



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NA DISSUAÇÃO DOS
COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DE DEPENDÊNCIA**

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Joana de Melo Moreira

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Castro

Número da candidata: 20150711

Outubro de 2019

Lisboa

Agradecimentos

A realização deste relatório de estágio contou com importantes apoios e incentivos de diferentes pessoas e instituições que contribuíram de forma determinante para a sua concretização e, com ela, o encerramento de uma etapa importante do meu percurso académico.

Agradeço ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e de Dependência por me ter permitido fazer o estágio curricular na Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa que, além do crescimento profissional, possibilitou-me crescer em termos pessoais e humanos.

Agradeço à Doutora Raquel Lopes e a todos os membros da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa por me terem acolhido tão amavelmente, sem qualquer reserva quanto à minha condição de deficiente visual, manifestando enorme disponibilidade em prestar-me apoio em todas as circunstâncias.

Agradeço também à Professora Doutora Cláudia Castro por ter aceite orientar o meu estágio e ter demonstrado confiar integralmente nas minhas capacidades.

Um agradecimento especial aos amigos Nélson Ramalho e Nuno Santos pelo apoio incansável na revisão do documento final do relatório de estágio.

A todas as pessoas que aqui não foram mencionadas, mas que sabem que tiveram especial importância na realização deste trabalho, o meu muito obrigada.

Resumo

O presente relatório descreve as atividades e aprendizagens de uma estagiária de psicologia clínica na Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa (CDT), levado a cabo durante 8 meses, entre novembro de 2017 e junho de 2018, no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. Nele pretende-se dar a conhecer as práticas associadas ao trabalho desenvolvido nas CDT pelos psicólogos clínicos, nomeadamente as intervenções psicológicas no âmbito da dissuasão da toxicodependência. Neste sentido, além de um enquadramento teórico que procura fazer um retrato sintético do conhecimento na área, são apresentados os dados recolhidos pela estagiária durante os atendimentos que quando cruzados com os indicadores nacionais disponíveis servem de base a uma reflexão sobre o panorama atual do país relativamente aos consumos de substâncias psicoativas ilícitas. Resulta deste trabalho que a motivação é um elemento determinante para a mudança de comportamentos. As CDT desempenham um papel fundamental na fomentação desta motivação por via das intervenções psicológicas desenvolvidas neste serviço, respeitando, todavia, a vontade última da pessoa consumidora de substâncias psicoativas.

Palavras-Chave: toxicodependência; dissuasão; atendimento; intervenções psicológicas.

Abstract

This report presents the activities and learnings of a clinical psychology trainee at the Lisbon Commission for the Dissuasion of Drug Addiction (CDT), conducted for 8 months, from November 2017 to June 2018, as part of a master's degree in Clinical and Counselling Psychology. It is intended to show the practices associated with the work carried out in the CDT by clinical psychologists, namely the psychological interventions in the deterrence of drug addiction. Thus, in addition to a theoretical framework that seeks to make a synthetic portrait of the knowledge in the area, the data collected by the intern during the appointments are introduced and crossed with the available national markers contributing to a reflection on the current country's background regarding the illicit psychoactive substances' consumption. In this work, motivation emerges as a determining element for behavioral change. CDT plays a fundamental role in fostering this motivation through the psychological interventions developed in this service while respecting the ultimate will of the person consuming psychoactive substances.

Keywords: drug addiction; deterrence; appointments; psychological interventions.

Índice

Índice.....	iv
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Gráficos.....	vii
Lista de Siglas.....	viii
 Introdução	 1
 Parte I.....	 3
 Enquadramento Teórico.....	 3
“Compreender as Dependências”	3
1.1. O que são Dependências?	4
1.1.1. Dependência sem substância.....	4
1.1.2. Dependência com substância.	5
1.2. Fatores Associados à Dependência.....	6
1.2.1. Fatores biológicos.	6
1.2.2. Fatores psicológicos.....	6
1.2.3. Fatores sociais.....	7
1.3. A Política de Drogas em Portugal.....	8
1.3.1. A lei da descriminalização.	8
1.3.2. As respostas integradas.	9
1.3.3. As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência.....	10
1.4. O Modelo de Dissuasão	13
1.4.1. Intervenções breves.....	14
1.4.2. Avaliação dos padrões de consumo.	15
1.4.3. O Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente.....	17
1.4.4. Entrevista Motivacional de Miller e Rollnick.....	21
 Parte II.....	 24
 Trabalho de Estágio na Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa	 24
2.1. O Papel dos Psicólogos nas CDT.....	25

2.2. O Trabalho da Estagiária de Psicologia Clínica na CDT de Lisboa	26
2.2.1. A estrutura do estágio.	27
2.2.2. Instrumentos aplicados.....	27
2.2.3. Casos Práticos.	29
2.2.4. Atividades Realizadas.	34
2.3. Caracterização dos Indiciados Atendidos	36
Parte III	42
Discussão e Integração da Temática de Estágio	42
3.1. Panorama Geral da Toxicodependência em Portugal	43
3.2. A Experiência de Estágio: Aspetos Positivos e Negativos	46
3.3. Conclusão.....	49
Referências.....	50
Anexos	54
Anexo A – Questionário ASSIST	55
Anexo B – Tabelas de Indiciados	61

Índice de Figuras

Figura 1. Composição das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência.....	11
Figura 2. Síntese do percurso do indiciado num processo de contraordenação.....	13
Figura 3. Estádios de mudança de Prochaska e DiClemente	18
Figura 4. Correspondência entre os estádios de mudança e as tarefas motivacionais.....	21
Figura 5. Nível de risco associado aos consumos de SP.....	28
Figura 6. Cronograma das atividades realizadas no âmbito do estágio.....	35
Figura 7. Processos de contraordenação, segundo o ano, por tipo de droga.....	45

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos indiciados por género.....	37
Gráfico 2. Distribuição do número de indiciados por género e intervalo etário.....	37
Gráfico 3. Distribuição das SPA usadas pelos indiciados por intervalo etário.....	38
Gráfico 4. Distribuição dos indiciados por nível de risco.....	39
Gráfico 5. Distribuição dos indiciados por género em cada nível de risco.....	39
Gráfico 6. Distribuição do nível de risco dos indiciados por intervalo etário.....	40
Gráfico 7. Distribuição da recusa/aceitação dos encaminhamentos apresentados aos indiciados em cada nível de risco.....	41

Lista de Siglas

ASSIST	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	The Alcohol Use Disorders Identification Test
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CDT	Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência
ENLCD	Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga
OMS	Organização Mundial de Saúde
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e de Dependência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas

Introdução

O presente relatório tem como objetivo principal refletir sobre as aprendizagens, a prática clínica e o trabalho desenvolvido durante o estágio curricular de Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, que teve lugar na Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) de Lisboa, localizada na Av. Columbano Bordalo Pinheiro n.º 87. Após o cumprimento das formalidades ético-protocolares, o estágio curricular teve o seu início formal no dia 13 de Novembro de 2017 e estendeu-se até ao final do mês de Junho de 2018. Com uma carga horária de 15 horas semanais, divididas por 3 dias por semana, o estágio foi constituído por um total de 400 horas de formação académica.

As CDT são um serviço distrital, providenciado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e de Dependência (SICAD) – serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado e dotado de autonomia administrativa, que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas (SPA), a prevenção de comportamentos aditivos e a diminuição das dependências (artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 124 /2011, de 29 de dezembro) – que operacionaliza a aplicação da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, lei da descriminalização do consumo e posse de substâncias ilícitas. A intervenção preconizada pelas CDT está centrada, fundamentalmente, no acolhimento de indiciados (consumidores de SPA ilícitas) encaminhados pelas forças de segurança e pelos tribunais, na avaliação da sua situação face ao consumo e na valorização das suas necessidades psicossociais, sem nunca descurar a razão pela qual as CDT foram criadas: a tentativa de aproximação dos consumidores de substâncias ilícitas aos serviços de saúde.

Após um período inicial de familiarização com a temática dos comportamentos aditivos e dependências, para a qual contribuiu as leituras de relatórios, documentos institucionais e referências bibliográficas, bem como a adaptação aos meios físicos, técnicos e observação das dinâmicas internas da CDT de Lisboa, foi proposta à estagiária a atribuição de funções que pudessem, por um lado, contribuir para o cumprimento dos objetivos institucionais e, por outro, desenvolver e adquirir competências técnico-operativas no domínio da psicologia clínica. As funções, então, levadas a cabo pela estagiária relacionaram-se com o desenvolvimento de entrevistas individuais aos indiciados, avaliação dos padrões de consumo e motivação para a mudança de comportamento e, caso necessário, propostas de encaminhamentos para estruturas da comunidade facilitadoras do processo de reabilitação.

As práticas profissionais concretizadas durante este período de estágio foram supervisionadas, quer em contexto académico, pela Dr.ª Mónica Pires, quer em contexto institucional, pela Dr.ª Raquel Lopes, que em muito contribuíram para o sucesso desta

experiência curricular e aquisição de aprendizagens basilares, mas de suma importância, para o exercício futuro da atividade de psicóloga clínica.

Deste modo, a redação do presente relatório de estágio pretende dar a conhecer e refletir sobre as práticas inerentes à intervenção desenvolvida nas CDT, nomeadamente em contexto de entrevista psicológica com os consumidores de SPA, descrevendo as funções do psicólogo clínico na avaliação do risco de dependência, assim como as várias ações que, como estagiária, acabei por desenvolver.

O presente trabalho está, por isso, constituído em três partes: a primeira, relacionada com o enquadramento teórico sobre as dependências, as políticas de droga em Portugal e o modelo de dissuasão praticado nas CDT; a segunda, relacionada com a descrição das atividades e instrumentos aplicados no decurso do trabalho de estágio, assim como a apresentação da caracterização geral da população-alvo atendida e, a terceira, relacionada com a discussão geral dos dados, a avaliação da eficácia da intervenção no que concerne à mudança de comportamentos associado ao consumo de SPA, bem como um olhar crítico sobre todo o percurso académico concretizado.

Parte I
Enquadramento Teórico

“Compreender as Dependências”

1.1. O que são Dependências?

As dependências têm, tradicionalmente, sido associadas ao consumo de substâncias psicoativas (SPA). Todavia, a constatação que os comportamentos aditivos não se prendem unicamente com o consumo dessas substâncias, nos últimos anos, tem-se vindo a designar Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) para englobar o conjunto dos comportamentos compulsivos (SICAD, 2013a).

Nos referenciais de políticas públicas, como é o caso do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (SICAD, 2013b) e do Referencial de Educação para a Saúde (Pereira & Cunha, 2017), os CAD são definidos como “processos de adição (...), comportamentos com caraterísticas impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas” (p. 58).

Nesta linha de pensamento, uma adição, refere-se a uma:

... conduta repetitiva que produz prazer e alívio tensional, sobretudo nas suas primeiras etapas, e que leva a uma perda de controlo da mesma, perturbando severamente a vida quotidiana, a nível familiar, laboral ou social, que pode acentuar-se no tempo e conduzir a uma dependência. (Pereira & Cunha, 2017, p. 70)

Um indivíduo saudável percebe que, ao agir de determinada forma, pode encontrar satisfação imediata. Deste modo, indivíduos que apresentam algum tipo de vazio emocional, poderão procurar, com maior frequência, uma resposta prazerosa num comportamento, atividade ou objeto, tornando-se, num comportamento aditivo, sendo que a conduta repetitiva pode ser motivada, ou não, por uma substância, como a seguir se relata.

1.1.1. Dependência sem substância.

Uma das caraterísticas mais encontradas nas dependências, apesar da especificidade que as caracteriza, é a falta de controlo. O indivíduo é incapaz de prever os resultados e/ou consequências das suas atitudes, comportamentos e, a dependência, seja ela qual for, é o problema prioritário da sua vida (progressiva e primário), afetando todas as outras áreas (e.g., família, trabalho/carreira profissional, estudos, saúde física e mental, questões económicas/financeiras, problemas com a lei/justiça).

Neste contexto, podem ser incluídas aqui todas as dependências do comportamento aditivo, como é o caso do jogo patológico¹; da compulsão para o sexo; da compulsão para a

¹ As perturbações associadas ao jogo englobam o *gambling* (que envolve mecanismos de apostas, montantes financeiros, risco) e o *gaming* (que pressupõe interatividade e indicadores de sucesso e de progressão) (Vilar, Duran, & Torrado, 2017).

comida; da dependência emocional (codependência); da dependência do trabalho (*workaholics*); da dependência da tecnologia (e.g., plataformas digitais, redes sociais, jogos *online*); da dependência do exercício físico; da compulsão para compras e para gastar dinheiro; do *shoplifting* (pequenos furtos), entre outras (Clark, 2014).

O comportamento aditivo caracteriza-se, assim, por ser um comportamento de natureza impulsiva-compulsiva face a determinadas atividades ou condutas, de forma repetitiva, que se transforma na prioridade principal da vida do indivíduo podendo levar à exclusão deste das várias dimensões da sua vida, como o convívio social, trabalho, escola, família, entre outros.

1.1.2. Dependência com substância.

A dependência de uma substância psicoativa significa uma ausência no controlo do consumo dessa mesma substância, pelo que o indivíduo a utiliza, independentemente do efeito nocivo que a substância lhe provoca, em diferentes dimensões da sua vida (DiClemente, 2003). Neste contexto, a dependência pode ser entendida como um estado psíquico e, por vezes físico, resultante da relação de reciprocidade ativa entre o organismo vivo e a substância utilizada, que se caracteriza por alterações no comportamento e surgimento de reações que compreendem sempre um impulso irreprimível para o consumo periódico e continuado visando a experiencição dos efeitos psíquicos e, por vezes, evitar o mal-estar decorrente da privação (Farate, 2001).

Neste sentido, a dependência pode ser física, psíquica ou ambas. A *dependência física* caracteriza-se por uma relação que se estabelece entre o organismo e a substância psicoativa. O organismo e o sistema nervoso vão-se modificando com a repetida ingestão das substâncias e o indivíduo reconhece, continuamente, o estado alterado de si próprio, sem o qual não se sente bem (Farate, 2001). É, assim, o estado de adaptação do organismo, que se manifesta pelo aparecimento de intensos transtornos físicos, quando se interrompe o consumo da droga, designando-se de *síndrome de abstinência* (DiClemente, 2003). A *dependência psíquica*, por sua vez, é mais difícil de ser gerida, já que surge quando existe uma compulsão ao uso de determinada substância. Trata-se de uma situação na qual existe um sentimento para satisfazer um determinado impulso psíquico que requer uma administração regular e contínua da substância, para produzir o prazer o evitar o mal-estar (Escohotado, 2004).

1.2. Fatores Associados à Dependência

1.2.1. Fatores biológicos.

Vários estudos com famílias com elementos dependentes de drogas têm sublinhado a importância do fator genético no desenvolvimento do quadro dependente (Escohotado, 2004). Em alguns casos, os dependentes de drogas possuem menor número de recetores de dopamina, algo que parece ser geneticamente determinado. Assim, para compensar o funcionamento menos eficiente do sistema dopaminérgico, esses sujeitos procuram formas de estimular esse sistema por meio do uso de drogas.

Cabe ressaltar, no entanto, que a influência de fatores genéticos não deve ser entendida como uma fatalidade que vai, necessariamente, fazer com que um sujeito se torne dependente. Entende-se que a presença de determinadas configurações herdadas geneticamente poderá apenas predispor um indivíduo a tornar-se dependente. Tal quadro só se desenvolverá com a influência de uma série de outros fatores concomitantes (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2004).

