uma melhoria daquilo que são as habilitações literárias dos indivíduos admitidos mais recentemente nos serviços especializados, quando comparados com os indivíduos admitidos nos anos anteriores. Existem assim mais indivíduos que completaram o 3º Ciclo do Ensino Básico ou Ensino Secundário. Ainda assim os indivíduos têm na sua generalidade baixo nível de escolaridade.

Tabela 20 - Comparação habilitações literárias

Habilitações Literárias	<2011	2011-2013	2014-2016	População geral
	n (%)	n (%)	n (%)	(%)
Sem escolaridade	75 (2.7)	48 (1.7)	50 (2.3)	(6,3)
1º Ciclo do ensino básico	403 (14.6)	409 (14.3)	289 (13.1)	(21,5)
2º Ciclo do Ensino básico	992 (35.8)	955 (33.4)	599 (27.1)	(10)
3º Ciclo do Ensino Básico	811 (29.3)	918 (32.1)	767 (34.8)	(20)
Ensino Secundário	309 (11.2)	365 (12.8)	326 (14.8)	(22,7)
Frequência Universitária	20 (0.7)	75 (2.6)	96 (4.4)	-
Grau Universitário	73 (2.6)	55 (1.9)	56 (2.5)	(19,6)
Desconhecido	87 (3.14)	38 (1.3)	24 (1.1)	-

Fonte: Elaboração própria; FFMS (2020).

Situação profissional

Nos utentes admitidos antes de 2011, em relação à sua situação profissional, 1.069 (38,6%) indivíduos encontram-se desocupados há um ano ou mais, em número idêntico, 1.068 (38,6%) encontra-se em situação de trabalho estável/regular, 165 (6%) como estudante ou formação profissional e 125 (4,5%) desocupados há menos de um ano.

No período 2011-2013, a maioria dos indivíduos mantém trabalho, 839 mantêm trabalho ocasional (29,3%) e 780 trabalho estável/regular (27,2%), 400 (14%) estão desocupados há um ano ou mais e 393 (13,7%) indivíduos encontram-se a estudar ou em formação profissional

No período 2014-2016, em relação à sua situação profissional, 580 (26,3%) mantêm trabalho estável/regular, 400 (14%) estão desocupados há um ano ou mais e 393 (13,7%) indivíduos encontram-se a estudar ou em formação profissional.

Na comparação dos 3 períodos, observa-se um aumento daquilo que são os indivíduos na situação de estudante ou em formação profissional, bem como os

indivíduos em situação de trabalho ocasional. Por outro lado, temos uma redução significativa daquilo que são os utentes desocupados há um anos ou mais, bem como uma diminuição dos utentes que mantêm a sua situação de trabalho estável/regular.

Tabela 21 - Comparação situação profissional

Situação profissional	<2011	2011-2013	2014-2016
	n (%)	n (%)	n (%)
Estudante/ Formação Profissional	165 (6.0)	393 (13.7)	511 (23.2)
Trabalho estável/regular	1.068 (38.8)	780 (27.2)	580 (26.3)
Reformado/Pensão Social por invalidez	23 (0.8)	31 (1.1)	46 (2.1)
Reformado/Pensão Social por idade	40 (1.4)	62 (2.2)	17 (0.9)
Desocupado há menos de um ano	125 (4.5)	17 (0.6)	7 (0.3)
Desocupado há um ano ou mais	1.069 (38.6)	400 (14)	245 (11.1)
Trabalho ocasional	66 (2.4)	839 (29.3)	504 (22.8)
Outra situação	128 (.6)	162 (5.7)	149 (6.8)
Desconhecido	86 (3.1)	179 (6.3)	148 (6.7)

Estado Civil

Nos utentes com data de admissão prévia a 2011, na sua maioria encontram-se solteiros, 1.704 (61,5%), 727 (26,3%) vivem casados ou em união de facto e 262 (9,5%) separados ou divorciados.

No período 2011-2013, a maioria dos indivíduos encontram-se solteiros, 1787 (62,4%), 671 (23,4%) vivem casados ou juntos e 362 (12,6%) separados ou divorciados.

No período 2014-2016, a maioria dos indivíduos encontram-se solteiros, 1.483 (67,2%), 451 (20,4%) vivem casados ou juntos e 248 (11,2%) separados ou divorciados.

Não se verificam alterações significativas no que diz respeito ao estado civil dos utentes em tratamento. Observa-se um ligeiro aumento daquilo que é a proporção

de indivíduos solteiros e uma diminuição no que respeita aos indivíduos que vivem casados ou juntos.

Tabela 22 - Comparação estado civil

Estado Civil	<2011	2011-2013	2014-2016
	n (%)	n (%)	n (%)
Solteiro	1.704 (61.5)	1.787 (62.4)	1.483 (67.2)
Casado/ Junto	727 (26.3)	671 (23.4)	451 (20.4)
Separado/ Divorciado	262 (9.5)	362 (12.6)	248 (11.2)
Viúvo	16 (0.6)	23 (0.8)	13 (0.6)
Desconhecido	61 (2.2)	20 (0.7)	12 (0.5)

Tipo de Alojamento

Nos utentes com data de acolhimento anterior a 2011, quanto ao tipo de alojamento onde vivem, a grande maioria, 2.078 (75%) vive num alojamento do tipo familiar clássico (vivenda ou apartamento), 91 (3,3%) em alojamento do tipo familiar não clássico (barraca, casa rudimentar, improvisado ou móvel), 66 (2,4%) encontram-se em estabelecimentos prisionais, 57 (2,1%) em outro alojamento de convivência (outras instituições de apoio social), 33 (1,2%) vivem na “rua”. As “outras situações” dizem respeito a 42 indivíduos (1,5%) (incluem "Centro de Abrigo", "Hóteis, pensões e similares", "Estrutura de Reinserção de Toxicodep." e "Serviço de Saúde").

Para o período 2011-2013, quanto ao tipo de alojamento onde vivem, a grande maioria, 2.257 (78,8%) vive num alojamento do tipo familiar clássico (vivenda ou apartamento), 130 (4,5%) em alojamento do tipo familiar não clássico (barraca, casa rudimentar, improvisado ou móvel), 130 (4,5%) encontram-se em estabelecimentos prisionais, 62 (2,2%) em outro alojamento de convivência (outras instituições de apoio social), 27 (1,2%) vivem na “rua”. As “outras situações” dizem respeito a 135 indivíduos (4,7%) (incluem “Outras situações” não especificados, “Estrutura de Reinserção de Toxicodep.”, “Hóteis, pensões e similares”, “Centro de Abrigo” e “Serviço de Saúde”).

Para o período 2014-2016, quanto ao tipo de alojamento onde vivem, a grande

maioria, 1.765 (78%) vive num alojamento do tipo familiar clássico (vivenda ou apartamento), 109 (4,9%) em alojamento do tipo familiar não clássico (barraca, casa rudimentar, improvisado ou móvel), 130 (4,4%) encontram-se em estabelecimentos prisionais, 65 (3%) em outro alojamento de convivência (outras instituições de apoio social), 13 (0,6%) vivem na “rua”. As “outras situações” dizem respeito a 108 indivíduos (4,9%) (incluem “Outras situações”, “Estrutura de Reinserção de Toxicodependentes”, “Hotéis, pensões e similares”, “Centro de Abrigo” e “Serviço de Saúde”).

Não se observam diferenças significativas naquilo que é o tipo de habitação dos utentes que se encontram em tratamento nos serviços especializados. A grande maioria permanece num alojamento do tipo familiar clássico. Verifica-se um ligeiro aumento dos utentes em estabelecimentos prisionais face aos anos mais recentes. Outro aspeto a salientar, embora apresente baixa representatividade, é o número de indivíduos que vivem na rua, em situação de sem-abrigo.