Em suma, os fatores biológicos enfatizam a componente anátomo-funcional (sublinhando a funcionalidade das estruturas cerebrais implicadas na ação das substâncias químicas sobre o sistema nervoso central); bioquímica (nomeadamente ao nível da noradrenalina e dos mecanismos de transmissão sináptica); metabólica (fundamentados em programas de substituição pela metadona); genética e bio-comportamental (com base em modelos neurofuncionais, baseados na homeostasia e do tipo imunológico).

1.2.2. Fatores psicológicos.

Segundo Anaut (2005) e DiClemente (2003), os fatores psicológicos da dependência assentam em três linhas de orientação:

- *Comportamentalista* ou do *condicionamento*, que sugere que o consumo de drogas surge como um sistema generalizado de respostas condicionadas, adquiridas durante a infância e a adolescência, de acordo com as regras de condicionamento desenhadas por Pavlov, Skinner e seus seguidores. Sublinham ainda que os altos níveis de ansiedade ou neuroticismo estimulam as tendências extrovertidas ou introvertidas favorecendo ou contrariando a conduta de consumo;
- *Cognitivista*, que concebe o indivíduo como agente ativo do registo e da organização da informação, como forma de reorganizar e reestruturar nas suas estruturas cognitivas. Esta situação de organização da informação não se reduz apenas à assimilação, mas sim a uma

construção dinâmica do conhecimento, isto é, traduzem a forma como o indivíduo integra e modifica essa informação. Por isso, esta abordagem considera que as atitudes influenciam a seleção das ações pessoais, face aos factos e às pessoas, como é o caso do consumo de drogas;

- *Psicanalítica*, que considera que a diferença entre o cidadão consumidor e o cidadão vulgar não é congénita, uma vez que todos são originariamente desviantes. O comportamento desviante surge, sobretudo, quando ocorre uma conflitualidade interior entre os impulsos naturais e as resistências adquiridas por via da aprendizagem de um sistema de normas que se designa de *superego*. Esta explicação reconhece a influência da psiquiatria que defende que as experiências da infância possuem efeitos que transcendem as experiências sociais e culturais dos indivíduos.

1.2.3. Fatores sociais.

Os fatores sociais da dependência integram indicadores externos ao indivíduo, designadamente fatores socioculturais que se enquadram quer na força da pressão cultural, quer na desviância e autonomia (Sequeira, 2006). Neste contexto são enaltecidos os elementos sociais e situacionais que reforçam a natureza e a força dos vínculos que ligam o indivíduo à sociedade convencional, as resistências interiores e exteriores que o levam a superar os impulsos naturais e a obedecer às normas das sociedades onde se inserem (Cordeiro, 2009).

Pode-se dizer que existem alguns fatores que predisõem o indivíduo ao consumo de drogas, nomeadamente, as características pessoais e a experiência anterior do indivíduo, a natureza do seu meio sociocultural geral e as características farmacodinâmicas da droga em questão, tendo em conta a quantidade utilizada, a frequência de uso e a via de administração (Escohotado, 2004).

Tal como explicitado, não se deve afirmar que a dependência se trata de um problema meramente biológico, psicológico ou social, na medida em que todos os fatores assinalados concorrem para a dependência química, uma vez que há uma interação entre o agente (a droga), o indivíduo (o sujeito e a sociedade) e o meio (os contextos socioeconómicos e culturais). Neste sentido, a análise da problemática da dependência exige ter em conta que o ser humano é um ser biopsicossocial e, como tal, é necessário atender-se não só aos aspetos individuais e psicológicos que o caracterizam, como também, os aspetos socioculturais (teorias psicossociais) que exercem, constantemente, grandes influências na sua forma de agir, sentir e pensar.

1.3. A Política de Drogas em Portugal

1.3.1. A lei da descriminalização.

O atual regime jurídico do consumo de estupefacientes foi aprovado a 14 de outubro de 2000 e o promulgado a 29 de novembro desse ano. Sete meses depois, a 1 de julho de 2001, entrou em vigor a nova lei de controlo do consumo de droga em Portugal (Lei n.º 30/2000), muitas vezes designada como “a lei da descriminalização do consumo”. Esta lei estabelece a descriminalização da posse, aquisição e consumo de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas até uma quantidade estabelecida (de até 10 dias para consumo médio individual) como contraordenação, deixando, assim, de ser um crime.² As quantidades máximas estão definidas por substância no mapa anexo à Portaria n.º 94/96, de 26 de março³ e a partir dessas quantidades, o indivíduo é então encaminhado para o sistema criminal (Martins, 2013; Moreira, Hughes, Storti, & Zobel, 2011; Trigueiros, Vitória & Dias, 2010). Esta lei não se aplica, no entanto, ao cultivo destas substâncias que continua a ser um crime (artigo 28.º da Lei n.º 30/2000 e artigo 40º do Decreto-Lei n.º 15/93).

Caso a quantidade de SPA exceda o limite estipulado para um consumo médio individual para 10 dias, cabe ao Tribunal deliberar se a(s) substância(s) apreendida(s) se se destinaria(m) ao consumo ou comercialização da(s) dita(s) substância(s). No momento da apreensão levada a cabo pelas forças de segurança e a constatação do tipo e quantidade de substância, e caso esta se encontre abaixo dos limites estipulados, é elaborado no momento um auto por contraordenação com a identificação do indivíduo, que desse momento em diante fica indiciado por processo contraordenacional, com as circunstâncias da ocorrência, hora e local, e é agendada no momento a comparência do indiciado na CDT da sua área de residência dentro do prazo máximo de 72 horas, onde se dará início à intervenção para a dissuasão do consumo e para a mudança do comportamento (SICAD, 2013a).

No caso de menores de 16 anos, a CDT não pode abrir um processo e o caso é encaminhado para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (Trigueiros et al., 2010). O maior objetivo desta lei é promover condições que permitam perceber a motivação do consumidor e encaminhá-lo para tratamento, enquanto se asseguram as medidas de reintegração social. O artigo 3.º prova-o, ao garantir que, caso o consumidor ou o seu representante legal procure tratamento de forma espontânea, o disposto na lei não se aplica, ou

² Embora a lei tenha retirado o peso criminal da posse, aquisição e consumo de SPA, ela continua a atribuir um carácter de ilicitude ao ato que não deverá passar impune.

³ Dá-se conta que estes limites acarretam um peso residual no que concerne à ilegalidade do ato.

seja, não incorre em contraordenação. Para além disso, esta lei permite, igualmente, detetar novos padrões e tendências no uso de droga (Trigueiros et al., 2010), contribuindo para um maior entendimento sobre este fenómeno.

Este modelo pioneiro mantém, no entanto, a desaprovação social e legal do uso de drogas, mas dentro da esfera das contraordenações, limitando a jurisdição (Trigueiros et al., 2010) do sistema criminal e modificando o estatuto legal do consumidor. No entanto, o consumo e posse das quantidades previstas na lei, não deixa o agente imune a consequências. Esta reforma legal surgiu após anos de tensão entre a criminalização do consumo de droga e a vontade de ajudar os consumidores, resultando de um acordo entre os partidos com assento parlamentar para a necessidade de ver o consumo como um problema de saúde e não como um objeto criminal (Trigueiros et al., 2010). Com a sua promulgação, Portugal passou a dar prioridade ao tratamento e à prevenção em vez da sanção, orientando a sua política para a saúde pública, sendo essa a sua principal característica (Martins, 2013).

1.3.2. As respostas integradas.

As respostas integradas em Portugal atendem “à natureza complexa dos comportamentos aditivos e das dependências, disponibilizando de forma integrada cuidados globais aos utentes” que a eles recorrem, assentando “numa abordagem biopsicossocial” e holística, constituindo “o principal eixo da abordagem multidisciplinar dos comportamentos aditivos e das dependências, em que os diferentes recursos terapêuticos se integram e articulam em momentos simultâneos ou sucessivos de acordo com o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente e da família ou envolventes e o seu prognóstico”.⁴

Face ao exposto, a visão holística e desenvolvimental “encara o indivíduo como o centro da abordagem, desfocando-o da(s) substância(s) utilizada(s) ou comportamentos manifestados. Fazer face a essa complexidade exige abordagens multidisciplinares e um leque de respostas e dispositivos que, de forma articulada e congruente, atuem nas várias vertentes deste fenómeno. Nesse sentido, a consolidação de um modelo integrado pressupõe um contínuo interdependente de respostas, designadamente de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. O modelo de respostas integradas baseia-se, portanto, numa leitura multidimensional da realidade dos comportamentos aditivos e das dependências e numa intervenção de proximidade, multi e trans-setorial, que permite maximizar resultados e alcançar ganhos sociais e de saúde. Esta conceção distancia-se da

⁴ Consultado em <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Programas/PORI/SitePages/ProgramasRespostas.aspx>

parcialidade da visão da mera soma e justaposição das intervenções, tornando-se fundamental um forte investimento na articulação interinstitucional e a formulação de objetivos estratégicos transversais às intervenções, evitando assim a dispersão, aproveitando todo o conjunto dos recursos disponíveis e as potenciais sinergias” (SICAD, 2013b, p. 19).

As intervenções precoces, bem como a referenciação de situações de maior fragilidade para estruturas especializadas a partir das consultas de medicina geral vieram ampliar a capacidade de respostas, reforçando deste modo a implementação e sustentação deste modelo integrado. O início de tratamento pode ocorrer através⁵:

- dos *Cuidados de Saúde Primários*, que procedem à realização da avaliação e diagnóstico precoce dos CAD, nomeadamente do seu nível de risco. A partir deste diagnóstico prevê-se a possibilidade de realização de Intervenções Breves adequadas ao nível de risco de cada situação. Em casos de maior gravidade (consumo de alto risco, consumo nocivo, dependência), destas consultas deverá resultar referenciação e encaminhamento através do médico de família para cuidados de saúde especializados no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências;

- dos *Cuidados de Saúde Especializados* no âmbito dos CAD. As intervenções em unidades especializadas, em consequência de encaminhamento técnico ou de iniciativa do próprio, obrigam a uma avaliação inicial por parte de um médico/psiquiatra. Frequentemente avaliações no âmbito da psicologia, serviço social ou enfermagem são igualmente importantes e requeridas. Esta resposta constitui o núcleo da intervenção terapêutica integrada: constituída a relação com um técnico de referência, realiza-se o acompanhamento regular do utente que deverá prolongar-se de forma a garantir a consistência dos ganhos terapêuticos e a recuperação das capacidades e competências para o bom funcionamento psicológico e social. Para esse efeito, no decorrer deste processo, ocorrerão outras intervenções terapêuticas e articulações multidisciplinares conforme a lógica do modelo integrado (consultas de psicologia; de enfermagem; de crianças e jovens; grupos de suporte terapêutico; programa de substituição com antagonista de opiáceos; centros de dia; unidades de desabilitação; comunidades terapêuticas; unidades de alcoologia; serviços de saúde mental, entre outros).

1.3.3. As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência.

A política da droga vigente em Portugal emergiu, com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000, como resultado de uma mudança de pensamento sobre a temática da droga e,

⁵ Consultado em <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx>

consequentemente, o surgimento de um novo paradigma acerca do entendimento do que representa o consumo de SPA, e a modo de dar resposta às novas propostas de combate à droga em Portugal, foi necessária a criação de um serviço especializado no âmbito das dependências, o SICAD, serviço este que atua sob a alçada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e cuja intervenção se desdobra em várias redes de suporte que respondem às diversas exigências do novo paradigma "tratar em vez de punir" (SICAD, 2013a).

A Lei n.º 30/2000 prevê que, perante uma contraordenação, o infrator seja encaminhado para uma CDT que funciona em cada capital de distrito em Portugal Continental (18 CDT) e nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores. Estas comissões, que se encontram reguladas pelo Decreto-Lei n.º 130-A/2001 de 23 de abril, surgiram como entidades de operacionalização da lei suprarreferida, cuja intervenção técnica assenta no conhecimento dos sujeitos consumidores e as suas motivações, na proposta de encaminhamentos e na definição de medidas de reinserção nas várias dimensões de vida do indivíduo (Poiares, 2007). Apesar da intervenção juspsicológica das CDT, elas operam como pontes entre o consumo e o consumidor, promovendo opções terapêuticas e atuando num registo dissuasor “centrado no indivíduo consumidor de substâncias psicoativas, nas suas necessidades e na motivação para a mudança de comportamento” (SICAD, 2013a, p. 6), visando uma melhor qualidade de vida.

As CDT são compostas por “um presidente e dois vogais (membros), nomeados pelo Ministérios da Saúde e da Justiça, selecionados de entre os quadros superiores com formação na área da saúde, do direito, da psicologia, do serviço social, entre outros” (SICAD, 2013a, p. 7), conforme se observa na Figura 1:



Figura 1. Composição das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

Adaptado de “Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão,” por SICAD, 2013a, p. 7.

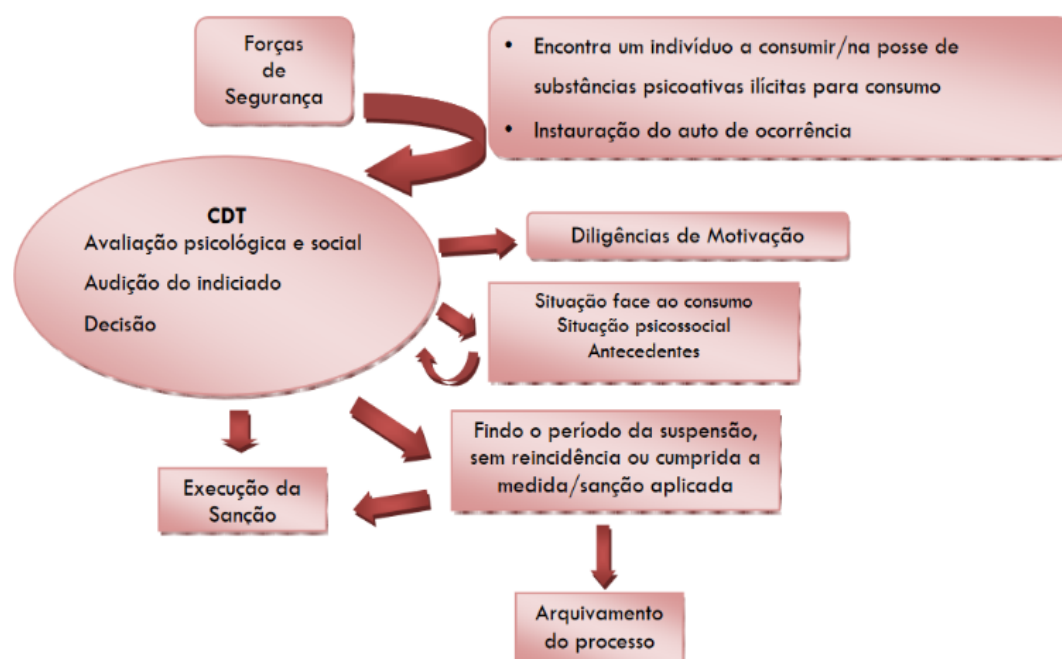
Os membros destas comissões são apoiados por uma equipa multidisciplinar, de três a cinco profissionais, de entre os quais se destacam psicólogos clínicos, assistentes sociais e juristas, aos quais compete, de entre outras tarefas, a função de emissão de pareceres técnicos de suporte à decisão dos membros e, acima de tudo, motivar os consumidores para mudanças de comportamento e de estilo de vida, referenciando-os para estruturas de apoio especializado ou desenvolvendo uma abordagem personalizada de natureza preventiva, ao nível da informação e sensibilização para os riscos do consumo (SICAD, 2013a).

As CDT, depois de conhecerem o infrator, a condição do consumo, o grau de dependência, as condições económicas (Martins, 2013), bem como situação psicossocial e o registo criminal do indivíduo, discutem a medida a aplicar, passando estas pelo apoio psicológico, o tratamento ou sanções administrativas (como admoestação, interdição de frequência de certos lugares, proibição de acompanhar, alojar ou receber certas pessoas, apresentações periódicas, revogação de licença profissional ou revogação de licença de porte de armas, entre outras),⁶ sendo que a aplicação das medidas diferem consoante a situação de consumo – experimental, recreativa, intermitente ou abusiva (Trigueiros et al., 2010; Moreira et al., 2011). Atendendo ao lema “antes tratar que punir” (Trigueiros et al., 2010, p. 5), as CDT evitam aplicar coimas de maior gravidade, optando frequentemente pela admoestação aos indivíduos, oferecendo a possibilidade de suspensão da sanção, caso o mesmo aceite ir para tratamento.

A Figura 2 apresenta, de forma esquemática, o percurso de um indiciado num processo de contraordenação.

⁶ Dá-se conta que as CDT não têm autoridade para aplicar penas de tratamento compulsório.

Figura 2. Síntese do percurso do indiciado num processo de contraordenação



Adaptado de “Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão,” por SICAD, 2013a, p. 8.

1.4. O Modelo de Dissuasão

Ao indivíduo dependente reconhece-se a plena dignidade humana, considerando-o como sujeito que se encontra num estado de rutura com os valores fundamentais da vida em sociedade, pelo que deve ser alvo de um olhar de compreensão e empatia que lhe permita um movimento de mudança (SICAD, 2013b). É neste sentido que as CDT – entidades únicas e pioneiras na Europa – desenvolvem a sua atuação com base em *modelos de dissuasão*, reforçando a uma atitude preventiva face aos consumos de SPA, privilegiando uma intervenção precoce e abordagens motivacionais para a mudança de comportamento e de adesão a respostas de apoio.

De uma forma geral, a dissuasão diz respeito a um trabalho amplo, que procura dar “respostas adaptadas aos problemas e necessidades dos indivíduos” (SICAD, 2013a, p. 8). Pretende-se, acima de tudo, que esta abordagem permita a redução dos consumos, “em consonância com as necessidades dos indivíduos, sejam elas preventivas, sanitárias, terapêuticas ou sancionatórias” (SICAD, 2013a, p. 8).

A intervenção centrada nas características e necessidades dos indivíduos concede à dissuasão uma:

... essência própria, integradora e complementar que transcende a ótica da mera descriminalização, incidindo na prevenção e redução do uso e abuso de drogas, informando e sensibilizando os consumidores ou dependentes para os riscos dos consumos, tendo em vista contribuir para a proteção sanitária dos consumidores e da comunidade. (SICAD, 2013a, p. 8)

A dissuasão, assumida como uma estratégia de intervenção global e integrada que extravasa a mera aplicação da lei, é indissociável dos outros tipos de intervenção, operando numa rede de respostas articuladas com o intuito de diminuir o consumo de SPA e das dependências, promover a proteção sanitária dos consumidores e das populações e prevenir a exclusão social (SICAD, 2013b). Contudo, é importante destacar que, do trabalho dissuador das CDT, fazem parte, entre outras ações, as “intervenções breves”, a “avaliação dos padrões de consumo” e as “entrevistas motivacionais” que, em seguida, serão alvo de aprofundamento.

1.4.1. Intervenções breves.

As intervenções breves têm como intuito evitar ou adiar o consumo de substâncias, reduzir a sua intensidade e evitar a escalada para o consumo problemático. Estas intervenções têm uma durabilidade curta no tempo, ocorrem numa zona indefinida entre a prevenção e o tratamento e, geralmente, são direcionadas para os problemas dos jovens ou de pessoas em risco de se tornarem consumidoras de substâncias (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2017).

Este tipo de intervenção pode ser executado por profissionais de saúde e de serviço social, incluindo médicos de clínica geral, orientadores, monitores de jovens e agentes da polícia, integrando elementos de intervenção motivacional (SICAD, 2013a).

Na prossecução das intervenções breves são trabalhados a “Autoeficácia”, a “Devolução”, a “Empatia”, a “Responsabilidade”, o “Inventário” e as “Recomendações” (ADERIR). Estes seis elementos, utilizados em períodos breves de aconselhamento, constituem-se o alicerce das intervenções motivacionais que atuam sobre os seguintes aspetos:

- *Autoeficácia* – Reforço da autoestima, da esperança e do otimismo do cliente. Refere-se à crença de uma pessoa na sua capacidade de realizar e ter êxito numa tarefa. A meta é persuadir o cliente para que ele se sinta capaz de fazer uma mudança bem-sucedida na área que apresenta problemas;

- *Devolução* – Proporcionar oportunidades de reflexão sobre a sua situação no momento e motivar o cliente para a mudança, através da avaliação sobre o seu estado atual, os problemas clínicos, psíquicos e as consequências dos consumos;
- *Empatia* – Mesmo quando os clientes são "confrontados", com *feedback* ou recebem conselhos diretos, isso pode ser feito de maneira altamente empática. A empatia do terapeuta é um forte determinante da motivação e da mudança do cliente;
- *Responsabilidade* – Enfatizar a responsabilidade do cliente no processo de mudança. O princípio é que ninguém poderá mudar o seu hábito se ele não quiser. O que vai fazer com as informações, orientações e estratégias de mudança é uma decisão pessoal;
- *Inventário* – Oferecer aos clientes uma variedade de estratégias alternativas para a modificação do seu comportamento-problema para que ele possa realizar a sua escolha pessoal;
- *Recomendações* – Conselhos claros, advertências, encaminhamentos e orientações relativamente ao tratamento e cuidados primários que podem levar o cliente a abandonar os comportamentos aditivos.

As intervenções breves assumem-se como instrumentos privilegiados de intervenção já que permitem identificar e ajudar os indiciados, consumidores de *baixo risco*, “através de uma ação precoce destinada a reduzir os riscos associados ao consumo e consequente paragem de consumos, fomentando maior qualidade de vida”; sinalizar e encaminhar os indiciados, consumidores de *risco moderado* “através de uma avaliação estruturada do risco de consumo, para respostas da comunidade adequadas às suas necessidades, contribuindo para a abstinência dos consumos e para um estilo de vida mais saudável”; e sinalizar e encaminhar os indiciados, consumidores *dependentes de SPA*, “para tratamento, contribuindo para uma melhor adesão ao processo terapêutico e à abstinência dos consumos” (SICAD, 2013a, p. 19).

A avaliação do indiciado é realizada através de entrevistas semiestruturadas e da anamnese, com o intuito de recolher informação pertinente e relevante relativa às características do indiciado, situação atual de consumos (frequência e contextos) e correspondente historial, história pessoal, familiar e social. Nesta fase é crucial a observação do estado mental do indiciado, sendo que é de valorizar os sinais e sintomas que possam suspeitar ou sugerir situações de duplo diagnóstico, que exigem outro tipo de acompanhamento e referência (SICAD, 2013a).

1.4.2. Avaliação dos padrões de consumo.

Os riscos de consumo devem igualmente ser avaliados, pelo que Borges e Filho (2007) (citados em SICAD, 2013a, p. 15) sugerem que estes o sejam a partir (i) da avaliação do

consumo de substância (níveis e padrões) e do grau de dependência; (ii) da avaliação dos problemas relacionados com o uso de substâncias (a dimensão clínica – física e mental, com despiste de duplos diagnósticos; a dimensão social – funcionamento e assistência – e a dimensão da relação com a substância, consumos e problemas associados); (iii) da elaboração de uma abordagem interventiva atendendo ao nível de risco: “*baixo risco* – intervenção preventiva e psico-educacional”; “*risco moderado* – intervenção breve adaptada ao indiciado, com sinalização / referência e motivação para a abstinência” e “*risco elevado* – intervenção motivacional, acompanhamento e referência do indiciado para tratamento”.

Algumas CDT recorrem a instrumentos validados para realizarem avaliação e o diagnóstico do grau de gravidade dos consumos, como é o caso do *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) ou do *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)⁷, que permitem uma mais adequada planificação da intervenção (OEDT, 2017).

O ASSIST – construído pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2010) – tem vindo a ser assumido como instrumento de eleição na avaliação do risco do consumo, designadamente “em situações problemáticas de indiciados não toxicodependentes, em que se justifica melhor enquadrar e fundamentar a intervenção e/ou decisão de encaminhamento” (SICAD, 2013a, p. 9). É um questionário cuja aplicação é de cerca de 10 minutos, possuindo “oito questões que contemplam um grupo de 10 substâncias principais (tabaco, álcool, cannabis, cocaína, anfetaminas do tipo estimulantes incluindo *ecstasy*, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinogénios, opiáceos, outras substâncias)” e cujos resultados podem ser representados numa escala de risco (baixo, moderado e elevado) que determina o tipo de intervenção (sinalização/referência, intervenção breve, tratamento) (SICAD, 2013a, p. 15). Este instrumento permite identificar e valorizar a presença de comportamentos de consumo endovenoso ao longo da vida, e nos últimos três meses. Caso haja um consumo médio superior a 4 dias por mês por esta via, deve-se proceder a uma avaliação adicional e uma referência rápida para os cuidados de saúde especializados (SICAD, 2013a). O ASSIST é um instrumento complementar à entrevista/recolha da anamnese

⁷ A construção do ASSIST, por exemplo, decorreu em 4 fases, designadamente: *fase 1* (entre 1997 e 1999), “planificação e desenvolvimento” do instrumento, tendo-se realizado o “estudo de confiança e viabilidade internacional”; *fase 2* (entre 2000 e 2002), “validação internacional e sua viabilidade ligando-o à intervenção breve”; *fase 3* (entre 2002 e 2007), realização do “estudo da eficácia das intervenções breves” associadas ao instrumento e; *fase 4* (entre 2008 e 2011), “desenvolvimento de um modelo eficaz e sustentável para as intervenções baseadas no ASSIST, e disseminação, implementação e avaliação destas intervenções em diferentes situações e contextos” (SICAD, 2013a, p. 16).

e à avaliação da motivação dos indiciados para a abstinência dos consumos, não devendo ser utilizado sem fundamento nem adequação à avaliação que se pretende realizar.

Para além dos riscos de consumos, as CDT avaliam, ainda, a motivação do indiciado, através da identificação dos estágios de mudança de Prochaska e DiClemente e a aplicação dos princípios da intervenção motivacional de Miller e Rollnick, que a seguir se apresentam.

1.4.3. O Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente.

Este modelo aportou mudanças significativas na forma de intervir e no tratamento em toxicodependência. De acordo com os seus autores – Prochaska e DiClemente – o processo de mudança foi segmentado em etapas diferentes, com características específicas pelas quais os indivíduos passam sempre que vivenciam um processo de mudança de um comportamento (Albuquerque, 2009).

A ideia central reside no facto de que a mudança é um fenómeno que ocorre em etapas progressivas, com características próprias, pelo que exige intervenções específicas e diferenciadas e adequadas aos diferentes momentos pelos quais o indivíduo se encontra no processo de mudança (SICAD, 2013a). Por conseguinte, cada etapa de mudança concede uma informação não apenas descritiva, mas também prescritiva relativamente à opção de tratamento (DiClemente, 2005). As etapas progressivas no processo de mudança designam-se de *estádios de mudança* e representam as várias etapas pelas quais o indivíduo passa ao longo do processo de mudança, “desde o momento em que se encontra completamente alheado do problema e/ou nem sequer considera a hipótese de mudar comportamento, até ao momento em que põe em prática uma série de estratégias/ações para resolver o comportamento-problema, implicando-se num plano de manutenção dessas mesmas ações” (SICAD, 2013a, p. 9-10). A passagem de um estágio para outro ocorre, por vezes, de forma natural ao longo da vida, sem que seja necessária qualquer intervenção terapêutica. Todavia, em grande parte dos casos a mudança é auxiliada por processos de ajuda intencional, o que torna mais rápido e eficaz o processo de mudança (DiClemente, 2005).

A motivação é o motor que impulsiona o “indivíduo de um estágio para outro”, “não havendo uma sequência temporal invariável, nem sequer uma certeza do tempo que cada indivíduo permanece em cada estágio” (SICAD, 2013a, 10). A motivação está na base de todo o movimento do indivíduo, sendo, portanto, indispensável em todo o processo. De acordo com o SICAD (2013a, p. 10), o padrão de mudança pode ser visto como um *fenómeno em espiral*, já que se pressupõe um “movimento e evolução, e não com uma progressão linear”. São

identificadas cinco etapas: a “pré-contemplação”, a “contemplação”, a “preparação”, a “ação” e a “manutenção”, conforme evidencia a Figura 3.

Figura 3. Estádios de mudança de Prochaska e DiClemente



Adaptado de “Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão,” por SICAD, 2013a, p. 10.

O *estádio pré-contemplativo* é a fase na qual os aspetos negativos da dependência são ignorados ou negados, claramente numa atitude defensiva em relação à perturbação. O indivíduo resiste à pressão externa de mudança e não considera a hipótese de mudar nos seis meses seguintes. A permanência neste estágio pode relacionar-se com o desconhecimento sobre as consequências do seu comportamento, ou porque após várias tentativas de mudança pode ter perdido a confiança para tentar. A natureza problemática dos consumos não é reconhecida e não há qualquer intenção de mudança porque, em muitas situações, não houve experiência de consequências negativas, ocorrendo a negação da natureza problemática e arriscada do consumo. O consumidor é incapaz de integrar um programa de tratamento e é o pensamento aditivo que sustenta a manutenção dos consumos (Janeiro, 2007).

No *estádio contemplativo*, o indivíduo revela consciência relativamente ao problema e pode já acolher a hipótese de mudança, nos próximos seis meses, não se encontrando, no entanto, preparado para a sua concretização pelo facto de existir um conflito entre os benefícios e os prejuízos do seu comportamento. A ambivalência pode ser constante, pois há uma busca de razões para iniciar uma mudança, ao mesmo tempo que emerge uma recusa para aceitar essa

mudança. Apesar da continuidade dos consumos, já são consideradas as paragens dos mesmos. O indivíduo tanto reconhece como rejeita a existência de um consumo problemático, predominando as crenças favoráveis aos consumos e em simultâneo com episódios de reconhecimento e preocupação relativamente ao comportamento aditivo. O indivíduo balança entre a preocupação e justificações relativamente ao consumo, negando o seu comportamento problemático. Existe consciência das vantagens e desvantagens da mudança, o que gera ambivalência e poderá levar alguns indivíduos a manterem o estágio de contemplação e procrastinação. Não estão criadas condições para o início de um programa de tratamento (Albuquerque, 2009).

O *estádio de preparação* corresponde à possibilidade de realizar uma mudança, nos próximos trinta dias, tendo ocorrido, pelo menos, uma tentativa concreta de mudança do comportamento durante o último ano. O indivíduo pode sentir, no entanto, como perda as restrições que tem de efetuar. São percebidas as vantagens e consequências da mudança e reconhecidas as adversidades associadas ao uso de substâncias. É o estágio em que o consumidor tem a intenção de passar à ação num futuro próximo, geralmente no mês seguinte. Quando a decisão está tomada, começa a preparação. Após uma reflexão é fixado um objetivo e organiza-se em função deste. Está pronto para integrar um programa de tratamento. Surge a reflexão sobre a futura possibilidade de deixar o consumo de drogas. São ponderadas as implicações decorrentes do uso da substância, e assumidos compromissos de paragem dos consumos. Neste momento, poderão estar criadas condições para ocorrer a mudança, logo, existe a necessidade de um planeamento mais específico para a mudança, designadamente a escolha do tipo de tratamento, o que implica uma autoavaliação sobre as capacidades próprias para a mudança (Szupszynski & Oliveira, 2008).