Tabela 23 - Comparação tipo de alojamento

Tipo de Alojamento	<2011	2011-2013	2014-2016
	n (%)	n (%)	n (%)
Familiar clássico	2.078 (75)	2.257 (78.8)	1.765 (78)
Estrutura de Reinserção de Toxicodependência	2 (0.1)	24 (0.8)	20 (0.9)
Familiar não clássico	91 (3.3)	130 (4.5)	109 (4.9)
Estabelecimento Prisional	66 (2.4)	130 (4.5)	97 (4.4)
Rua	33 (1.2)	27 (0.9)	13 (0.6)
Hotéis, pensões e similares	7 (0.3)	14 (0.5)	12 (0.5)
Centro de abrigo	15 (0.5)	21 (0.7)	16 (0.7)
Serviço de Saúde	1 (0.04)	2 (0.1)	2 (0.1)
Outras situações	17 (0.6)	74 (2.6)	58 (2.6)
Outro alojamento coletivo de convivência	57 (2.1)	62 (2.2)	65 (3)
Desconhecido	403 (14.6)	122 (4.3)	50 (2.3)

Familiar consumidor

Nos utentes com data de acolhimento anterior a 2011, em relação à história de familiares consumidores (sejam substâncias lícitas ou ilícitas), observa-se que 1.195 (43%) dos indivíduos refere que a sua mãe tem ou teve problemas relacionados com o consumo de substâncias, 1.098 (39,6%) em que o pai tem ou teve problemas relacionados com consumos de substâncias e 898 (32,4%) o irmão. 1.255 (44,2%) referem ter pai ou mãe com problemas de consumo, 1.068 (38,6%) têm ambos os pais. 1.545 (55,8%) referem que nenhum dos pais tem problemas relacionados com o consumo de substâncias.

No período 2011-2013, em relação à história de familiares consumidores (sejam substâncias lícitas ou ilícitas), observa-se que 1.172 (40,9%) dos indivíduos refere que a sua mãe tem ou teve problemas relacionados com o consumo de substâncias, 830 (29%) em que o pai tem ou teve problemas relacionados com consumos de substâncias e 607 (21,2%) o irmão. 1239 (43,3%) referem ter pai ou mãe com problemas de consumo, 763 (26,7%) têm ambos os pais. 1.624 (56,7%) referem que nenhum dos pais tem problemas relacionados com o consumo de substâncias.

No período 2014-2016, em relação à história de familiares consumidores (sejam substâncias lícitas ou ilícitas), observa-se que 959 (43,5%) dos indivíduos refere que a sua mãe tem ou teve problemas relacionados com o consumo de substâncias, 697 (31,6%) em que o pai tem ou teve problemas relacionados com consumos de substâncias e 486 (22%) o irmão. 1.239 (47%) referem ter pai ou mãe com problemas de consumo, 618 (28%) têm ambos os pais. 1.169 (53%) referem que nenhum dos pais tem problemas relacionados com o consumo de substâncias.

Analisando uma tabela, verificamos que para os 3 períodos definidos existe um número elevado de utentes com familiares com problemas derivados do consumo de substâncias. Nos utentes em tratamento observa-se que em pelo menos 43% dos indivíduos o pai ou mãe tem ou teve problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas.

Tabela 24 - Comparação familiar consumidor

Familiar	<2011	2011-2013	2014-2016
consumidor	n (%)	n (%)	n (%)
Pai	1.098 (39.6)	830 (29)	697 (31.6)
Mãe	1.195 (43)	1.172 (40.9)	959 (43.5)
Pai e Mãe	1.068 (38.6)	763 (26.7)	618 (28)
Pai ou Mãe	1.225 (44.2)	1.239 (43.3)	1.038 (47)
Nem Pai nem Mãe	1.545 (55.8)	1.624 (56.7)	1.169 (53)
Irmão	898 (32.4)	607 (21.2)	486 (22)
Avô/Avó	23 (0.8)	116 (4.1)	85 (3.9)

Antecedentes judiciais

Nos utentes com data de acolhimento anterior a 2011, no que respeita aos antecedentes judiciais, verifica-se que 309 (11,2%) dos indivíduos teve pelo menos um episódio de problemas judiciais relacionados com o seu consumo (seja pela posse/consumo de substâncias ilícitas ou pelo seu tráfico). Por substância verifica-se que são os utentes com problemas de consumo relacionados com a heroína, os que apresentam em maior número antecedentes judiciais com 243 indivíduos.

Para o período 2011-2013, no que respeita aos antecedentes judiciais, verifica-se que 868 (30,3%) dos indivíduos teve pelo menos um episódio de problemas judiciais relacionados com o seu consumo (seja pela posse/consumo de substâncias ilícitas ou pelo seu tráfico). Por substância verifica-se que são os utentes com problemas de consumo relacionados com a heroína, os que apresentam em maior número antecedentes judiciais com 355 indivíduos, e de seguida os consumidores de cannabis com 332, álcool 123 e a cocaína com 48 indivíduos.

Em relação ao período 2014-2016, no que respeita aos antecedentes judiciais, verifica-se que 931 (42,2%) dos indivíduos teve pelo menos um episódio de problemas judiciais relacionados com o seu consumo (seja pela posse/consumo de substâncias ilícitas ou pelo seu tráfico). Por substância verifica-se que são os

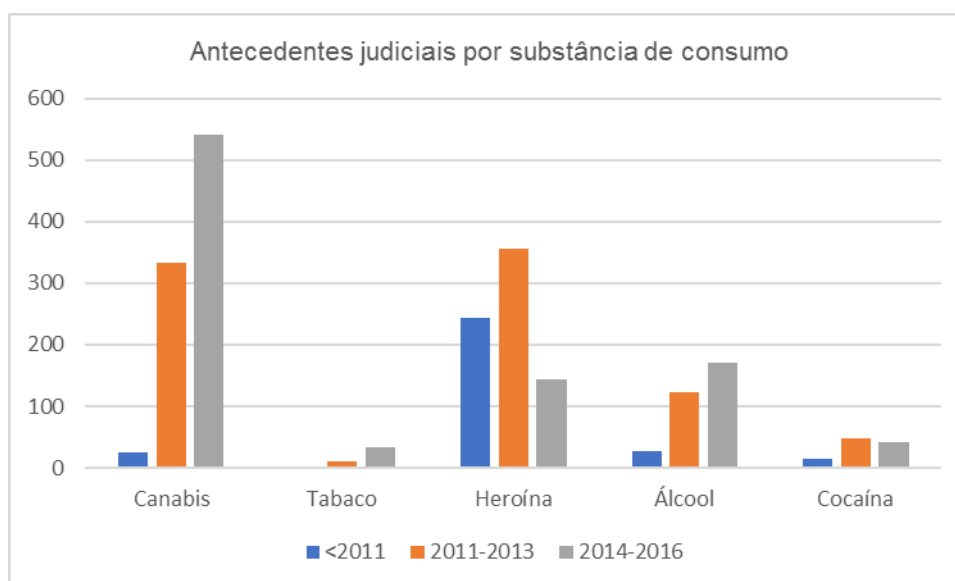
utentes com problemas de consumo relacionados com a cannabis, os que apresentam em maior número antecedentes judiciais com 542 indivíduos (ou seja 54%) dos indivíduos consumidores de canábis), e de seguida os consumidores de álcool com 171, heroína 144 e a cocaína com 41 indivíduos.

Observando aquilo que são as tendências na proporção de indivíduos com antecedentes judiciais relacionados com os problemas de consumo, verificamos que existe aqui um aumento significativo em relação aos anos anteriores. Por substância, eram os consumidores de heroína os que apresentavam em maior proporção problemas deste âmbito em anos anteriores. Mais recentemente observa-se que é a cannabis que tem vindo a aumentar, sendo a principal substância associada aos problemas judiciais dos nossos utentes para o último período em estudo.

Tabela 25 - Comparação antecedentes judiciais

Antecedentes judiciais	<2011	2011-2013	2014-2016
	n (%)	n (%)	n (%)
Não	994 (35.9)	1.995 (69.7)	1.276 (57.8)
Sim	309 (11.2)	868 (30.3)	931 (42.2)
Desconhecido	1.467 (53)	-	-

Figura 7 - Comparação antecedentes judiciais por substância de consumo



Prisão efetiva

Quanto aos indivíduos condenados com pena de prisão efetiva no período <2011, temos 305 (11%) que estiveram condenados, sendo que na maioria dos casos (81,9%) não foi possível obter essa informação (por preenchimento “desconhecido” ou por não se encontrar preenchido este campo). Por substância, são também os consumidores de heroína os que apresentam em maior número os casos de condenações com prisão efetiva, com 275 indivíduos condenados.