O *estádio de ação* é a fase na qual o indivíduo desenvolve ações com intuito de alcançar objetivos concretos (a abstinência). Nesta fase há já uma estratégia para a mudança; há uma intencionalidade na mudança de hábitos e ambientes com alterações significativas no estilo de vida. Neste contexto, os indivíduos podem reavaliar a sua imagem e mover-se de consumidores problemáticos, para o uso seguro ou para a abstinência. O risco de recaída é significativo (Janeiro, 2007).

O *estádio de manutenção* caracteriza-se pelo trabalho desenvolvido pelo indivíduo no sentido de reduzir a possibilidade de recaída e consolidar os ganhos da mudança. O foco encontra-se na prevenção da recaída. O indivíduo inscreve novos comportamentos nos seus hábitos, integrando-os na vida pessoal. Sedimenta-se a persecução da abstinência através de estratégias e ações conducentes ao abandono definitivo das drogas. São desenvolvidos esforços

na manutenção dos ganhos alcançados durante o estágio de ação e o investimento é dirigido para a abstinência face aos consumos e impedir a recaída, que é vista como uma forma de regressão, implicando um retrocesso a um estágio precedente. Neste sentido, o conhecimento das suas características pessoais ou situações perigosas que contribuem para a recaída, são informações úteis para futuras tentativas de mudança. A manutenção requer uma mudança comportamental prolongada e uma vigilância constante por um mínimo de seis meses, variando de acordo com os objetivos a atingir (Albuquerque, 2009).

Prochaska e Snow (1992, citados por Szupszynski & Oliveira, 2008) consideram que podem ainda ser considerada a existência de um sexto estágio de finalização que diria respeito a uma fase em que o indivíduo já se encontra autoconfiante e auto eficaz no sentido de não voltar a consumir, sendo nulo o seu desejo pela substância, em qualquer situação. Este seria o estágio final do processo, com o alcance do objetivo ambicionado pelo indivíduo, todavia não poderiam ser descartadas possibilidades de recaídas durante o processo, aproveitando esses momentos para serem orientados para a reflexão e aprendizagem futura. A recaída é vista como um estágio normal e típico do processo de mudança. Com ela, os indivíduos depreendem que certos objetivos podem ser irrealistas, algumas estratégias ineficazes e que alguns ambientes não conduzem a mudanças bem-sucedidas.

O termo transteórico associa-se, assim, aos processos de mudança que englobam diversas técnicas, métodos e intervenções associados a orientações teóricas diferentes. Como tal, os estádios assumem-se como uma dimensão temporal que permitem compreender quando ocorrem as mudanças nas atitudes, intenções e comportamentos, pelo que Prochaska e DiClemente (citados por Janeiro, 2007) observaram 10 processos de mudança, que possibilitam a compreensão da forma como estas mudanças sucedem. É importante, por isso, avaliar o estágio em que o indivíduo se encontra “na sua vontade de mudar e ajustar as intervenções de acordo com essa etapa” (SICAD, 2013a, p. 11).

Estes processos de mudança podem ser divididos em dois grupos: (i) os processos cognitivos-experiências, que englobam o aumento da consciência, reavaliação de si, ativação emocional e dramatização, reavaliação ambiental e libertação social; e (ii) os que se referem a aspetos comportamentais, como a libertação, contra condicionamento, controle de estímulos, gestão de recompensas e relações de ajuda (Szupszynski & Oliveira, 2008). Quanto maior e mais rentável for a utilização dos recursos ambientais e sociais, maior a probabilidade da mudança ocorrer com sucesso.

1.4.4. Entrevista Motivacional de Miller e Rollnick.

A entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento diretivo, que se centra no cliente com o intuito de estimular a mudança de comportamento, ajudando os clientes na exploração e resolução da sua ambivalência (Borges & Filho, 2007). Esta metodologia de intervenção, estando baseada no modelo transteórico para a mudança, “desenvolveu técnicas específicas e introduziu inovações na forma de intervir em estados de dependência de substâncias psicoativas” (SICAD, 2013a, p. 12). Ela é tida como “uma abordagem de excelência” para intervir nas fases iniciais de mudança, podendo ser utilizada em estádios posteriores, já que estimula a transição de estádios permitindo que o indivíduo evolua no sentido da mudança (SICAD, 2013a).

Miller e Rollnick (2002) procuraram estabelecer uma correspondência entre as tarefas motivacionais e os estádios de mudança, pelo que segundo os autores, as estratégias motivacionais e os objetivos de intervenção devem estar coerentes com o estágio de mudança em que o indivíduo se situa, designadamente:

Figura 4. Correspondência entre os estádios de mudança e as tarefas motivacionais

Pré-contemplação	• Questionar o comportamento - aumentar a auto percepção para os riscos e consequências do comportamento atual
Contemplação	• Evocar razões para mudar: riscos de não mudar, reforçar a auto eficácia para mudar o comportamento atual
Preparação	• Ajudar a determinar o melhor curso de ação no sentido de conseguir a mudança
Ação	• Apoiar o cliente a dar os passos necessários para a mudança
Manutenção ou No caso de recaída	• Ajudar a prevenir recaídas • Ajudar a elaborar a recaída e adotar uma estratégia para um novo começo

Adaptado de “Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão,” por SICAD, 2013a, p. 12.

Importa ainda sublinhar que a intervenção motivacional integra um conjunto de estratégias orientadas para potenciar a motivação do indivíduo consumidor de SPA, num curto período de tempo, pelo que é especialmente adequada à intervenção das CDT. Este tipo de intervenção pretende trabalhar especificamente “a adesão e a motivação do indivíduo a iniciar um processo de tratamento”, auxiliando a motivação e reforçando “o compromisso de deixar o consumo e aceitar o tratamento” (SICAD, 2013a, p. 11).

Assim, e de acordo com Miller e Rollnick (2002), os princípios da entrevista motivacional, cujo objetivo central consiste na promoção da mudança do comportamento, centram-se:

- na expressão de empatia, que pressupõe uma atitude de compreensão do outro, através da escuta ativa e da aceitação da ambivalência como uma reação normal associada à hipótese de mudança;
- no incremento de discrepâncias que visa a promoção de conhecimento entre os comportamentos do indivíduo e os objetivos que possui (conflito);
- no caráter não confrontativo, que implica que a resistência produzida no indivíduo através da imposição externa de uma realidade deve ser interpretada como um sinal de necessidade de alteração da estratégia terapêutica;
- na resistência, que é considerada uma percepção que deve ser respeitada e em relação à qual o terapeuta adota uma atitude colaborante, não impondo, mas oferecendo alternativas;
- na promoção da autoeficácia, que desenvolve a crença que o próprio possui relativamente às suas capacidades de realizar mudança.

O enfoque terapêutico da entrevista motivacional integra aspetos da terapia centrada no cliente de Rogers (2009, 2011), com estratégias cognitivas-comportamentais e relacionadas com os estádios de mudança. Esta intervenção baseia-se no respeito pelo paciente, nas suas crenças e escala de valores, mas tentando estimular a motivação e favorecer o posicionamento face a estilos de vida saudáveis e promovendo a capacidade de escolha. Todo o processo de mudança tem custos, pelo que se torna necessário que a pessoa apresente motivação para alcançar as metas que vão sendo estabelecidas, tendo presente que não é possível encetar processos de mudança se não está clara a amplitude da tarefa.

Na verdade, a teoria humanista de Rogers assenta na premissa base de que o indivíduo tem a possibilidade de tomar as decisões e ser responsável por elas. Não nega a existência de forças exteriores que constroem o indivíduo, mas vê que em todas as situações, o indivíduo pode sempre tomar uma decisão (Rogers, 2011). A tomada de decisão é vista por Rogers (2009) como uma oportunidade dada ao indivíduo, desde si mesmo, a partir de uma força interior inerente a cada um de nós, de tornar-se, para além dessa liberdade de decidir, o que se é. Desse modo, é tomada como pressuposto fundamental a liberdade de escolher, enraizada nessa força interior que nos permite tomar decisões para crescermos e termos uma vida realizada. Por outro lado, à medida que nos realizamos, tornamo-nos mais aptos a escolher e tomar decisões livres de coerções exteriores.

Esta abordagem olha para o indivíduo como pessoa e por isso, centra os seus esforços no cliente, assegurando não apenas a relação do terapeuta com o cliente, mas acima de tudo, do cliente consigo mesmo (Rogers, 2009).

Rogers (2011) defende, ainda, que o indivíduo se enriquece a partir das suas experiências, procurando satisfazer a sua necessidade fundamental de autorrealização. Esta é a motivação principal e é isto que o terapeuta tem que revelar ao cliente. De facto, é a partir das suas experiências variadas que o indivíduo se vai transformando em pessoa e, por conseguinte, a autorrealização não é um estado, mas um processo, uma dinâmica para que o indivíduo se possa tornar livre.

Toda a motivação de autorrealização é motivação para que o *eu* se realize, já que a imagem que o indivíduo tem do seu *eu* é diferente do seu *eu* real. O *eu* real não é congruente com o *eu* ideal (autoimagem), resultando numa incongruência. Quando o indivíduo se encontra perante a discrepância entre o *eu* ideal e o real pode ter comportamentos nocivos a si mesmo, pelo que o terapeuta deve permitir o encontro destes dois *eus* no indivíduo para que ele consiga lidar com os seus erros ou problemas (Rogers, 2009).

Neste sentido, Rogers (2011) acredita que a prática terapêutica deve guiar-se por um conjunto de princípios: (i) contacto psicológico entre o terapeuta e o cliente; (ii) estado de incongruência do cliente (desacordo interno); (iii) estado de congruência do terapeuta (acordo interno); (iv) consideração positiva incondicional (o terapeuta aceita o cliente enquanto pessoa independentemente do seu referencial interno de valores); (v) compreensão empática; (vi) comunicação efetiva ao cliente da compreensão empática e da consideração positiva incondicional.

A teoria de Rogers (2009) assenta numa perspetiva positiva do ser humano e destaca-se por aportar uma mudança necessária, que se expressa na seguinte ideia paradoxal: “quando me aceito como sou, estou-me modificando” (p. 20).

Parte II
Trabalho de Estágio na
Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa

2.1. O Papel dos Psicólogos nas CDT

As CDT são formadas por um presidente e dois vogais “com formação na área da saúde, do direito, da psicologia e do serviço social”. Existe também uma “equipa técnica multidisciplinar entre psicólogos clínicos, técnicos de serviço social e juristas, aos quais compete (...) emitir pareceres técnicos de suporte à decisão dos membros” quanto às medidas aplicáveis à contraordenação e trabalhar a motivação dos consumidores para a mudança através de intervenções breves (SICAD, 2013a, p. 7).

No caso específico da CDT Lisboa, para além do presidente e dos dois vogais, existe uma equipa técnica composta por um psicólogo clínico, três técnicos de serviço social e um departamento administrativo composto por cinco funcionários.

O papel do psicólogo nestas comissões integra uma abordagem de prevenção secundária que consiste num conjunto de diligências, tais como:

- realizar entrevistas prévias com os indiciados;
- recolher dados acerca dos consumos, da trajetória de vida, do enquadramento familiar e social, da situação pessoal e profissional atuais, da motivação para a mudança de comportamento, entre outras informações que podem ser relevantes para a elaboração da anamnese,
- emitir pareceres técnicos acerca de cada indiciado,
- elaborar os respetivos relatórios,
- transmitir ao indiciado, em contexto de audição formal, a medida escolhida a aplicar com respeito à contraordenação,
- efetuar encaminhamentos,
- articular-se com os intervenientes na recolha de *feedback* a fim de perceber se o indiciado aderiu ou não ao encaminhamento efetuado (*follow-up*);
- garantir o acompanhamento técnico do indiciado (e sua família) ao longo do tempo (SICAD, 2013a).

A compreensão da problemática do consumo de SPA implica necessariamente ter em conta a indivisibilidade de três componentes essenciais: a substância (tipo e características), o indivíduo (sua personalidade e mundo interior) e o meio envolvente (contextos em que o indivíduo se move), como tal não se pode atribuir uma relação de causalidade simples ao uso ou abuso de SPA. Existe uma relação interdinâmica dos três componentes que resultam em múltiplas combinações que poderão definir os fatores de risco e de proteção associados ao consumo de SPA (Sousa et al., 2007).

Neste sentido, o psicólogo clínico é um elemento determinante na intervenção associada ao uso de SPA, pois ao possuir ferramentas teóricas e práticas especializadas para uma avaliação abrangente que englobe os fatores comportamentais, sociais e motivacionais que influenciam o consumo de substâncias, permite que este profissional integre um conjunto de competências que facilitam uma abordagem não discriminatória em que o consumidor é ativo no seu processo de mudança (Ordem dos Psicólogos, 2016).

2.2. O Trabalho da Estagiária de Psicologia Clínica na CDT de Lisboa

A população alvo da CDT são todos os sujeitos que se apresentem na posse, a consumir ou a adquirir substâncias ilícitas. Neste sentido, o objetivo que foi proposto desenvolver à estagiária ao longo do período de estágio curricular consistia em efetuar atendimentos aos consumidores de SPA com vista à promoção de alteração dos seus comportamentos e hábitos de consumo.

No dia 13 de Novembro de 2017 deu-se início ao estágio, cujo primeiro mês foi marcado, essencialmente, pelo estudo das temáticas relacionadas com a toxicodependência, a familiarização com as dinâmicas da CDT (e modo desta se articular com as demais valências que se integram, ou não no SICAD, mas que dão alguma resposta a situações relacionadas com o uso abusivo de SPA ilícitas ou lícitas), bem como por um período de adaptação ao local de trabalho e aos recursos técnicos à condição de baixa visão da estagiária, num esforço coletivo de vários departamentos da CDT, visando a sua total autonomia o mais breve possível. Contudo, e dadas as limitações dos recursos e dos equipamentos informáticos, não foi possível uma adaptação plena dos meios técnicos que permitissem à estagiária a aplicação do ASSIST (instrumento utilizado nestas comissões), cujos resultados, em conjunto com a anamnese e a entrevista motivacional, representa um complemento importante para a avaliação da situação do indiciado no que diz respeito aos consumos de SPA.

Tendo em conta os aspetos inerentes à baixa visão da estagiária e à falta de recursos técnicos e informáticos, foi acordado pela CDT que não seria possível proceder à aplicação do instrumento ASSIST em formato digital, pelo que teria de efetuar uma aplicação manual através das questões que estão incluídas no referido instrumento. É importante referir que este modo de aplicação é recorrente em casos de falha de sistema informático e não unicamente pensado para a minha situação concreta. A explicação da aplicação manual deste instrumento foi efetuada numa reunião que contou com a presença da orientadora institucional, Dra. Raquel Lopes. Neste período inicial foi feita observação das entrevistas com a aplicação do instrumento nos dois formatos (digital e manual), contando para tal com a ajuda da orientadora.

Posto isto e após este período, deu-se então início, de forma autónoma, aos atendimentos dos indiciados.

2.2.1. A estrutura do estágio.

Durante o período de estágio, de novembro de 2017 a junho de 2018, a estagiária passou, em média três dias por semana na CDT, contando para tal com uma sala partilhada, com outras quatro pessoas, para efetuar relatórios e diligências processuais e dois gabinetes exclusivos para a realização dos atendimentos aos indiciados. Esta organização espacial estava já pré-determinada pela instituição, sendo a que era utilizada pelos restantes funcionários.