No período 2011-2013, quanto aos indivíduos condenados com pena de prisão efetiva, temos 373 (13%) que estiveram condenados, sendo que na maioria dos casos (64,7%) não foi possível obter essa informação (por preenchimento “desconhecido” ou por não se encontrar preenchido este campo). Por substância, são também os consumidores de heroína os que apresentam em maior número os casos de condenações com prisão efetiva, com 278 indivíduos condenados.

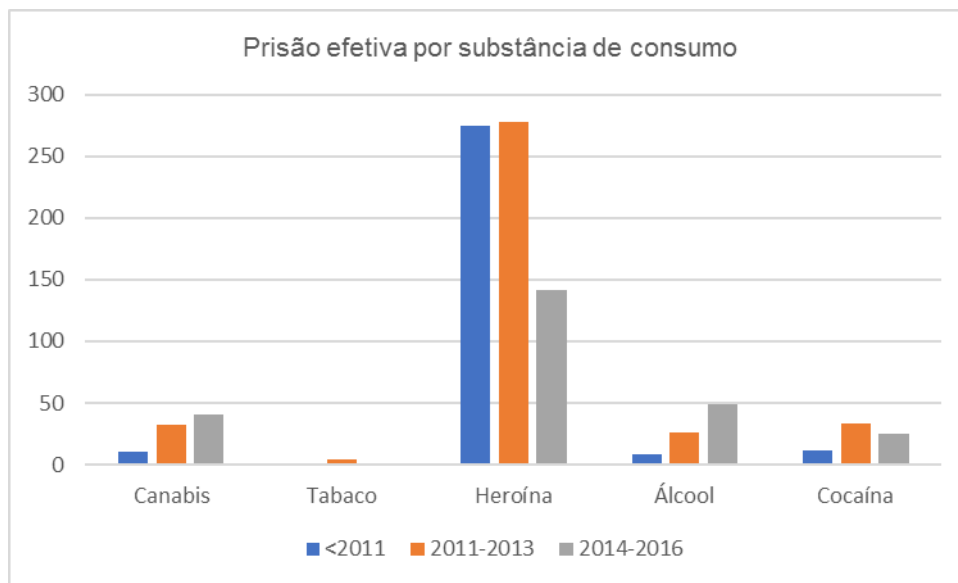
No último período definido, 2014-2016, em relação aos indivíduos condenados com pena de prisão efetiva, temos 257 (11,6%) que estiveram condenados, sendo que na maioria dos casos (61,9%) não foi possível obter essa informação (por preenchimento “desconhecido” ou por não se encontrar preenchido este campo). Por substância, são também os consumidores de heroína os que apresentam em maior número os casos de condenações com prisão efetiva, com 141 indivíduos condenados.

Quando comparamos os 3 períodos, verifica-se um aumento tendencial naquilo que é a proporção de utentes sem pena de prisão efetiva. Por outro lado não se verificam alterações significativas naquilo que é a proporção de utentes que cumpriram pena de prisão. No período <2011 era de 7,1%, no 2º período 22,3% e 26,4% no último período definido. Ainda assim, é necessária cautela na interpretação destes resultados uma vez que existe uma elevada prevalência de casos “desconhecidos” (sem registo desta informação). A heroína continua a ser a principal substância de consumo associada aos casos de prisão efetiva, e observa-se também um ligeiro aumento do número de casos entre os consumidores de cannabis e álcool nos anos mais recentes face aos anteriores.

Tabela 26 - Comparação prisão efetiva

Prisão efetiva	<2011	2011-2013	2014-2016
	n (%)	n (%)	n (%)
Não	197 (7.1)	637 (22.3)	583 (26.4)
Sim	305 (11)	373 (13)	257 (11.6)
Desconhecido	2.268 (81.9)	1.853 (64.7)	1.367 (61.9)

Figura 8 - Comparação prisão efetiva por substância de consumo



Pretende-se com esta análise para os 3 períodos definidos, caracterizar o perfil e comparar os indivíduos que recorreram aos serviços especializados para tratamento por problemas relacionados com os consumos de substâncias psicoativas. Deste modo destaca-se:

- Quanto à substância principal de consumo que leva os utentes a recorrer aos serviços especializados para tratamento, observa-se que a heroína, que era a substância que se encontrava associada ao maior número de indivíduos, começa a diminuir entre os novos utentes. No último período definido (2014-2016), a cannabis surge como a substância que mais leva à procura dos serviços, com um crescimento significativo do número de utentes. Observa-se também uma tendência do aumento do número de utentes admitidos para tratamento por problemas ligados ao consumo de álcool;

- Relativamente à idade de início dos consumos, no decorrer dos 3 períodos, destacamos a sua diminuição de uma forma geral quando analisadas todas as substâncias. São a cannabis, aos 16 anos de idade e o tabaco aos 15 anos de idade, as substâncias com início de consumos em idades mais jovens;
- Em relação ao tempo de procura dos serviços especializados, ou seja, o tempo desde o início dos consumos e a procura de ajuda para tratamento, tem vindo a diminuir naquelas que são as substâncias com início de consumos em idades mais jovens, que são a cannabis e o tabaco. No sentido inverso este valor tem aumentado para a heroína, cocaína e álcool. O álcool é a substância que tem o maior período entre o início dos consumos e a procura de ajuda, o que poderá estar relacionado com a sua aceitação cultural associada;
- A variável fonte de referenciação, que nos indica por quem foi enviado o indivíduo que nos chega aos serviços de tratamento, também tem vindo a sofrer alterações ao longo dos 3 períodos definidos. O número de indivíduos que nos chegam por iniciativa própria, ou por familiares e amigos (principais fontes de referenciação para o período <2011), tem vindo a diminuir. Verifica-se um crescimento do número de utentes que nos chegam provenientes daquilo que é definida como a Rede de Referenciação e articulação entre os vários serviços intervenientes. Para o último período (2014-2016), os utentes chegam-nos sobretudo através das CDT e instituições judiciais ou de reinserção social. Ainda que o modelo para a Rede de Referenciação esteja bem definido em termos concetuais, é necessário um reforço da mesma, com a participação significativa de mais intervenientes. Se observarmos por exemplo o número de utentes referenciados pelas instituições escolares, vemos que estas têm um peso pouco significativo naquilo que é a referenciação de novos indivíduos, no entanto sabemos que existe um aumento do número considerável de utentes que nos chegam em idade escolar e que se encontram nestas instituições. Deve haver uma aposta nesta rede, de modo a torná-la mais

eficaz e robusta, facilitando aquilo que deve ser a proximidade dos serviços de tratamento especializados junto das comunidades onde existem os problemas. Esta tem sido uma lacuna apontada e uma dificuldade sentida por quem trabalha nesta área (Real e Vieira, 2019);

- Analisando o tipo de inscrição, que é o motivo da inscrição daquele indivíduo, já nos serviços de tratamento especializados, verificamos que nos utentes com data de acolhimento prévia a 2011, eram na sua maioria (94.9%) constituída por indivíduos inscritos apenas pelo consumo de outras substâncias psicoativas (que são as substâncias ilícitas). No último período analisado (2014-2016), observa-se que este continua a ser o principal motivo de inscrição, mas com uma menor proporção (50,8%, do total dos utentes admitidos). Neste último período observa-se que o motivo de inscrição tem vindo a aumentar, no que respeita aos utentes inscritos na situação de crianças e jovens em risco (26%, do total de utentes admitidos), bem como nos utentes inscritos por problemas ligados ao álcool (20,1%, do total de utentes admitidos). Estes resultados vão de encontro aquilo que são as alterações do perfil e das características dos novos utentes admitidos, que são na sua maioria mais jovens, consumidores de cannabis e consumidores de álcool;
- No que diz respeito à habilitação literária, que é a identificação do nível de escolaridade dos indivíduos, verifica-se uma melhoria tendencial nos utentes com data de acolhimento mais recente, o que acompanha aquilo que são também as tendências de melhoria, quando comparados com os dados referentes à população portuguesa no geral. Ainda assim, observa-se que os utentes admitidos no período mais recente (2014-2016), quando comparados com a população na sua generalidade, apresentam uma proporção inferior em níveis de escolaridade superiores, nomeadamente no que diz respeito à conclusão do nível secundário e universitário (FFMS, 2020). Sabemos que o consumo de substâncias psicoativas tem uma influência negativa naquilo que é o sucesso escolar dos indivíduos consumidores, o que pode justificar estes resultados (Heradstveit et al., 2017);