O estágio diário, de oito horas, na CDT organizava-se em dois momentos. As manhãs eram essencialmente dedicadas às intervenções breves com os indiciados e as tardes eram reservadas para relatórios e diligências processuais. Ainda que este modo de operar não fosse obrigatório era o que era seguido pelos funcionários da instituição.

Cada intervenção breve tinha uma duração média de 30 minutos. Contudo, havendo espaços disponíveis, por não se estarem a realizar mais atendimentos/intervenções, era possível prolongar a duração média indicada.

Ao longo deste período houve momentos informais de supervisão com a orientadora institucional. Neles foram trabalhados aspetos a melhorar tais como: a duração das intervenções breves, por estar a alongar demasiado os atendimentos, estando inadvertidamente a retirar o carácter breve das intervenções e reorganização do foco das substâncias, por me encontrar a desvalorizar o consumo das SPA lícitas (e.g. tabaco e álcool).

2.2.2. Instrumentos aplicados.

As intervenções breves realizadas no âmbito deste estágio recorriam aos instrumentos usados com frequência pelas CDT que são a anamnese, o questionário ASSIST (SICAD, s.d.) e a entrevista motivacional.

Após o acolhimento do indiciado no gabinete de atendimento é feita a recolha dos dados pessoais, familiares, sociais e da trajetória de vida, a fim de compor uma anamnese. Estes dados posteriormente irão ser integrados no relatório técnico do sujeito que irá constar durante cinco anos na base de dados do SICAD.

No momento da intervenção breve com o indiciado, segundo Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Monteiro, e Poznyak (2003), caso o psicólogo considere necessário, é aplicado o instrumento ASSIST, que consiste num questionário constituído por oito questões (ver anexo

A) que permitem proceder à avaliação do padrão de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias. As questões são, resumidamente:

*“Quais as substâncias que já consumiu ao longo da vida?; Com que frequência consumiu cada uma das substâncias?; Com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir?; Com que frequência o seu consumo originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?; Com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao seu consumo?; Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo?; Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o seu consumo?; Alguma vez consumiu substâncias por via injetável?”*⁸

Atendendo a que não era possível à estagiária a aplicação digital deste questionário, estas perguntas serviram de base para a condução do atendimento nesta fase de recolha de dados. O questionário ASSIST, quando realizado informaticamente, determina, automaticamente, o nível de risco dos consumos, conforme apresenta a Figura 5.

Figura 5. Nível de Risco Associado aos Consumos de SPA

RESULTADO AUDIT	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-7	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE BAIXO RISCO	INFORMAÇÃO EDUCAÇÃO
8-15	BAIXO / MODERADO	CONSUMO DE RISCO	ORIENTAÇÃO
16-19	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
20-40	ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

adaptado de Organización Mundial de la Salud - Babor, T.F. et al. (2001). AUDIT – Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – Pautas para su utilización em Atención Primaria., Washington: Organización Panamericana de la Salud e Generalitat Valenciana (Trad. Espanhol)

Adaptado de “Rede de Referência / Articulação,” por SICAD, s.d., disponível em http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=2&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/

Contudo, na aplicação manual, o nível de risco é atribuído tendo como referência as cotações do teste (pré-definidas) e também ponderando o enquadramento pessoal, familiar e

⁸ Consultado em http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=3&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/

social. Este procedimento permite adequar o nível de risco ao contexto apresentado pelo indiciado.

Com estes resultados e consoante o estágio (Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente) em que o indiciado se encontrava, dava-se início a uma entrevista motivacional, tendo como objetivo consciencializar o sujeito para os riscos e consequências para a saúde do uso de SPA e desencadear, deste modo, a motivação para a mudança de comportamento através dos seis momentos desta intervenção, sendo eles: Autoeficácia, Devolução, Empatia, Responsabilidade, Inventário e Recomendações (“ADERIR”).

Os dados recolhidos durante as intervenções breves aos indiciados foram um dos elementos fundamentais do presente trabalho, pelo que serão apresentados e alvo de análise aprofundada na terceira parte deste trabalho.

2.2.3. Casos Práticos.⁹

Neste tópico serão apresentados três casos práticos dos 86 atendimentos levados a cabo pela estagiária, acrescido da transcrição de alguns elementos verbais considerados pertinentes para melhor compreensão da situação, com o objetivo de exemplificar as limitações e potencialidades das entrevistas motivacionais realizadas no âmbito da dissuasão dos consumos, assim como os desafios sentidos no estabelecimento da relação entre a estagiária de psicologia e os indiciados.

Caso 1.

Indivíduo do género masculino, entre os 20 e 30 anos de idade, caucasiano, com consumos regulares de canabinóides (4 a 6 vezes por semana), empregado operacional no sector secundário, solteiro, filho de pais separados, a viver com um parente próximo. Foi identificado pelas autoridades policiais por se encontrar na posse de haxixe em contexto noturno recreativo e encaminhado para a CDT de Lisboa com o objetivo de dar seguimento ao processo contraordenacional, onde se apresentou no dia e hora marcada.

Relato da entrevista.

O utente entrou no gabinete de atendimento após uma hora de espera na receção, onde se encontravam outros utentes. A estagiária dirigiu-se à receção, como habitual, convidando-o

⁹ Os dados apresentados nos casos práticos estão ao abrigo de sigilo profissional e do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

a entrar. Este levantou-se, acompanhando a estagiária até ao gabinete, não tendo respondido ao “*bom dia*” proferido pela mesma. Sentou-se na cadeira de forma displicente, suspirando, transparecendo aborrecimento e impaciência. A estagiária fechou a porta e deslocou-se para o seu posto, pedindo desculpa pela demora e referido que compreendia a atitude dele. Só neste momento o utente verbalizou “*sim, isto é muito chato ter de estar aqui*”, reforçando a sua atitude de contrariedade em estar no local. A estagiária deu início à apresentação pessoal, ao contexto legal e os procedimentos a seguir. O utente manteve a sua atitude de desinteresse ao ponto de a estagiária ter de perguntar, mais do que uma vez, se estaria a compreender o que lhe estava a ser dito, ao que respondeu que “*sim*” num tom de voz muito sumido. Ao terem sido explicitadas, de novo, as obrigações processuais, o utente reiterou a pouca vontade de colaborar, verbalizando “*já que sou obrigado a estar aqui, diga lá, então, o que é que quer saber*”. A estagiária deu início à recolha de dados pessoais, familiares e sociais para elaboração da anamnese. O utente ao falar da família, revelou algum sentimento de tristeza pela ausência do pai em consequência da recente separação parental, o que fez com que a estagiária se debruçasse um pouco sobre a situação, tentando explorar como é que isso o estaria a afetar e de que forma ele se estaria a sentir e a lidar emocionalmente com a ausência paterna. Após este momento, a postura do utente alterou-se, manifestando uma atitude mais colaborante, o que facilitou a relação de ajuda que, ao longo do atendimento, foi sendo estabelecida. No momento da recolha de informação sobre os hábitos de consumo, a estagiária observou que o sujeito não se considerava um utilizador regular, apresentando justificações comparativas com os seus pares (“*os meus amigos fumam muito mais do que eu, tá a ver? Eu só fumo uma ganzazinha ao final do dia para relaxar, e nem é sempre!*”). A estagiária informou que a regularidade do uso que ele fazia da substância, conferia uma situação de “risco moderado”, informação essa que o deixou surpreendido (“*a sério? Não fazia a mínima ideia!*”), detendo-se em silêncio durante alguns instantes, refletindo, para depois questionar o que seria, então, uma situação de “baixo risco”. Após esclarecimento adicional, o utente manifestou interesse em reduzir os consumos, aceitando a sugestão da estagiária, embora tenha admitido que não iria abandonar totalmente os consumos porque lhe dariam certo prazer. No entanto, a proposta de encaminhamento no âmbito dos consumos foi mantida, não tendo sido aceite pelo utente. Ao dar por terminada a entrevista, que demorou sensivelmente, 20 minutos, a estagiária saiu do local por forma a imprimir a ata de comparência, tendo solicitado ao utente que aguardasse mais algum tempo no gabinete pela chegada de um dos vogais da CDT de Lisboa, que lhe transmitiria a medida a aplicar ao processo de contraordenação e o faria assinar a referida ata. O utente despediu-se da estagiária com um aperto de mão firme e postura de agradecimento.

Comentário.

Considerou-se que a postura inicial revelada pelo utente foi, contextualmente, compreensível atendendo à espera prolongada pelo atendimento e à obrigatoriedade legal da comparência na CDT de Lisboa. Ainda que contrariado, o utente decidiu ser colaborante na prestação de dados à estagiária para o preenchimento da anamnese como forma de apressar a sua saída das instalações. Verificou-se uma alteração mais expressiva da atitude aquando da sua partilha sobre os problemas familiares relacionados com a ausência do pai. A estagiária aproveitou este momento para mostrar compreensão, conseguindo, deste modo, ganhar a confiança do utente, estreitando a relação de ajuda. À posteriori, com as informações e esclarecimentos prestados, o utente foi mostrando maior colaboração, até porque, eventualmente, constatou a ausência de julgamento morais ou admoestações severas por parte da estagiária. No momento de confronto com o nível de risco em que se situaria, o silêncio manifestado pelo utente poderá ser interpretado, na perspetiva de Rogers (2009), como um estado de incongruência dada a distância entre o real padrão de uso de substâncias e a perceção distorcida que tinha dos seus próprios consumos. A vontade do utente em reduzir os consumos surgiu, sobretudo, pela consciencialização dos riscos para a saúde dada a sua desinformação quanto às componentes das substâncias ilícitas e possíveis danos para a saúde. O aperto de mão firme concedido à estagiária no final do atendimento foi indicador claro da relação de proximidade conseguida e da boa condução da entrevista motivacional.

Caso 2.

Indivíduo do género masculino, entre os 20 e os 30 anos de idade, afrodescendente, com consumos regulares de canabinóides (4 a 6 vezes por semana), empregado operacional do sector secundário, numa relação afetiva estável, a viver sozinho. Foi identificado pelas autoridades policiais por se encontrar na posse de haxixe na sequência de uma operação STOP e encaminhado para a CDT de Lisboa com o objetivo de dar seguimento ao processo contraordenacional, onde se apresentou no dia e hora marcada.

Relato da entrevista.

O utente entrou no gabinete de atendimento acompanhado da estagiária, manifestando uma postura fechada e uma atitude resistente. Após o acolhimento inicial efetuado pela estagiária, o utente respondeu às suas questões sempre de forma monossilábica (“sim”, “não”, “não sei”, “talvez”). Na recolha de dados a estagiária viu-se obrigada a pedir para que o utente fosse um pouco mais completo nas respostas, o que despoletou, nele, uma verbalização agressiva, respondendo que a obrigatoriedade de se apresentar na CDT de Lisboa representava

“uma palhaçada” por não se considerar *“um agarrado”*. Referiu, ainda, que não concordava com os motivos pelos quais havia sido indiciado e que, por isso, não sentia necessidade de responder a qualquer pergunta. No seguimento, a estagiária sentiu a necessidade de reforçar o objetivo do SICAD – *“tratar em vez de punir”* – de forma a clarificar que ele não estaria ali para ser julgado ou punido, mas sim, ajudado. Ao que respondeu *“vocês querem ajudar, mas isso é mentira. A mim só me estão a prejudicar. Tive de faltar ao trabalho e quem é que me vai pagar o dia?”*. Esta reiterada atitude de resistência foi mantida ao longo de toda a entrevista. Ainda que tenha sido possível recolher a totalidade dos dados necessários para a elaboração do relatório, o ambiente foi sempre pautado pela frieza, hostilidade, pouca colaboração e vontade de abandonar o local. Avaliou-se que os hábitos de consumo deste utente configuravam um *“risco moderado”*, tendo, portanto, sido feita uma proposta de encaminhamento no âmbito dos consumos, que foi recusada pelo mesmo. O utente acrescentou que não considerava o seu consumo minimamente problemático e que, como tal, iria continuar a fazer uso de SPA. Ao fim desta entrevista que durou, sensivelmente, 10 minutos, o utente aguardou, no gabinete, pelo vogal da CDT de Lisboa, que lhe transmitiu a medida a aplicar ao processo de contraordenação. A ata de comparência sofreu um atraso na impressão, o que fez com que a estagiária tivesse de a levar ao gabinete para o utente assinar, após a saída do vogal do mesmo. No ato da assinatura, o utente atirou, com força, a caneta e a folha para cima da secretária, tendo a caneta ido parar ao chão, referindo, ainda, que não iria levar justificação de falta para entregar na sua entidade patronal devido ao nome da instituição conter a palavra *“toxicod dependência”*. Saiu do gabinete sem se despedir da estagiária, numa postura de manifesta contrariedade.

Comentário.

Da relação inicial que foi estabelecida com o utente e das respostas pouco colaborantes concedidas pelo mesmo, a estagiária sentiu algumas dificuldades de aproximação, tendo procedido à realização de perguntas abertas numa tentativa de estimular a comunicação entre ambos. Esta situação conduziu a um *“fechamento”* ainda maior por parte do utente traduzido em respostas agressivas e utilização de vocabulário impróprio para o contexto, nomeadamente o uso de obscenidades (*“Foda-se, isto é tudo uma ganda tanga”*). A partir desse momento a estagiária sentiu que a insistência para a colaboração seria infrutífera, podendo, inclusive, a sua integridade física ser posta em risco. Neste sentido, a estagiária deu por encerrada a entrevista, convidando o utente a permanecer no gabinete para se proceder às diligências processuais seguintes. A recusa em levar a justificação de faltas para entregar na sua entidade patronal, é revelador do efeito estigmatizante que a palavra *“toxicod dependência”* pode conter nalguns

sujeitos e instituição, situação que pode ter contribuído, ainda mais, para a postura reativa do utente. No final da entrevista, a estagiária manifestou algum sentimento de frustração, aumentado pelo arremessar da caneta por parte do utente necessitando de suporte e orientação por parte da supervisora institucional no sentido de adequar a abordagem técnica a futuros casos como este.

Caso 3.

Indivíduo do género masculino, entre os 20 e os 30 anos de idade, caucasiano, com consumos frequentes de álcool (2 vezes por semana), de canabinóides e cocaína (1 a 2 vezes por semana), estavelmente empregado no sector terciário, recém separado, a residir sozinho e a vivenciar a morte recente de um parente próximo. Foi identificado pelas autoridades policiais por se encontrar na posse de haxixe e cocaína na sequência de uma operação STOP e encaminhado para a CDT de Lisboa com o objetivo de dar seguimento ao processo contraordenacional, onde se apresentou no dia e hora marcada.

Relato da entrevista.