- Sobre a situação profissional, que é a identificação da atividade profissional, observa-se aquilo que já foi referenciado anteriormente relativamente ao número de estudantes (ou em formação profissional), que tem vindo a aumentar nos utentes com data de acolhimento mais recente. Se observarmos também os indivíduos com data de acolhimento mais recente (2014-2016), apenas 580 mantêm uma situação de trabalho estável regular e 504 trabalho ocasional. Tendo em conta que a população em idade ativa (com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos) é constituída por 1954 indivíduos, verifica-se que apenas 55,5% mantêm algum tipo de trabalho. Resultado esse que pode ser em parte explicado pelo impacto negativo que o consumo de substâncias tem na vida destes indivíduos;
- Quanto ao estado civil, não se verificam alterações significativas entre os períodos comparados. Os utentes encontram-se na sua maioria (aproximadamente 60%) solteiros;
- Relativamente ao tipo de alojamento, que é a identificação do tipo de habitação dos indivíduos, não se verificam alterações significativas entre os utentes quando comparados pelos períodos relativos à data de acolhimento, sendo que a maioria (aproximadamente 78%) vive num tipo de habitação familiar clássica (que corresponde a vivenda ou apartamento). Ainda que não seja muito significativo em termos de proporção, é importante referir que o número de indivíduos a viver na rua (em situação de sem abrigo) tem vindo a diminuir, quando comparados os 3 períodos definidos. Os utentes que vivem na rua são na generalidade dos casos, utentes com pior qualidade de vida e com maior prevalência de consumos de risco e problemáticos, quando comparados com outros indivíduos consumidores;
- No que se refere ao familiar consumidor, onde se procura determinar se o indivíduo tem na família antecedentes de consumos problemáticos, constata-se que para os 3 períodos em análise os indivíduos apresentam história de familiares diretos com problemas relacionados com o consumo

de substâncias. Mais de 40% dos indivíduos (valor aproximado) refere que o seu pai ou a mãe tem ou teve problemas relacionados com os seus consumos. O consumo na parentalidade tem sido associado como fator de risco para esta doença (Jääskeläinen et al. 2016), algo que se verifica na nossa amostra de utentes;

- Analisando os antecedentes judiciais, ou seja, se já teve algum processo judicial em curso, é possível verificar que são os utentes admitidos nos serviços no período mais recente (2014-2016), os que apresentam em maior número e proporção (42,2%) os casos de problemas com a justiça. Embora este número seja mais elevado para a população com data de admissão mais recente, verificamos que existe um elevado número de casos desconhecidos relativamente aos antecedentes judiciais naqueles que são os utentes com data de acolhimento mais antiga, não sendo por isso adequado uma análise comparativa entre estes dois grupos. Nos utentes com data de acolhimento mais recente, são os consumidores de cannabis os que apresentam em maior número os casos de antecedentes judiciais;
- Por último, e em relação à variável prisão efetiva, onde se procura saber se o utente já esteve detido, a cumprir pena de prisão efetiva, verifica-se um aumento da proporção de utentes sem pena de prisão efetiva nos períodos mais recentes.

6. CONCLUSÃO

Quando abordamos o tema das drogas e das substâncias psicoativas, não nos podemos esquecer que este é um fenómeno que se encontra em constante evolução. Os problemas relacionados com o consumo de substâncias que se colocam atualmente, não são os mesmos que nos eram colocados há 20, 15 ou 10 anos. É por isso importante prestarmos atenção às tendências atuais, para que se possa minimizar o impacto negativo que estas substâncias causam nas nossas sociedades e intervir da forma mais adequada, à luz daquilo que é o nosso conhecimento acerca das mesmas.

Atualmente temos vindo a assistir a um novo paradigma daquilo que são os padrões de consumo e características dos novos consumidores de substâncias psicoativas. No início da década de 80, quando se começou a investir no tratamento dos indivíduos consumidores de substâncias psicoativas, a substância que causava o enorme impacto e alarme social era a heroína. Tínhamos em Portugal uma elevada taxa de consumidores de risco, com uma prevalência significativa de doenças infecciosas no seio desta população, nomeadamente VIH e Hepatite C, muito por culpa dos consumos endovenosos e pela partilha desse material de consumo injetável. Graças ao investimento feito no âmbito desta problemática que se fazia sentir, os resultados obtidos são sobejamente conhecidos, e continuamos a ser aclamados pela famosa Lei da Descriminalização e da criação do Modelo Português no combate às drogas.

No entanto, para além da heroína existem outras substâncias de consumo e como referido anteriormente, as tendências de consumo vão-se alterando e observamos agora um crescimento do consumo problemático de substâncias psicoativas como a cannabis e a cocaína, sem esquecer que as substâncias mais consumidas e com maior impacto no nosso país, continuam a ser o álcool e o tabaco e são as que têm maior aceitação por parte da nossa sociedade em geral.

Neste momento temos assim um novo perfil de utentes que recorrem aos nossos serviços especializados para tratamento, por problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. Estes são utentes na sua maioria consumidores de cannabis, com uma média de idades mais baixa, que se situa nos 23 anos. O início dos consumos tende a ser também em idades mais jovens,

aos 16 anos, quando comparados com outras substâncias. Verifica-se que entre os novos consumidores admitidos para tratamento existe uma prevalência significativa de familiares com problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, bem como antecedentes judiciais associados.

É necessário repensar o modelo de respostas para o tratamento dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal, bem como as ações preventivas levadas a cabo neste âmbito. Embora os resultados do trabalho sejam referentes à região Centro e a um horizonte temporal não muito alargado, vão a encontro daquilo que são as preocupações dos principais intervenientes nesta área, sobretudo no que diz respeito aos consumos de cannabis entre a nossa população mais jovem e ao crescente consumo de álcool.

Os ganhos alcançados no passado, não podem permitir o desinvestimento que se faz sentir. É necessário um reforço profundo, baseado sobretudo na ação e vontade política, sob pena de estarmos a assistir ao surgir de uma nova problemática que apresenta enormes incertezas sobre quais as repercussões futuras que poderá ter junto da população, especialmente a jovem.

Identificamos neste estudo algumas limitações, designadamente, salientamos o facto de que tenhamos recorrido apenas a métodos estatísticos descritivos, o que não nos permite extrapolar estes resultados para uma população mais abrangente. A amostra caracteriza apenas os indivíduos que recorreram aos serviços especializados para tratamento na região centro e embora represente uma amostra significativa, não nos permite saber se poderão existir diferenças que se verifiquem noutras regiões, em zonas urbanas de maior dimensão como Lisboa ou Porto (por exemplo), sabendo de antemão que o fenómeno das drogas é consequência de vários fatores, também eles socio culturais e económicos. De igual forma, este estudo reflete apenas os resultados dos indivíduos que recorreram aos serviços para tratamento especializado, sendo que os resultados podem ser diferentes em utentes que não se encontram ainda referenciados para tratamento.

Como investigações futuras que permitiriam explorar em mais detalhe esta base de dados, seria interessante analisar a problemática do policonsumo (indivíduos com consumos de múltiplas substâncias); verificar se existem diferenças em utentes que se mantêm em tratamento ambulatorio, face aos indivíduos com necessidade de internamento; analisar, recorrendo a modelos de regressão a

relação entre os indivíduos que mais vezes recorrem aos serviços e se mantêm em tratamento durante mais tempo e as características sociodemográficas e outras que possam fazer sentido; analisar a variável do tempo que decorre entre o início do consumo e a procura dos serviços especializados para tratamento, para avaliar se existe alguma variável que possa ter influência. Seria também importante e interessante a realização de mais estudos semelhantes a este, noutras regiões e alargar o horizonte temporal para tentar perceber se existem diferenças naquilo que é o perfil do utente que procura ajuda devido aos seus problemas relacionados com o consumo de substâncias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angel, Pierre; Richard, Denis; Valleur, Marc (2002) *Toxicomanias*. Lisboa: Climpsei Editores.

Associação Americana de Psiquiatria (2014) *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição*. Lisboa: Climpsei Editores.

Augusto, João P. (2016) *Tratamento de Dependências Evolução do Sistema Português 1958-2014*. Lisboa: SICAD.

DGS: Direção Geral de Saúde (29 de Maio de 2013) “SIM- Sistema de Informação Multidisciplinar (SICAD)” <http://dis.dgs.pt/2013/05/29/sistema-de-informacao-multidisciplinar/> [2 de Junho de 2018].

DGS; Institute for Health Metrics and Evaluation (2018) *Portugal: The Nation's Health 1990-2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Seattle: IHME.

Domostawski, Artur (2011) *Política da Droga em Portugal. Os benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*. Varsóvia: Open Society Foundations.

Heradstveit, O.; Skogen, J.; Hetland, J.; Hysing, M. (2017) “Alcohol and Illicit Drug Use Are Important Factors for School-Related Problems among Adolescents” *Frontiers in Psychology*. 8(1023).

FFMS (2020) PORDATA - indicadores da população residente com 15 e mais anos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado [1 de Outubro de 2020].

Freitas, Inês A. (2017) *A extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência: Análise da decisão política*. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas.

Instituto Universitário de Lisboa. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15044/5/CD_1.pdf [1 de Outubro de 2020]

Gonçalves, Ricardo; Lourenço, Ana; Silva, Sofia (2015) “A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for fight against drugs” *Internacional Journal of Drug Policy*. 26, 199-209.

Goulão, João (2016) “Entrevista com João Goulão”. *Dependências*. Outubro 2016, 4-9.

Greenwald, Glen (2009) *Drug Decriminalization in Portugal. Lessons for Creating fair and successful drug policies*. Massachusetts: Cato Institute.

Jääskeläinen, M; Holmila, M; Notkola, I.; Raitasalo, K. (2016) “Mental disorders and harmful substance use in children of substance abusing parents: A longitudinal register-based study on a complete birth cohort born in 1991” *Drug and Alcohol Review*. 35(6), 728-740.

Luís Patrício (1997) *Face à droga como (re)agir?*. Lisboa: Antunes e Amilcar.

Martins, Vera L. (2013) “A política de descriminalização de drogas em Portugal” *Serv. Soc. Soc.* 114, 332-346.

NIDA (2013): National Institute on Drug Abuse “Methamphetamine” <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/methrrs.pdf> [5 de Janeiro de 2020].

NIDA (2015): National Institute on Drug Abuse “Hallucinogens and Dissociative Drugs” <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/hallucinogensrrs4.pdf> [5 de Janeiro de 2020].

NIDA (2016): National Institute on Drug Abuse “Cocaine” <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1141-cocaine.pdf> [5 de Janeiro de 2020].

NIDA (2018): National Institute on Drug Abuse “Understanding Drug Use and Addiction” <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-understanding-drug.pdf> [5 de Janeiro de 2018].

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2011) *Drug Policy Profiles – Portugal*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2017) *Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e Evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Organização Mundial de Saúde (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostics guidelines*. Suíça: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2004) *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Suíça: OMS

Poiares, C. (1998) “As drogas ilícitas: Consumo, Incriminação e Desculpabilização” *TOXICODPENDÊNCIAS*. 3, 57-66.

SICAD (2013) *Rede de Referência/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: SICAD

Real, D.; Vieira, R. (2019) “Psychoactive Substance Abuse in Adolescence and Social Work in the School: A Point a View from Professionals and Students in Castelo Branco, Portugal” *Child and Adolescent Social Work Journal*. 36, 329-335.

SICAD (2019a) *Relatório Anual 2018 – A situação do País em Matéria Álcool*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lisboa: SICAD.

SICAD (2019b) *Relatório Anual 2018 – A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lisboa: SICAD

SICAD (2020a): Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências “Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência” <http://www.sicad.pt/PT/Dissuasao/SitePages/cdt.aspx> [20 de Janeiro de 2020].

SICAD (2020b): Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências “Política Portuguesa” <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx> [20 de Janeiro de 2020].

SICAD (2020c): Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências “Substâncias Psicoativas” <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/default.aspx> [22 de Maio de 2020].

Socidrogalcol (2018) *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valência: Socidrogalcohol.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General (2016) *Facing Addiction in America: The Surgeon General’s Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Washington: HHS.

UNODC (2017) *World Drug Report 2017* Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.

Koob, George F.; Volkow, Nora D. (2010) “Neurocircuitry of Addiction” *Neuropsychopharmacology*. 35, 217-238.

Volkow, Nora D.; Koob, George F.; McLellan, A. Thomas (2016) “Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction” *The New England Journal of Medicine*. 374, 363-371.

APÊNDICE

Nota explicativa: este apêndice é uma cópia daquilo que foi utilizado para a obtenção da maioria dos resultados apresentados no presente estudo, em programa informático STATA.

version 13.0

```
capture cd "C:\Users\USER\Desktop\Varios\Mestrado FEUC\Ficheiros
Dissertação\Bases_Dados"
```

```
capture cd "C:\Oscar\Dropbox\Orientacao_Teses\Davide Cruz"
```

```
***** abre a base de dados*****
```

```
use Base_dados_completa_ST13.dta, clear //Abre a Base de dados
```

```
set more off
```

```
*****
```

```
** ZONA DE CRIAÇÃO DE NOVAS VARIÁVEIS E GESTÃO DOS
DADOS*****
```

```
*****
```

```
generate ano_acolhimento = year(Data_Acolhim)
```

```
generate ano_acolhimento2 = ano_acolhimento
```

```
replace ano_acolhimento2 = ano_acolhimento-100 if ano_acolhimento > 2016
```

```
drop ano_acolhimento
```

```
generate ano_nascimento = (Ano - IDADE)
```

```
generate ano_inicio_consumo = ano_nascimento + INICIOCONSUMO if
```

```
INICIOCONSUMO > 11
```

```
generate duracao = ano_acolhimento2 - ano_inicio_consumo
```

```
sort NUMUTENTE Ano
```

```
by NUMUTENTE : gen dup = cond(_N==1,0,_n)
```

```
** dup = 0 // APENAS A POPULAÇÃO COM UMA ENTRADA
```

```
** dup = 1 // os que têm mais de uma visita, mas deixando-os apenas uma vez
```

```
** keep if dup <=1 // toda a população que alguma vez foi atendida, mas cada
um aparece apenas uma vez.
```

```
move dup Ano
```

```
move IDADEINICIOCONSUMOVIAENDO IDADE
```

```
move INICIOCONSUMO IDADE
```

```
move INICIOCONSUMOREGULAR IDADE
```

```
move INICIOCONSUMOEV IDADE
```

```
move ano_acolhimento2 Data_Acolhim
```

```
move ano_nascimento IDADE
```

```
move ano_nascimento IDADE
```

```
move ano_inicio_consumo ano_nascimento
```

```
move duracao IDADE
```

```
*** AGRUPAR AS SUBSTANCIAS;
```

```
generate cannabis = (Subs_Principal == 1 | Subs_Principal == 19)
```

```
generate tabaco = (Subs_Principal == 2 | Subs_Principal == 31)
```

```
generate heroína = (Subs_Principal == 3 | Subs_Principal == 28)
```

```
generate cocaína = (Subs_Principal == 7 | Subs_Principal == 27 | Subs_Principal == 14 |
```

```

Subs_Principal == 6)
*generate crack = (Subs_Principal == 6) foi alocado na cocaína
generate alcool = (Subs_Principal == 8 | Subs_Principal == 11 | Subs_Principal == 13 |
Subs_Principal == 16 | Subs_Principal == 29 )
generate seminformacao = (Subs_Principal == 40)
generate sem_droga_principal = (Subs_Principal == 39)
generate x1 = cannabis
generate x2 = tabaco
generate x3 = heroína
*generate x4 = crack
generate x5 = alcool
generate x6 = cocaína
generate x7 = seminformacao
generate x8 = sem_droga_principal
generate outros = (x1 ==0 & x2 ==0 & x3 ==0 & x5 ==0 & x6 ==0 & x7 ==0 & x8 == 0)
drop if outros == 1
drop if x7 == 1
drop if x8 == 1
generate droga = 1 if x1 == 1
replace droga = 2 if x2 == 1
replace droga = 3 if x3 == 1
*replace droga = 4 if x4 == 1
replace droga = 5 if x5 == 1
replace droga = 6 if x6 == 1

tab droga if PRIMEIROTRAT == 1
tab droga if PRIMEIROTRAT == 0
tab droga if PRIMEIROTRAT == 999

sort NUMUTENTE
by NUMUTENTE: egen visitas = max(dup)
replace visitas = 1 if visitas == 0

*****
** FIM DA ZONA DE CRIAÇÃO DO DAS
VARIÁVEIS*****
*****
*****
** PARA DEIXAR APENAS OS REGISTOS DOS INDIVIDUOS QUE APENAS
APARECEM UMA VEZ
***** PERFIL DOS UTENTES -- APENAS UM REGISTO DE CADA UM
** MESMO QUE UM UTENTE TENHA IDO VÁRIOS ANOS, APENAS APARECE
UMA VEZ
keep if dup < 2

*****
** ANÁLISE ESTATÍSTICA
** DESCRIÇÃO DO PERFIL DE TODOS OS UTILIZADORES *****
*****
*****