O utente prontamente se levantou da cadeira onde estava sentado a aguardar o atendimento e cumprimentou, de forma cordial, a estagiária após esta o ter chamado para a entrevista. Deu entrada no gabinete e teve o cuidado de silenciar o telemóvel. A estagiária procedeu ao acolhimento inicial, tendo, depois, questionado o utente sobre o tipo de substâncias habitualmente consumidas e em que contextos. O utente, após o questionamento da estagiária, permaneceu em silêncio, por alguns momentos tendo rompido depois, numa crise de choro. A estagiária providenciou, de imediato, lenços e um copo de água, aguardando tranquilamente que este recuperasse o controlo emocional a fim de ser possível dar seguimento à entrevista. O utente sentiu uma enorme necessidade de justificar o sucedido (choro), partilhando sentimentos de profunda tristeza pela morte do parente próximo, pela separação da namorada e pelos diferentes conflitos no seio familiar. Perante o exposto, a estagiária revelou compreensão, tendo concedido o tempo necessário para que o utente expressasse os seus sentimentos. Ao longo da entrevista, o utente acabou por ter outras duas crises de choro, menos intensas que a primeira, mas também relacionadas com os problemas familiares. Relativamente aos consumos, o utente revelou ter a perceção de, entre as SPA que consumia (álcool, haxixe e cocaína), fazer uso abusivo apenas de cocaína (1 vez por semana) não manifestando o mesmo sentimento quanto ao uso das restantes substâncias. Foi explicado que, embora o ASSIST indique que essa frequência de uso de uma única substância configura um “baixo risco”, o

importante não seria a natureza da substância, mas o impacto que o seu uso provocaria na pessoa e que outros consumos estarão associados. O utente mostrou algum sentimento de culpa pelo uso de cocaína, tendo, por isso, aceite a proposta de encaminhamento feita pela estagiária. O utente mostrou, ainda, interesse num possível apoio psicoterapêutico, pelo que lhe foi fornecida a listagem das entidades competentes para as quais teria de se dirigir na sua área de residência. A entrevista, que teve uma duração de 45 minutos, foi terminada de forma positiva com o utente a demonstrar gratidão pela atenção e acompanhamento técnico realizado, saindo da sala de atendimento visivelmente mais estável em termos emocionais.

Comentário.

O cumprimento cordial e o cuidado de silenciar o telemóvel revelado pelo utente foram indicadores iniciais da sua postura recetiva. Face às problemáticas partilhadas a estagiária tentou procurar conter emocionalmente o utente e compreendê-lo nas suas dificuldades, sem nunca perder o foco da entrevista. Esta situação originou grande empatia que, em consequência, facilitou, a verbalizações de outros problemas das diferentes dimensões da vida do indivíduo. A perceção de fazer uso abusivo de SPA aliado ao facto de ter incorrido em processos de contraordenação por excesso de álcool, posse de haxixe e cocaína, e ter sido encaminhado para a CDT de Lisboa, promoveram, nele, sentimento de culpabilização pelo uso das referidas substâncias, o que contribuiu para a motivação para a mudança de comportamentos. O tempo despendido na realização do atendimento, ainda que superior ao habitual, foi necessário devido ao estado emocional do utente. Acredita-se que a contenção emocional promovida pela estagiária contribuiu largamente para a adesão às propostas de encaminhamento apresentadas.

2.2.4. Atividades Realizadas.

A organização temporal das atividades realizadas ao longo do estágio encontram-se dispostas temporalmente do diagrama da Figura 6.

Figura 6. Cronograma das Atividades Realizadas no Âmbito do Estágio

	nov-17	dez-17	jan-18	fev-18	mar-18	abr-18	mai-18	jun-18	...	ago-19
Reunião prévia do Estágio	■									
Leitura de Relatórios, Documentos Institucionais e pesquisa bibliográfica	■	■								
Reconhecimento/Integração do Espaço Físico	■									
Supervisão do Estágio		■	■	■	■	■	■	■		
Observação de Atendimento	■	■								
Realização de Atendimento			■	■	■	■	■	■		
Formação/Congresso			■					■		
Elaboração do Relatório Final de Estágio								■	■	■

Fonte: Elaboração própria.

A primeira atividade desenvolvida foi a Reunião prévia do Estágio que permitiu um primeiro contacto com as instalações, funcionários e a direção da CDT. Nela foi transmitido à estagiária de que forma esta instituição operacionaliza a Lei da Descriminalização do Consumo e em que consiste o trabalho do psicólogo nestas comissões. A estagiária teve a oportunidade de partilhar as expectativas e receios quanto ao Estágio. Uma atividade fundamental, dadas as limitações visuais da estagiária, foi a do Reconhecimento/Integração do Espaço Físico, tendo sido de louvar o esforço conjunto do departamento informático e toda a comissão na adaptação dos meios físicos (e.g. colocação de sinaléticas facilitadoras da identificação/localização dos espaços; modificação da organização das secretárias; adequação das luzes; entre outros) e tecnológicos (e.g. atribuição de um computador adaptado às necessidades da estagiária, com o melhor sistema operativo disponível para facilitar a acessibilidade a pessoas com baixa visão) a fim de promover a autonomia da estagiária.

Seguiu-se um período de familiarização com a documentação específica de âmbito legal necessário para o desenvolvimento da atividade do estágio: autos da polícia, processos contraordenacionais e relatórios. Para a estagiária se enquadrar no estudo das temáticas dos comportamentos aditivos procurou, ainda, consultar, recolher, organizar e analisar diferentes tipos de informação documental. Detive-se na procura de textos de carácter científico disponíveis em livros, estudos, monografias, teses, relatórios, estatísticas e artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, através de pesquisa online do domínio das ciências sociais e humanas. Para esta procura de conhecimento foram, também, efetuadas pesquisas em documentos jurídicos e legislativos, documentos produzidos por organismos públicos, ONG, artigos e materiais jornalísticos, bem como, em páginas de internet, que permitiram a estagiária

estar atualizada sob acontecimentos específicos que foram sendo desenvolvidos sobre a realidade dos comportamentos aditivos e que coadjuvaram na sua compreensão.

Antes de realizar autonomamente os atendimentos, a estagiária fez observação das intervenções levadas a cabo pela orientadora Dr.^a Raquel Lopes, onde pôde conhecer em que consiste uma intervenção breve, na prática, e as duas formas de aplicação do instrumento ASSIST (digital e manual), sendo que a ênfase foi colocada no procedimento manual, que seria o que iria replicar nos atendimentos. Seguiu-se o período de realização de atendimentos de forma autónoma que terminou em junho de 2018. Nestes atendimentos, além da aplicação dos instrumentos já descritos, caso o indiciado tenha considerado fazer uso problemático de qualquer tipo de substância psicoativa lícita (e.g.: tabaco ou álcool) ou ilícita procedeu-se ao encaminhamento do mesmo para a entidade de saúde competente, caso tenha manifestado essa vontade.

As atividades de estágio foram continuamente supervisionadas, tendo os relatórios elaborados pela estagiária sido constantemente submetidos à apreciação da orientadora institucional.

Durante o período de estágio foi possibilitada à estagiária a oportunidade de frequentar uma ação de formação com o tema "Descriminalização e Dependências", que decorreu em janeiro de 2018 na sede do SICAD localizada no Parque de Saúde Pulido Valente, e, em Junho do mesmo ano, pôde assistir ao III Congresso SICAD e 10 Anos FNAS – Fórum Nacional Álcool e Saúde que decorreu no Centro Cultural de Belém.

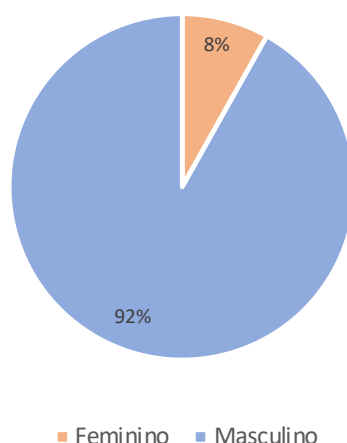
Estas atividades foram de suma importância para um melhor entendimento da operacionalização da lei da descriminalização e da problemática da adição a substâncias psicoativas.

2.3. Caracterização dos Indiciados Atendidos

Durante o período de estágio foram atendidos 86 indiciados¹⁰, dos quais 92% (n=79) eram do género masculino e 8% (n=7) do género feminino (Gráfico 1).

¹⁰ Os dados referentes aos indiciados atendidos encontram-se nas tabelas do anexo B.

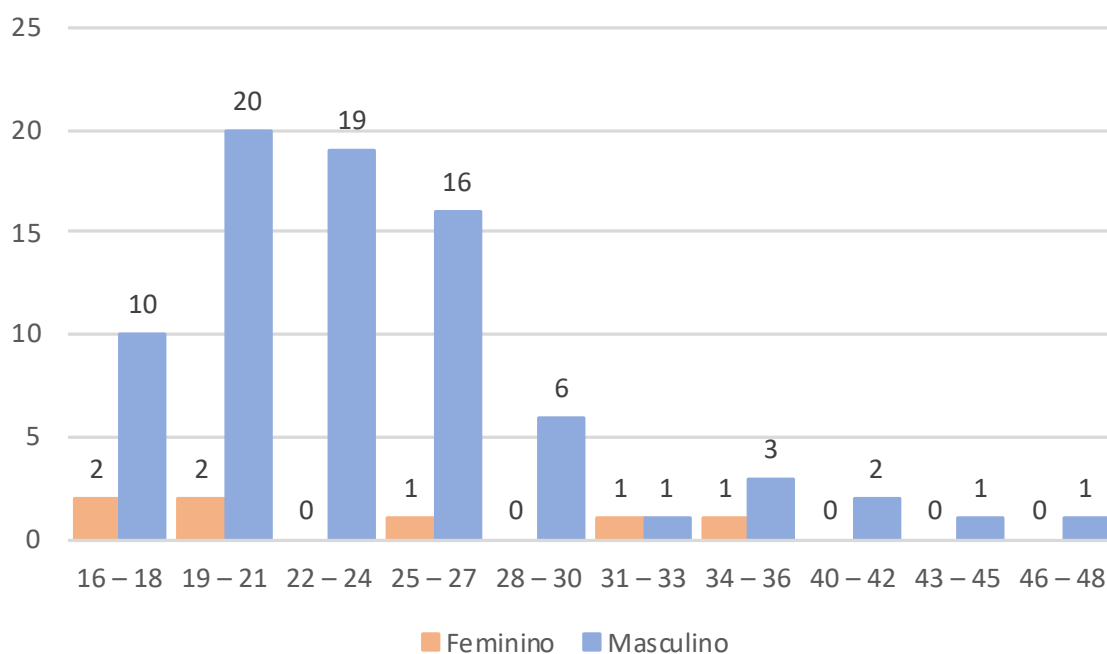
Gráfico 1. Distribuição dos Indiciados por Género



Fonte: Elaboração própria.

Dentro deste grupo, 81% (n=70) tinham idades compreendidas entre os 16 e os 27 anos de idade. Este padrão verificou-se tanto no género feminino (71%), como no género masculino (82%), podendo afirmar-se que existia uma prevalência dos consumos numa população essencialmente jovem (Gráfico 2).

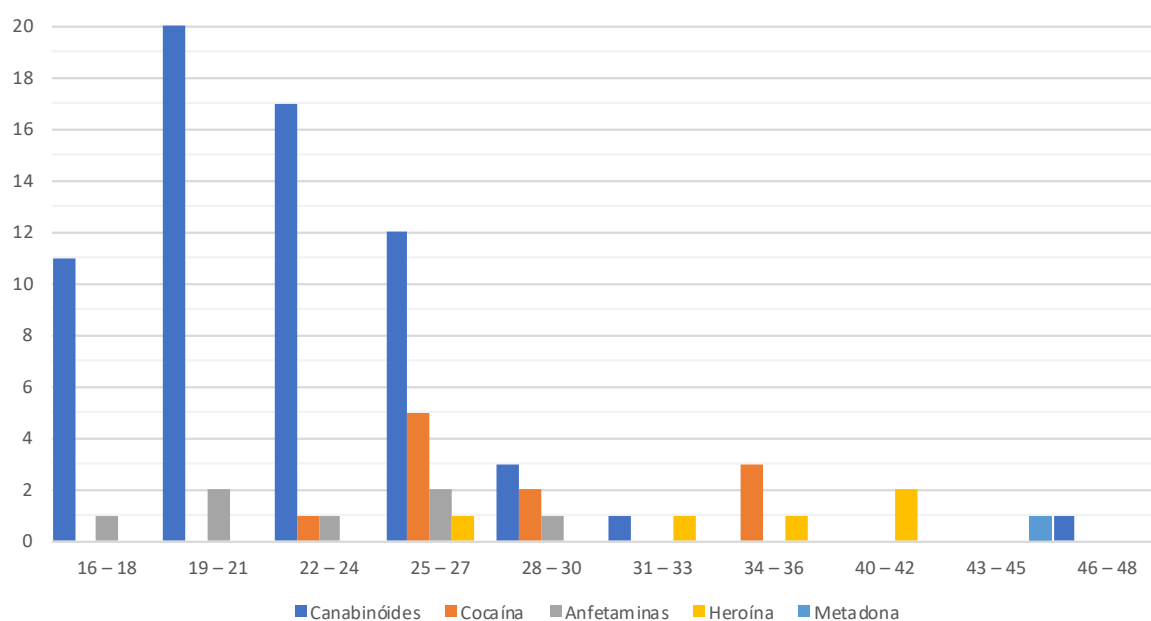
Gráfico 2. Distribuição do Número de Indiciados por Género e Intervalo Etário



Fonte: Elaboração própria.

Nos indicados atendidos recolheu-se informação relativa às substâncias psicoativas utilizadas, apresentando-se com grande destaque o uso de canabinóides, com maior incidência numa população mais jovem (92% dos consumidores de canabinóides tinham menos de 28 anos), e o consumo destas substâncias era praticado por 76% (n=65) dos sujeitos atendidos. Segue-se o uso de cocaína com 13% (n=11), não havendo consumidores do género feminino. É de destacar da observação do gráfico 3, que estes apresentavam todos uma idade entre 22 e 36 anos. Relativamente ao consumo de anfetaminas (a terceira substância mais utilizada) verificou-se que todos os consumidores tinham menos de 30 anos de idade e que, havia neste grupo, 5 consumidores do género masculino e 2 do género feminino, representando 8% dos atendidos.

Gráfico 3. Distribuição das SPA usadas pelos Indiciados por Intervalo Etário



Fonte: Elaboração própria.

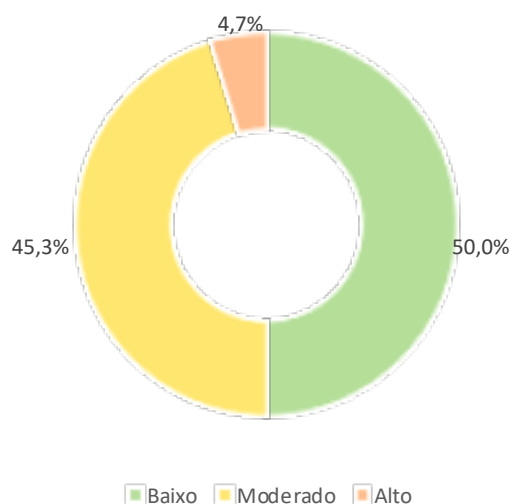
Foram também atendidos consumidores de heroína (n=5) entre os 25 e os 42 anos e metadona (n=1) entre os 43 e os 45 anos de idade, identificando-se, neste grupo, consumos por parte de sujeitos maioritariamente adultos.

Importa referir que se detetaram três casos de policonsumos, um de heroína com cocaína; outro de cocaína com canabinóides e, um último, de canabinóides com anfetaminas.

Mediante os dados recolhidos verificou-se que 50% (n=43) dos indicados foram considerados de baixo risco no que concerne à probabilidade de desenvolverem

comportamentos aditivos com alguma SPA, 45,3% ($n=39$) apresentavam um risco moderado de desenvolver o referido comportamento de adição e 4,7% ($n=4$) enquadravam-se nos consumidores dependentes de alguma SPA (Gráfico 4).

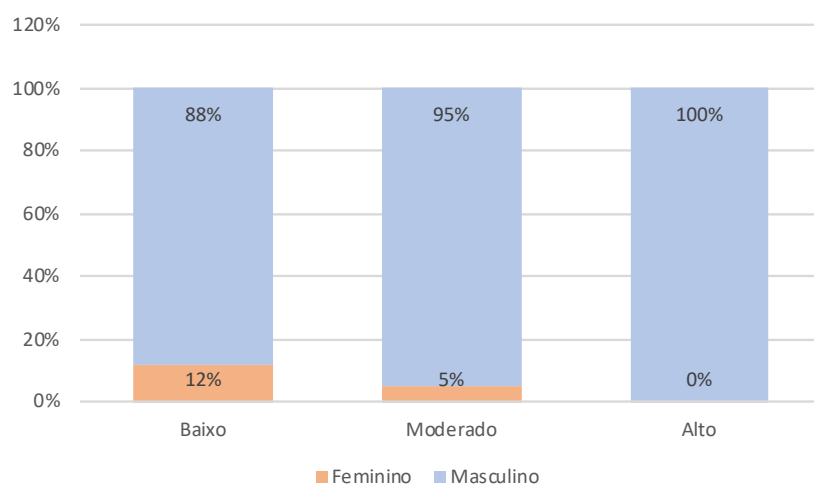
Gráfico 4. Distribuição dos Indiciados por Nível de Risco



Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar a distribuição do género dos indiciados em cada nível de risco (Gráfico 5) foi possível constatar que a percentagem de sujeitos do género masculino aumentava à medida que o nível de risco também aumentava, perfazendo a totalidade dos indivíduos enquadrados no alto risco.

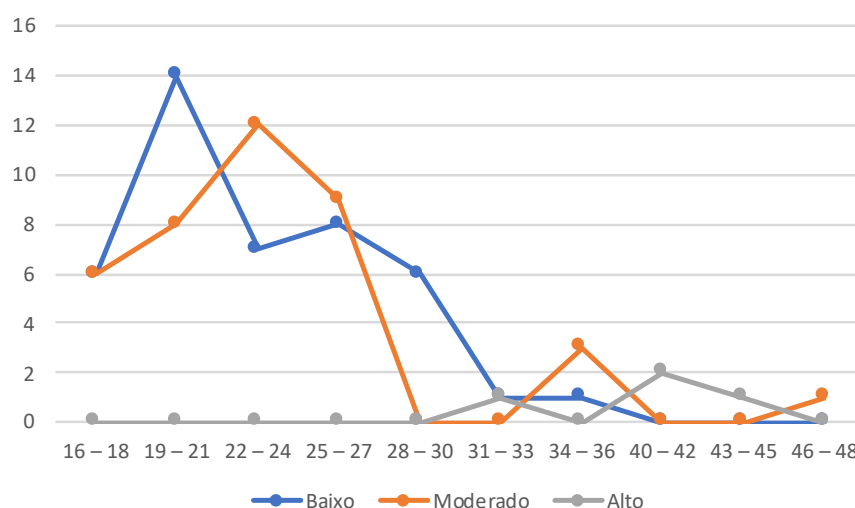
Gráfico 5. Distribuição dos Indiciados por Género em cada Nível de Risco



Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar o nível de risco apresentado pelos indiciados atendidos, em função do intervalo etário (Gráfico 6) constatou-se que o pico de consumos de baixo risco ocorria em jovens com idades compreendidas entre os 19 e 21 anos, verificando-se um decréscimo gradual do número de consumidores em idades posteriores, pelo que, se supõe que estes consumos ocorriam em contextos, fundamentalmente, socio-recreativos.

Gráfico 6. Distribuição do Nível de Risco dos Indiciados por Intervalo Etário



Fonte: Elaboração própria.

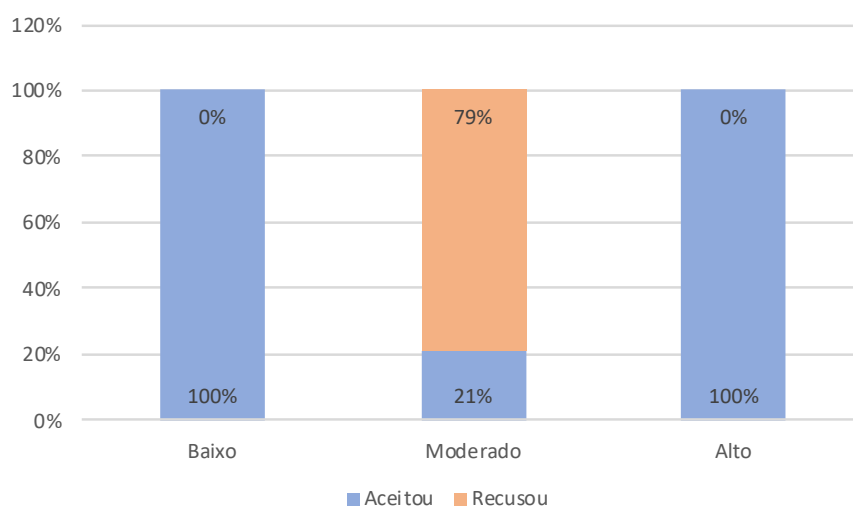
Relativamente ao risco moderado observou-se que o pico ocorria entre os 22 e 24 anos, estando este tipo de consumos associados já a um uso nocivo da substância. Por último, o alto risco, ficou estipulado pelo SICAD que seria atribuído a consumidores dependentes cujo pico etário de indiciados ocorria entre os 40 a 42 anos de idade.

Relativamente ao grupo representativo de risco moderado (com exceção de um indiciado) verificou-se que, após a proposta de encaminhamento para consulta no âmbito dos consumos, proposta essa prevista na lei, 79% ($n=30$) não aceitaram o proposto pela equipa técnica, 21% ($n=8$) aceitaram o encaminhamento proposto (Gráfico 7), no entanto, dentro deste último grupo, 87,5% ($n=7$) não aderiram à proposta de encaminhamento e os 12,5% ($n=1$) que aceitaram não foi possível apurar a adesão (ou não) ao encaminhamento proposto.

Considerando os dados apresentados pode dizer-se que, relativamente aos consumidores de SPA com um nível significativo de probabilidade de desenvolverem algum comportamento aditivo, não foi possível constatar a eficácia das intervenções breves junto dos

indiciados, no que concerne à mudança dos hábitos de consumo, por falta de seguimento dos mesmos, visto não ser da competência das CDT a concretização de acompanhamentos.

Gráfico 7. Distribuição da Recusa/Aceitação dos Encaminhamentos Apresentados aos Indiciados em cada Nível de Risco



Fonte: Elaboração própria.

Por outro lado, considerando o grupo de alto risco, constituído por quatro indiciados, com consumos de metadona ($n=1$) e heroína ($n=3$), 100% destes casos estavam devidamente acompanhados medicamente e estáveis nas dimensões pessoais, profissionais e sociais.

Parte III
Discussão e Integração da Temática de Estágio

3.1. Panorama Geral da Toxicodependência em Portugal

O SICAD (2019) apresenta, na sua plataforma digital, uma breve avaliação dos 20 anos da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), implementada em 1999 através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99. Refere que, na década de 1990 Portugal enfrentava um grave problema social associado a níveis dramáticos de consumo de drogas, em particular de heroína. Como resposta estruturada e coerente ao problema da toxicodependência a ENLCD, assente nos valores do humanismo e do pragmatismo, possibilitou uma mudança de paradigma perante este flagelo.

Ao longo dos últimos 20 anos, a ENLCD representou um novo caminho político e social no âmbito das dependências, que tem vindo a aperfeiçoar-se e a consolidar-se ao longo do tempo, adaptando-se às diferentes realidades do país. Os resultados em saúde conseguidos (ver, em exemplo, Domosławski, 2011) “provam bem a importância desta notável e visionária iniciativa (...) a qual tem suscitado a curiosidade de muitos países que se inspiram no Modelo Português para a definição de políticas na área dos CAD, tendo-se tornado um exemplo internacional” (SICAD, 2019, para. 2).

Em 2000/2001 o consumo de substâncias ilícitas foi descriminalizado e foram criadas as CDT de modo a operacionalizar a nova abordagem sobre a toxicodependência que passou a ver o consumidor toxicodependente como “um cidadão que precisa de ajuda e apoio especializado e não como um criminoso” (SICAD, 2019, para. 3), priorizando a intervenção na área da redução de riscos e minimização de danos, pelo que foi aprovada “legislação e regulamentação de suporte à criação de equipas de rua, gabinetes de apoio, programas de substituição opiácea, centros de acolhimento e de abrigo, com inclusão de equipas técnicas, pontos de contacto e de informação” (SICAD, 2019, para. 5).

Entre os anos de 2005 e 2012, com a implementação do Plano Nacional contra as Drogas e a Toxicodependência, foram reforçadas as “abordagens centradas no cidadão, na territorialidade e em respostas integrada ¹¹ com base em respostas de proximidade” privilegiando o “indivíduo e as necessidades” que apresentavam em detrimento das substâncias (SICAD, 2019, para. 7). O ano de 2009 destacou-se pelo reconhecimento e visibilidade internacional da política portuguesa em matérias de droga, tendo como ponto alto o relatório

¹¹ O Plano Operacional de Repostas Integradas (PORI), por exemplo, “surge como uma medida estruturante de âmbito nacional, ao nível da intervenção integrada na área dos comportamentos aditivos e dependências”. Operacionalizou-se “por via de programas de respostas integradas (PRI), interdisciplinares e multisectoriais, nas áreas da prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção” (SICAD, 2019, para. 8).

do CATO Institute, elaborado por Greenwald (2009) intitulado por *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*.

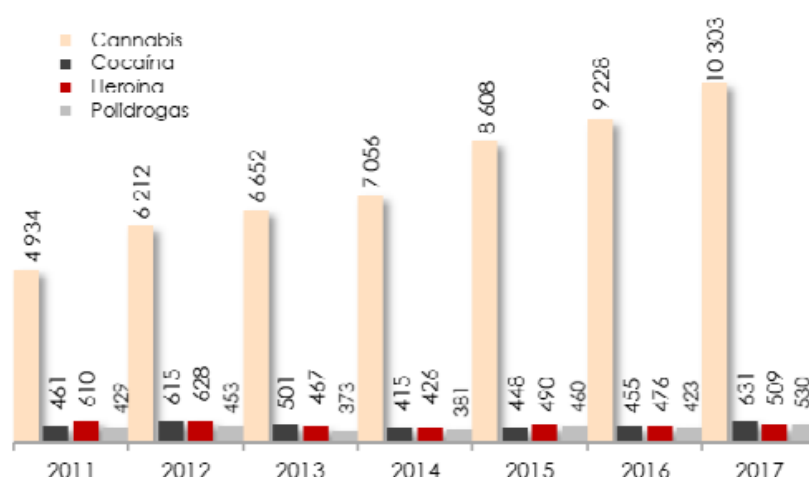
Com a implementação do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, instaurou-se “um novo ciclo, com o alargamento da abrangência das políticas nesta área aos comportamentos aditivos e às dependências em geral, com e sem substância, o que implicou o envolvimento de novas estratégias de atuação” (SICAD, 2019, para. 11).

Desde o início do ciclo estratégico 2013-2020 foram realizados diversos estudos nacionais na área das drogas e toxicodependência, alguns deles inseridos em projetos iniciados há muitos anos e que têm permitido a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional, e outros realizados pela primeira vez no atual ciclo estratégico.

O mais recente relatório *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências* publicado pelo SICAD (2018), dá conta que, no âmbito das contraordenações por consumo de drogas foram instaurados, em 2017, 12.232 processos, representando um aumento de 14% em relação a 2016 e o valor mais elevado desde 2001. Particularizando, a CDT de Lisboa contabilizou 2412 processos, perfazendo 19,7% face à totalidade das contraordenações existentes (SICAD, 2018), registando o maior número de processos do país. A grande maioria das ocorrências (96%) envolveram apenas uma droga: 85% só cannabis, 5% apenas cocaína, 4% só heroína e cerca de 1% qualquer outra droga (SICAD, 2018).

Nos estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, a cannabis tem surgido sempre como a droga com as prevalências de consumo mais elevadas em todas as regiões do país e nas diversas etapas do ciclo de vida (SICAD, 2018). A Figura 7 é exemplificativa de que o seu consumo não só prevalece face a outras drogas, como, entre 2011 e 2017, registou um padrão de crescimento significativo.

Figura 7. Processos de Contraordenação, Segundo o Ano, por Tipo de Droga



Adaptado de “Relatório Anual 2017 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências,” por SICAD, 2018, p. 81.

Em 2016/2017 foi realizado, em Portugal, o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (SICAD / CICS.NOVA, 2018), replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001. Em relação às idades de início dos consumos, e focando no grupo de 15-24 anos onde existia maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos, a cannabis continuava a ser a substância que apresentava as idades mais precoces, com uma idade média de início do consumo idêntica à registada em 2012 (17 anos) e uma idade modal superior (16 anos em 2012 e 17 anos em 2016/17), situação que se cruza com os dados recolhidos junto dos indiciados que foram atendidos no âmbito do meu estágio curricular.

Carapinha e Guerreiro procederam, em 2018, ao estudo dos padrões de consumo e problemas ligados ao uso de drogas em função do género, tendo constatado que a prevalência de consumo de cannabis era um pouco superior nos homens em relação às mulheres, sendo a discrepância homem/mulher superior quanto a outras substâncias, com destaque para a heroína e cocaína. Tais discrepâncias tendiam a ser inferiores nos mais jovens. Parecia haver uma tendência de diminuição do rácio homem/mulher quanto ao consumo de cannabis, situação que igualmente foi verificada junto dos indiciados atendidos na CDT de Lisboa. Estas investigadoras não identificam, no que diz respeito a motivações, diferenças acentuadas entre homens/mulheres para consumirem cada substância. Por sua vez, no campo das representações, é de destacar a atitude mais favorável por parte dos homens quanto ao consumo experimental/ocasional de substâncias ilícitas (rácio de 2,0). As raparigas (estudantes) parecem ter perceções de risco um pouco mais elevadas do que os rapazes, quanto ao consumo regular

de qualquer substância ilícita. Um outro dado interessante trazido por Carapinha e Guerreiro é relativo ao facto do número de indivíduos em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas do género masculino ser bastante superior ao do género feminino (rácio=5:1), independentemente da substância principal.

Comparativamente ao contexto europeu, Portugal continua a surgir abaixo dos valores médios relativos às prevalências de consumo recente de cannabis, de cocaína e de ecstasy (e ainda mais quando se trata da população de 15-34 anos), as três substâncias ilícitas com maiores prevalências de consumo recente em Portugal (SICAD, 2018). Mas embora a prevalência de consumo de cannabis em Portugal seja inferior à da média europeia, a prevalência deste consumo mais frequente parece ser superior. Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2018), é estimado em 1% a percentagem de europeus com consumo diário ou quase diário de cannabis nos últimos 30 dias (consumo em 20 dias ou mais do último mês), constituindo-se, este, um *consumo problemático/alto risco* segundo o SICAD (2017), ainda que as CDT classifiquem o padrão consumo frequente de canábis como *risco moderado, com uso nocivo*.

Quanto à prevalência de consumo frequente ou de alto risco nos jovens e jovens adultos, o SICAD (2017) refere que, em 2016/2017, 1,2% dos jovens entre os 15 e os 34 anos tinham um consumo de *risco moderado/elevado* e que, em 2016, 4,7% dos jovens de 18 anos consumiram cannabis em 20 ou mais ocasiões nos 30 dias anteriores.