```

```

**** PARA FAZER A ANÁLISE POR Ano de acolhimento ****
scalar ano1 = 1978
scalar ano2 = 2010
**** ANÁLISE PARA TODOS OS ANOS COLOCA ano1 = 1920 e ano2 =2020,
*** ANÁLISE PARA UM INTERVALO ENTRE ANOS COLOCAS OS LIMIARES DO
HORIZONTE TEMPORAL
keep if (ano_acolhimento2 >=ano1 & ano_acolhimento2 <=ano2)
*****

```

```

* VARIÁVEL SEXO

```

```

tab Sexo
tab Sexo if PRIMEIROTRAT == 1 & PRIMEIROTRAT ~999
tab Sexo if PRIMEIROTRAT == 0 & PRIMEIROTRAT ~999
**

```

```

*Também pode ser a instrucao sum
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 1), detail
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 2), detail
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 3), detail
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 4), detail
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 5), detail
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 6), detail

```

```

summarize IDADE
tab Sexo
tab Fonte_Ref
tab Estudo
tab Alojamento_T
tab PRIMEIROTRAT
tab Civil
tab Profissao
tab NRIRMAOS

```

```

*keep if NRIRMAOS >0
tab N_irmaos_consume
tab COMPANHEIROCONSUMO
tab SEMANTJUDICIAIS
tab PRISAOEFECTIVA
tab ano_acolhimento2
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 1 | duracao >= 0 & droga == 2 | duracao >= 0 &
droga == 3| duracao >= 0 & droga == 5| duracao >= 0 & droga == 6)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 1)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 2)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 3)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 5)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 6)
*keep if PRIMEIROTRAT == 1
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 1 | duracao >= 0 & droga == 2 | duracao >= 0 &
droga == 3| duracao >= 0 & droga == 5| duracao >= 0 & droga == 6)

```

```

sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 1)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 2)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 3)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 5)
sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 6)
tab NRFILHOS
tab INICIOCONSUMO
tab Tipo_inscricao
tab Pai
tab Mae

generate Pais = (Pai == 1 | Mae == 1)
move Pais Pai
tab Pais
tab Irmao
tab Avo
tab droga
generate idadeconsumo = (ano_inicio_consumo - ano_nascimento)
move idadeconsumo IDADE
sum idadeconsumo
sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 1)
sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 2)
sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 3)
sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 5)
sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 6)
generate anosagravamconsumo = (INICIOCONSUMOREGULAR - idadeconsumo)
sum anosagravamconsumo
sum anosagravamconsumo if (duracao >= 0 & droga == 1)
sum anosagravamconsumo if (duracao >= 0 & droga == 2)
sum anosagravamconsumo if (duracao >= 0 & droga == 3)
sum anosagravamconsumo if (duracao >= 0 & droga == 4)
sum anosagravamconsumo if (duracao >= 0 & droga == 5)
sum anosagravamconsumo if (duracao >= 0 & droga == 6)

tab Sexo

tab PRIMEIROTRAT

summarize IDADE
summarize IDADE if droga == 1
summarize IDADE if droga == 2
summarize IDADE if droga == 3
summarize IDADE if droga == 5
summarize IDADE if droga == 6

tab Fonte_Ref
tab Tipo_inscricao
tab Estudo
tab Profissao
tab Civil

```

tab Alojamento_T

tab Pai

tab Mae

tab Irmão

tab Avo

tab droga

sum idadeconsumo

sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 1)

sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 2)

sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 3)

sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 5)

sum idadeconsumo if (duracao >= 0 & droga == 6)

sum duracao if duracao >= 0

sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 1)

sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 2)

sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 3)

sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 5)

sum duracao if (duracao >= 0 & droga == 6)

tab SEMANTJUDICIAIS

tab SEMANTJUDICIAIS if droga == 1

tab SEMANTJUDICIAIS if droga == 2

tab SEMANTJUDICIAIS if droga == 3

tab SEMANTJUDICIAIS if droga == 5

tab SEMANTJUDICIAIS if droga == 6

tab PRISAOEFECTIVA

tab PRISAOEFECTIVA if droga == 1

tab PRISAOEFECTIVA if droga == 2

tab PRISAOEFECTIVA if droga == 3

tab PRISAOEFECTIVA if droga == 5

tab PRISAOEFECTIVA if droga == 6

ANEXO

FICHA BASE DO UTENTE COM PROBLEMAS ADITIVOS (Versão 20100906)

ET/UA de _____ Extensão/Cons. Desc. de _____

☒ Data do Acolhimento: (D) ____/(M) ____/(A) ____ Número do Processo: _____

Técnico(s) que faz(em) o Acolhimento: _____

☒ Terapeuta de Referência Actual: (assinalar)		Gestor de Cuidados Actual: (assinalar)	
Médico: _____		Enfermeiro: _____	
Psicólogo: _____		Téc. de Serv. Soc.: _____	
Terap. Fam.: _____		Téc. Psicossocial: _____	
		Nutricionista: _____	

☒ TIPO DE PROBLEMA ADITIVO PRINCIPAL (percepção do próprio)

Consumo de álcool	- Consumo de tabaco
Consumo de outras substâncias psicoactivas	Outra patologia aditiva

I – IDENTIFICAÇÃO

☒ Nome: _____

☒ Data de Nascimento: (D) ____/(M) ____/(A) ____ ☒ Género: Masc. / Fem. Doc. Id.: _____

II – RESIDÊNCIA

☒ Morada: _____

☒ Código Postal: _____ Telefone: _____

☒ Distrito: _____ ☒ Concelho: _____

☒ Freguesia: _____ Confidencialidade: Sim / Não

Outro Contacto/Co-responsável: Morada: _____

Telefone: _____ Identificação: _____ Confidencial: Sim / Não

III – ASSISTÊNCIA MÉDICA

Nº de Beneficiário: _____ Sistema de Saúde: _____

Nº de Cartão de Utente: _____ Centro de Saúde: _____

Médico de Família: _____

IV – FONTE DE REFERÊNCIA

☒ Por quem foi enviado:

<ul style="list-style-type: none"> - Auto-referenciado/ Iniciativa própria - Família/Amigos - Unidade Especializada (IDT) - Outra unidade especializada (Adicção) - Redução Danos com Metadona Baixo Limiar - Redução Danos sem Metadona Baixo Limiar - Médico de Família/Cuidados Saúde Primários - Instituição de Saúde/outro profissional - Grupos de Auto-ajuda - Linha VIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Comissão Dissuasão da Toxicodependência - Programa STOP - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens - Instituição Judicial / Inst. Reinserção Social - Instituição Escolar - Instituto de Segurança Social (ISS) - Inst. do Emp. e Form. Profissional (IEFP) - Outros: _____ - Desconhecido
--	--

Se instituição, especifique: _____

V – DADOS PESSOAIS

Naturalidade País: _____ Freguesia: _____

Distrito: _____ Nacionalidade: _____

Concelho: _____ Residente em Portugal desde o ano: _____

Estado Civil (situação "de facto"): - Desconhecido

- Solteiro	- Separado/Divorciado
- Casado/Junto	- Viúvo

Habilitações Literárias Completas:

- Sem escolaridade	- Frequência Universitária
- Sem escolaridade mas sabe ler e escrever	- Grau Universitário
- Escolaridade completa (últ. ano freq.): _____ (Escrever um número entre 1 e 12)	- Desconhecido
Idade do último ano de frequência escolar: _____	- Curso Profissional. Qual: _____

Situação Profissional Actual:

- Trabalho estável/regular	- Estudante/ Formação Profissional
- Trabalho ocasional	- Reformado/Pensão Social
- Desocupado há menos de um ano	- Por invalidez / - Por idade
- Desocupado há um ano ou mais	- Outra situação
- Doméstica	- Qual: _____
- Baixa médica há _____ meses	- Desconhecido

Profissão actual/última: _____ Desconhecida

Fontes de Rendimento: (Assinalar com "X" todas as opções aplicáveis.)