Considerando a cannabis a ser a droga principal de consumo dos sujeitos indiciados, pela facilidade de acesso à mesma, considera-se de maior importância ser efetuada uma reflexão sobre uma maior adequação das respostas às necessidades específicas de acompanhamento destes consumidores atendendo a que, da experiência de estágio, não houve qualquer adesão aos encaminhamentos propostos, constituindo este facto, salvo melhor observação, uma das fragilidades do Modelo Português.

3.2. A Experiência de Estágio: Aspetos Positivos e Negativos

Este estágio curricular representou um desafio ao qual a estagiária se propôs, desde logo, a experienciá-lo como forma de aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação académica e adquirir competências técnico-operacionais consistentes na área de psicologia clínica, como, também, forma de superação de alguns receios e ansiedades que possuía relativamente à sua futura integração no mercado de trabalho decorrente da sua condição de baixa visão. Por nunca ter tido a oportunidade de contactar, de perto, com a temática da toxicodependência, foi, com relativa expectativa, que procedeu à escolha do local

de estágio, até porque, seria a primeira estudante da UAL, portadora de deficiência visual, a integrar a CDT de Lisboa. O acolhimento caloroso que sentiu por parte de todos os profissionais da instituição permitiu fazer-se sentir, desde logo, parte integrante de equipa, o que, de certa forma, a ajudou a concretizar os objetivos traçados.

Deste modo, as expectativas iniciais da estagiária foram sendo superadas à medida que foi sentindo, cada vez mais, confiante no exercício das suas funções, sendo que, para tal, contribuiu o período inicial de adaptação/integração e estímulos constantes à sua autonomia concedidos pela orientadora institucional que, desde o primeiro momento, prestou total apoio e disponibilidade, mostrando confiança nas capacidades da estagiária.

Atendendo a que os recursos humanos que a CDT de Lisboa dispõe são manifestamente insuficientes para conseguir dar resposta à enorme quantidade de indiciados que, diariamente, ali comparecem encaminhados pelas forças de segurança e pelos tribunais, a equipa técnica da CDT de Lisboa pôde contar com o contributo da estagiária de psicologia durante os 8 meses de estágio para, de alguma forma, os ajudar a suprimir algumas necessidades institucionais. A estagiária foi responsável, em média, por 4 atendimentos semanais de indiciados primários, sujeitos que implicam a criação de abertura de processo (i.e., recolha de dados pessoais e familiares e elaboração de anamnese); a transmissão, em contexto de entrevista, de informações acerca das políticas da droga em Portugal e o seu enquadramento legal; a avaliação do nível de risco de adição; assim como propor encaminhamentos para estruturas da comunidade; requerendo maior disponibilidade de tempo do que, por exemplo, num indiciado reincidente.

A grande parte dos indiciados primários eram, preferencialmente, atribuídos à estagiária, não só como uma forma de adquirir experiência profissional desde a abertura de processos (chegada de indiciados às instalações da CDT de Lisboa) até ao seu arquivamento, como também, como forma de conceder maior disponibilidade temporal à equipa técnica para se dedicar aos processos de maior urgência e com necessidade de resposta.

As principais dificuldades sentidas durante o período de estágio prenderam-se, sobretudo, com a aparente “resistência emocional” que certos indiciados manifestavam à chegada às instalações da CDT de Lisboa, traduzida em comportamentos de impaciência no decorrer das entrevistas psicológicas. Da leitura da estagiária, decorrente da escuta ativa das suas narrativas, esta resistência parecia estar associada, fundamentalmente, a dois aspetos: (1) a falta de sensibilidade no trato por parte das forças policiais para com os indiciados aquando da ocorrência que viria a dar origem ao auto de contraordenação; e (2) o carácter obrigatório da comparência na CDT, sentida pelos indiciados, como uma forma de “punição”. Estes fatores levaram a estagiária a ter de, obrigatoriamente, dedicar algum tempo, durante o início dos

atendimentos, a desconstruir estas resistências para, depois, conseguir dar início à entrevista psicológica propriamente dita, esforçando-me para estabelecer a relação empática necessária para o sucesso da intervenção breve.

É importante salientar que, durante o período de estágio, não foi sentida qualquer resistência por parte dos indiciados em relação à deficiência visual da estagiária. O facto desta não apresentar sinais físicos evidentes de deficiência e, ainda, conservar um resíduo visual que lhe permite movimentar com confiança em espaços conhecidos, contribuiu para não haver necessidade de dar a conhecer aos indiciados esta sua condição já que o foco da intervenção deveria estar centrada no indiciado e não no técnico de atendimento. A estagiária pensa, no entanto, ser interessante relatar que houve um indiciado que, curiosamente, apresentava problemas de visão, e que, por esse motivo, estando sensível a estas questões, acabou por interrogá-la acerca da sua condição ao considerar alguns comportamentos como “denunciadores”, tendo-lhe informado que, também ele teria limitações visuais graves, o que acabou por ser um elemento facilitador ao longo de toda a entrevista. Deste modo, a baixa visão nunca representou um entrave ao desempenho, com qualidade, das funções, enquanto estagiária.

Conforme os dados apresentados na discussão deste trabalho, a estagiária procedeu à realização de atendimentos, maioritariamente, a populações jovens. Ao longo do estágio foi constando a facilidade em estabelecer relação empática com indivíduos de faixas etárias jovens por se mostrarem mais permeáveis à consciencialização dos danos e riscos para a saúde associados ao consumo de SPA, repercutindo, nela, um sentimento de gratificação pelo trabalho desenvolvido que, conseqüentemente, se traduziu num aumentando da sua confiança no modelo descriminalizador do consumo de SPA. Todavia, e apesar da maior receptividade sentida dos jovens às intervenções breves, muito deles acabavam por não aceitar o encaminhamento proposto ou aderido ao mesmo.

De um modo geral, a estagiária acredita que esta experiência curricular representou uma importante aprendizagem para todas as partes envolvidas: a CDT de Lisboa pôde, por um lado, criar condições para receber, no futuro, novos estagiários com deficiência visual; a UAL pôde, por outro lado, reforçar, uma vez mais, a aposta num modelo de educação/formação inclusivo; e a estagiária, por fim, pôde desenvolver e adquirir competências profissionais e pessoais que irão acompanhá-la ao longo da sua vida.

3.3. Conclusão

Tendo em consideração que é maioritariamente entre os 16 e os 24 anos que os jovens iniciam os consumos de SPA e emergem padrões de consumo nocivos e abusivos, que algumas vezes evoluem para situações de dependência, considera-se a necessidade de ser construída uma visão abrangente do que deve ser uma intervenção de carácter preventivo de CAD. Desde logo, é necessário intervir ao nível dos ambientes onde os comportamentos aditivos podem surgir com maior facilidade. Se não forem criadas infraestruturas que permitam aos jovens ocupar o tempo livre de uma forma mais qualificante e que vá de encontro às suas expectativas e desejos, estaremos obviamente a limitar-lhes as possibilidades de autorrealização. Nos contextos escolares, por exemplo, torna-se importante serem implementados projetos que fomentem estilos de vida saudáveis, abrangendo os profissionais que intervêm nos Gabinetes de Apoio ao Aluno e à Família, com o intuito de fomentar a partilha de experiências e conhecimentos e uma maior interatividade entre todos, aproveitando os recursos da comunidade.

Por outro lado, é fundamental apostar na capacitação, no desenvolvimento de competências sócio emocionais que fortaleçam os jovens e os façam resistir a determinados tipos de comportamentos aditivos. Nos contextos sociais e familiares, importa igualmente mostrar formas alternativas de recreio, de fruição e de sociabilidade. Experiências e iniciativas em espaços de recreação noturna que mostrem a existência de alternativas, onde é possível desfrutar da noite de uma forma saudável, tornam-se fundamentais. Há, por isso, a necessidade de se apostar numa sensibilização que ajude, desde logo, a mudar perceções e representações, que são socialmente construídas e validadas e criam o binómio entre consumo de SPA e o divertimento.

A psicologia é um instrumento bastante útil na criação da motivação para a mudança e um recurso extremamente valioso nas iniciativas preventivas, atendendo a que o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e emocionais podem representar um importante fator de proteção do desenvolvimento de comportamentos aditivos por parte dos jovens.

A estagiária crê que esta experiência foi extremamente rica do ponto de vista académico e pessoal, como espera, de igual modo, ter sido para a instituição que a acolheu. Deseja ter podido contribuir, ainda que humildemente, para o desenvolvimento de locais de trabalho que se esperem inclusivos a todos os sujeitos portadores de deficiência.

Referências

- Albuquerque, S. (2009). *Um olhar clínico sobre a dissuasão: Proposta de intervenção* (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa: ISPA.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Borges, C., & Filho, H. (2007). *Intervenções breves: Álcool e outras drogas – Manual técnico e Cd-Rom*. Lisboa: Climepsi.
- Carapinha, L. & Guerreiro, Catarina (2018). *Padrões de consumo e problemas ligados ao uso de drogas: Uma análise em função do género*. Lisboa: SICAD. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2019/Dossier_Tematico_Genero.pdf
- Clark, L. (2014). Disordered gambling: The evolving concept of behavioral addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1327, 46-61.
- Cordeiro, J. (2009). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro. Diário da República - I Série-A - N.º 28 - 22-1-1993. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/585178>
- Decreto-Lei n.º 130-A/2001 de 23 de Abril. Diário da República - I Série-A - N.º 95 - 23 de Abril de 2001. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/475755>
- Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 249 - 29 de Dezembro de 2011. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/145186>
- DiClemente, C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York, NY: The Guilford Press.
- DiClemente, C. (2005). Conceptual models and applied research: The ongoing contribution of transtheoretical model. *Journal of Addictions Nursing*, 16, 5-12.
- Domosławski, A. (2011). *Política da droga em Portugal. Os benefícios da descriminalização do consumo de drogas*. Varsóvia: Global Drug Policy Program / Open Society Foundations.
- Escohotado, A. (2004). *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona.
- Farate, C. (2001). *O ato de consumo e o gesto que consome*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, D.C: CATO Institute. Disponível em https://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M., & Poznyak (2003). *Brief intervention for substance use: A manual for use in primary care (Draft version 1.1 for field testing)*.

- Geneva: Organização Mundial de Saúde. Disponível em https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf
- Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: Estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 49-58.
- Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro. Diário da República - I Série-A - N.º 276 - 29 de Novembro de 2000. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/599720>
- Martins, V. (2013). A política de descriminalização de drogas em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 114, 332-346.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2ª ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Moreira, M., Hughes, B., Storti, C., & Zobel, F. (2011). *Drug policy profiles: Portugal*. Disponível em http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-policy-profiles/portugal_en
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2017). *Relatório europeu sobre drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2018). *Relatório europeu sobre drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Ordem dos Psicólogos (2016). *Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool*. Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervencao_aos_problemas_psicologicos_ligados_ao_alcool_2016.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociências: Consumo e dependências de substâncias psicoativas*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Pereira, F., & Cunha, P. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. Lisboa: Ministério da Educação – Direção Geral da Educação; Direção-Geral da Saúde.
- Poires, C. (2007). Reestruturar, repensar, reflectir: Para uma nova política de dissuasão na TD. *Revista Toxicodependências*, 1(13), 11-20. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/24/2007_01_TXT2.pdf
- Portaria n.º 94/96 de 26 de Março. Diário da República – I Série-B - N.º 73 - 26-3-1996. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/545980>

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99. Diário da República - I Série B, n.º 122 de 26 de Maio de 1999. Disponível em <http://www.sicad.pt/BK/20anosENLCD/Documents/ENresolucao.pdf>
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. (2011). *El proceso de convertirse en persona*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Sequeira, J. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (s.d.). *ASSIST*. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/Lists/SICAD_INSTRUMENTOS/Attachments/3/Assist.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013a). *Linhas de orientação para a intervenção em dissuasão*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Dissuasao/Documents/LOID.pdf>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013b). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/61/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CAD_2013-2020.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017). *Consumo frequente / de alto risco de cannabis: Sumário 2017*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018). *Relatório anual 2017 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: SICAD. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADsEmMat%C3%A9riaDeDrogasEToxicodepend%C3%Aancias.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019). *20 anos de ENLCD*. Disponível em <http://www.sicad.pt/PT/20anosENLCD/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências / CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (2018). *IV inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/2017*. Lisboa: SICAD.

- Disponível em
http://www.sicad.pt/BK/20anosENLCD/Documents/publicacoes/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf
- Sousa, A., Pinto, A., Sampaio, D., Nunes, E., Baptista, M. I. M., & Marques, P. (2007). *Consumo de substâncias psicoactivas e prevenção em meio escolar*. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação. Disponível em
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/consumospa_prevencaomeioescolar.pdf
- Szupszynski, K., & Oliveira, M. (2008). O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 162-173.
- Trigueiros, F., Vitória, P., & Dias, L. (2010). *Rather treat than punish the Portuguese decriminalization model*. Strasbourg: The Pompidou Group of the Council of Europe.
- Vilar, G., Duran, D., & Torrado, M. (2017). *Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: A perturbação do jogo*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- World Health Organization (2010). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. Geneva: Autor. Disponível em
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf;jsessionid=27104712B562C72FD0602FDEBD9124A1?sequence=1

Anexos

Anexo A – Questionário ASSIST



ASSIST

Nome:

N.º Ufente:

1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? (se as que consumiu sem receita médica)	Não	Sim
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
c. Cannabis (hashis, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasys, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
g. Anestésicos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
j. Outras. [Especifique]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3

[se todas as respostas forem negativas pergunte: "tem mesmo quando andava na escola?"]

[se "não" para todas as substâncias, termine o questionário]

[se "sim" para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? (se substância, se substância, etc.)	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (hashis, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasys, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
g. Anestésicos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

[se "nunca" para todas as substâncias, passe para a questão 5]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3, 4 e 5 para cada substância consumida]

3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? (1ª substância, 2ª substância, etc.)	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Alcool (cerveja, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (hashis, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, gás de nitro, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de (1ª substância, 2ª substância, etc.) originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b. Alcool (cerveja, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c. Cannabis (hashis, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f. Inalantes (cola, gasolina, gás de nitro, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
j. Outras. [Especifique]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de (1ª substância, 2ª substância, etc.)?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Alcool (cerveja, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
c. Cannabis (haxia, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstacy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
j. Outras. [Especifique]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

[Preencha a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 5]

6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de (1ª substância, 2ª substância, etc.)?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Alcool (cerveja, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxia, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstacy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

[Preencha a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 5]

7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Alcool (cerveja, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (hashish, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Insulantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinógenos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só se que consumiu sem receita médica]	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]

Cartão de Resposta do ASSIST
Substâncias
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, etc.)
b. Alcool (cerveja, vinho, licor, bebidas espirituosas, shots, etc.)
c. Cannabis (hashos, erva, maquiagem, pólen, etc.)
d. Cocaína (coca, crack, etc.)
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (comprimidos para dormir, xanax®, levetan®, valium®, rohypno®, etc.)
h. Alucinogênicos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)
j. Outras. [especifique]
Frequência nos últimos 3 meses [questões 2 a 5]
Nunca [não consumiu nos últimos 3 meses]
1 a 2 vezes [consumiu 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses]
1 a 3 vezes por mês [mensalmente]
1 a 4 vezes por semana [semanalmente]
5 a 7 vezes por semana [diariamente ou quase]
Frequência ao longo da vida [questões 6 a 8]
Não, nunca
Sim, mas não nos últimos 3 meses
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses

Peso mg/kg por subunidad de exposición	Q ₁