- Rendimento do trabalho	- Mendicidade
- Reforma/Pensão Social	- Actividades ilícitas
- A cargo de familiares	- Prostituição
- A cargo de uma instituição	- Arrumar carros
- Subsídios temporários	- Outro
- Rendimento Social de Inserção (RSI)	- Desconhecido
- Outros	

Coabitación do Utente: N.º de pessoas que coabitam com Utente: _____

Assinalar com "X" todas as opções aplicáveis.

Pai/Padrasto	Avô / Avó	Filho(a)(s)	Instituição Qual:
Mãe/Madrasta	Outros familiares	Amigo(a)(s)	
Irmão(s)	Companheiro(a)	Só	Desconhecido

Tipo de Alojamento:

- Familiar clássico (a)	- Hotéis, pensões e similares
- Familiar não clássico (b)	- Outro alojamento colectivo de convivência (c)
- Serviço de Saúde	- Rua
- Estrutura de Reinserção de Toxicodep.	- Outras situações
- Centro de abrigo	Qual: _____
- Estabelecimento Prisional	- Desconhecido

a) Vivenda, apartamento... b) Barraca, casa rudimentar, improvisado, móvel...

c) Outras instituições de apoio social, de educação, militares, etc.

Condições de Alojamento:

- Com saneamento (água e esgotos) - Sem saneamento - Desconhecido

Observações:

GRAFFAR: ESTRATOS

I (Classe ALTA)	II (Classe MÉDIA ALTA)	III (Classe MÉDIA)
IV (Classe MÉDIA BAIXA)	V (Classe BAIXA)	Desconhecido

Dados Obstétricos (ATENÇÃO: preencher para TODOS os Utentes do sexo feminino):Gestações: N.º ____ Partos: N.º ____ Gravidez actual? Sim / Não Trimestre: 1º / 2º / 3º

Foi planeada? Sim / Não Com acompanhamento médico? Sim / Não

Local de acompanhamento: _____

Nome do Médico: _____ Contacto do Médico: _____

VI – DADOS FAMILIARES Associar genograma

	PAI			MAE		
	Biológico /	Adoptivo /	Outro	Biológica /	Adoptiva /	Outra
Idade						
<input type="checkbox"/> Falecimento (ano)						
Habilitações literárias (1)						
Situação profissional (2)						
Profissão (especifique)	<input type="checkbox"/> Desc.			<input type="checkbox"/> Desc.		
Consumos	<input type="checkbox"/> na vida	Abuso Álcool / Opiáceos / Coc. Cann. / Outr. / Desc. / Ñ con.		Abuso Álcool / Opiáceos / Coc. Cann. / Outr. / Desc. / Ñ con.		
	últimos 12 meses	Abuso Álcool / Opiáceos / Coc. Cann. / Outr. / Desc. / Ñ con.		Abuso Álcool / Opiáceos / Coc. Cann. / Outr. / Desc. / Ñ con.		
Tratamento actual	Sim / Não / Desc.			Sim / Não / Desc.		
Tratamento nesta Unid.	Sim / Não / Desc.			Sim / Não / Desc.		
Problemas psiquiátricos	Sim / Não / Desc.			Sim / Não / Desc.		
Situação conjugal actual	Nunca coabitaram	Divorciados / Separados		Casados / Juntos	Desc.	

Fratria: SEM irmã(o)(s) Número de irmã(o)(s): ____ Desconhecido

N.º de irmã(o)(s) que já consumiram na vida: ____ Desconhecido

N.º de irmã(o)(s) que consumiram nos últimos 12 meses e que coabitam com o Utente: ____ Desconhecido

Destes últimos, que substâncias consumiram:

Abuso Álcool / Opiáceos / Cocaína / Cannabis / Outras / Desconhecido / Não consumidor

Quantos se encontram em tratamento: ____ Nesta Unidade: ____

Observações:

(1): a) - Sem escolaridade b) - Sem escolaridade mas sabe ler e escrever c) - Último ano escolar frequentado completo (Escrever um número entre 1 e 12) d) - Frequência Universitária e) - Grau Universitário f) - Desconhecido <input type="checkbox"/> - Campos Obrigatórios	(2): g) - Trabalho estável/regular h) - Trabalho ocasional i) - Desempregado há menos de um ano j) - Desempregado há um ano ou mais k) - Doméstica l) - Reformado/Pensão Social m) - Estudante/Formação Profissional n) - Outras situações o) - Desconhecido
---	--

Último Companheiro(a) (relação afectiva importante): Não tem/teve

Coabitação	S / N / D	Consumos na vida	Abuso Álcool / Opiáceos / Coc.
Coabitação desde o ano _____	Desc.		Cann. / Outr. / Desc. / Ñ con.
Género	Masc. / Fem.	Consumos nos últimos 12 meses	Abuso Álcool / Opiáceos / Coc.
Idade		Tratamento actual	Sim / Não / Desc.
Habilitações literárias (1)		Tratamento nesta Unid.	Sim / Não / Desc.
Sit. profissional actual (2)		Problemas psiquiátricos	Sim / Não / Desc.
Profissão (especifique):		Ano de falecimento	

Filhos: SEM Filho(a)(s) COM Filho(a)(s) N.º de filhos _____

N. Proc. do outro progenitor se for consum. e estiver em tratam.					
<input checked="" type="checkbox"/> Género (M ou F)					
Idade					
Habilitações literárias (1)					
Sit. profissional actual (2)					
Com quem vive (3)					
Consumos na vida (4)	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons
Consumos nos últimos 12 meses: (4)	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons	Alc/ Op/ Coc Cann/ Out Des/ Ñ Cons
Tratamento actual	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D
Tratamento nesta Unid.	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D
Ano de falecimento					

Observações:

(1): a) - Sem escolaridade b) - Sem escolaridade mas sabe ler e escrever c) - Último ano escolar frequentado completo (Escrever um número entre 1 e 12) d) - Frequência Universitária e) - Grau Universitário f) - Desconhecido <input checked="" type="checkbox"/> - Campos Obrigatórios	(2): g) - Trabalho estável/regular h) - Trabalho ocasional i) - Desempregado há menos de um ano j) - Desempregado há um ano ou mais k) - Doméstica l) - Reformado/Pensão Social m) - Estudante/Formação Profissional n) - Outras situações o) - Desconhecido	(4) Alc: abuso de álcool Op: opiáceos Coc: cocaína Cann: cannabis Out: outras Des: desconh. Ñ cons: não consumidor
(3): p) - Só com Mãe q) - Só com Pai r) - Com Pai e Mãe	s) - Com Pai e/ou Mãe e Avós t) - Só com avós u) - Só com outros familiares	v) - Instituição w) - Outras situações (Especificar em Observações) x) - Desconhecido

VII – DADOS CLÍNICOS

SEM consumos

História de consumo de substâncias psicoactivas: (indicar sempre as idades)

Substância	Início	Consumo na Vida			E.V. Início	Ult. 12 meses		Últimos 30 dias			DP
		Início	Via	Fim		Cons.	Via	Qtdd. actual	Via	Frequência	
1 Tabaco											
2 Álcool	Uso moderado										Próximo quadro Utilizo abel: não assinalar cruz à esq., preencher quadro seguinte relativo a período de consumo mais recente)
	Cons. de risco										
	Abuso										
	Dependência										
3 Cannabis											
4 Opiáceos											
5 Heroína											
6 Metadona ¹											
7 Buprenorfina ¹											
8 Outros											
9 Cocaína											
10 Cocaína											
11 Crack/Base de coca											
12 Heroína + Cocaína ²											
13 Estimulantes											
14 Anfetaminas											
15 Ecstasy/MDMA											
16 Outros											
17 Hipnót. e Sedativ.											
18 Benzodiazepinas ¹											
19 Outros											
20 Alucinógenos											
21 LSD											
22 Outros											
23 Inalantes voláteis											
24 Outros											

1: Não prescrito ou abuso; Buprenorfina inclui Suboxone®; 2: Speedball ou rebolau

Inexistência de Droga Principal:

Tempo máximo sem consumir a Droga Principal:

Anos	Meses

Via:
- EV: Endovenosa
- FI: Fumar/Inalar
- O: Oral (comer/beber)
- NS: Nasal/Snifar
- T: Outras

Consumo Regular: pelo menos 1 vez por semana
Nota: Se houve consumo regular e este já terminou, não esquecer de preencher a coluna de "Fim".

Frequência:
- 1: Uma vez por semana ou menos
- 2: 2 a 3 dias por semana
- 4: 4 a 6 dias por semana
- 7: 7 dias por semana
- D: Desconhecido

DP: Droga Principal (Substância que na opinião do Utente lhe causa maiores problemas)

Estimativa dos consumos de álcool (dia de ingestão típico):

Bebida	Medida	Quantidades/dia (em unidades)	Periodicidade	Gramas etanol/dia
Cerveja			Diária / FS / Episódica	
Vinho			Diária / FS / Episódica	
Aperitivos/Digestivos			Diária / FS / Episódica	
Destilados			Diária / FS / Episódica	
Outros			Diária / FS / Episódica	

Média de gramas de álcool puro consumidas: ___ gramas

Habitualmente toma bebidas alcoólicas às refeições? S / N / D

Habitualmente toma bebidas alcoólicas em que contexto? Casa / Lugares públicos / Trabalho

A última bebida alcoólica que tomou foi? Hoje / <24 horas / 24-72 horas / > 72 horas

1 l de cerveja a 5° -	40 g de álcool puro	1 imperial/fino de cerveja (0.2l)	8 g de álcool puro
1 l de vinho a 12° -	96 g de álcool puro	1 garrafa de cerveja (0.33l)	13,2g de álcool puro
1 l de Aguardente a 40° -	320 g de álcool puro	1 copo de vinho (0.165l)	16 g de álcool puro
(ou bagaço, whisky, gin, vodka)		1 copo de Aguardente (0.05l)	16 g de álcool puro
1 l de Vinho do Porto a 20° -	160 g de álcool puro	1 copo de Whisky (0.05l)	20 g de álcool puro
(ou vermouths, licores, generosos)		1 copo de Vinho do Porto (0.05l)	8 g de álcool puro
Média diária de gramas de álcool puro consumidas =	Total de álcool consumido (g/l) DS x 5 + Total de álcool consumido (g/l) FS x 2		
	7		

- Campos Obrigatórios

Versão 20100906

5

Tratamentos Anteriores**SEM informação****Este é o primeiro tratamento para a toxicodependência ou alcoolismo?**

<input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/> Não	O(s) tratamento(s) anterior(es) foi(ram):	No IDT	Pode assinalar as duas opções
		Noutra estrutura	

	Ano	Droga Principal que o motivou (n.º da substância da pág. anterior)
<input type="checkbox"/> Primeiro tratamento		
<input type="checkbox"/> Tratamento mais recente		

Tratamentos (Individual, Grupo, Familiar, Centro de Dia, outro)

	N.º	Duração total	Primeiro	Último/Actual	Estruturas <input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> Nome do Último Terapeuta ou Estrutura
Psico/Socioterapêuticos ambulatório						
Centro de Dia (≥ 1 mês)						
Farmacológicos (> 1 mês)						
Antagonistas						
Metadona						
Buprenorfina						
Específicos para o álcool						
Em Internamento						
Desabilitação						
Comunidades (≥ 1 mês)						
Grupo de Auto-Ajuda						(Indique o grupo)
(4) Estruturas de Tratamento: 1- Unidade do IDT (indique qual) 2- Outro serviço Estatal	3- Consultório Particular 4- Clínica ou Comunidade Privada		5- Unidade de Redução de Danos 6- Outra (Indique qual)			
Nota: Preencha sempre as duas últimas colunas						

Observações:

Comportamentos de Risco: **SEM informação****Consumo por Via Endovenosa**Já houve consumo por via Endovenosa? **Sim** **Não** **Desconhecido**

Assinale o período em que se verificaram consumos endovenosos:

Injectou mas já não injecta (há mais de um ano)	Injectou nos últimos 12 meses (mas não nos últimos 30 dias)	Injectou nos últimos 30 dias

Idade de início do consumo por via endovenosa: _____

Consumo por Via Endovenosa no Último Mês:

Quantos dias consumiu drogas por via endovenosa? _____	- Não se aplica
Quantas vezes injectou em média por dia? _____	- Desconhecido

Hábitos de Consumo no Último Mês:

- Sempre sozinho	- Habitualmente sozinho	- Não se aplica
	- Habitualmente acompanhado	- Desconhecido

	Partilha de agulhas/seringas		Partilha de outro material (carica/colher, algodão/filtro, água, etc.)	
	Emprestou	Pediu emprestado	Emprestou	Pediu emprestado
Ao longo da vida	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D
Últimos 12 meses	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D
Últimos 30 dias	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D

S: Sim; N: Não; D: Desconhecido

Nos <u>últimos 30 dias</u> , a quantas pessoas diferentes pediu emprestado agulhas/seringas? _____	Desc.
Nos <u>últimos 30 dias</u> , quantas seringas/agulhas esterilizadas utilizou? _____	Desc.
E quantas obteve gratuitamente? _____	Desc.
Não se aplica	

Já teve outros comportamentos de risco ao longo da sua vida? S / N / D
(tatuagens, piercings, partilha de lâminas, partilha de material de fumo ou outros)

	Relações sexuais com parceiro ocasional		Relações sexuais a troco de dinheiro ou de qualquer vantagem	
	Praticou	Alguma vez foi sem preservativo?	Praticou	Alguma vez foi sem preservativo?
Ao longo da vida	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D
Últimos 12 meses	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D
Últimos 30 dias	S / N / D	S / N / D	S / N / D	S / N / D

Observações:

VIII – DADOS JUDICIAIS**SEM informação****CDT** (Comissão de Dissuasão da Toxicodependência)

Já teve algum processo aberto numa CDT? S / N / D Quantos? _____

No momento tem algum processo em curso? S / N / D

Justiça**SEM antecedentes judiciais**

☒ Detenções	S / N / D	☒ Processos em curso	S / N / D
-------------	-----------	----------------------	-----------

☒ Sentenças:

Absolvição	S / N / D	Pena de prisão suspensa	S / N / D
Multa/pena alternativa	S / N / D	Prisão efectiva	S / N / D

☒ Prisão _____ vezes; ☒ Total de meses _____; ☒ Em liberdade há: _____ meses.

Alguma vez consumiu drogas por via endovenosa na prisão? S / N / D

Na prisão, alguma vez usou seringa/agulha ou outro material já usado por outro? S / N / D

☒ Actualmente:

Está em liberdade	Está em prisão domiciliária	
Está em prisão preventiva	É recluso	Estab. Prisional:
Está com pena de prisão suspensa	Nome e contacto do Técnico de Referência do DGRS:	
Está em liberdade condicional		
Está com pulseira electrónica		

DGRS: Direcção Geral de Reinserção Social (ex-IRS)

☒ Teve alguma sentença de prisão efectiva relacionada com:

O consumo/aquisição de droga	S / N / D	Homicídios	S / N / D
Violência sexual	S / N / D	Ofensas corporais	S / N / D
Violência doméstica	S / N / D	Fogo posto	S / N / D
Outra situação	Qual: _____		

Condução sobre efeito do álcool:	
< 1,2 gramas	Quantas vezes? _____
≥ 1,2 gramas	Quantas vezes? _____

IX – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA A MUDANÇA / MOTIVAÇÃO**Percepção dos danos provocados pelos consumos**

Saúde somática	S / N / D	Vida Familiar	S / N / D
Saúde psíquica	S / N / D	Vida Social	S / N / D
Sexualidade	S / N / D	Financeiramente	S / N / D
Trabalho	S / N / D		

De zero a dez como avalia a sua disponibilidade para a mudança?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Observações: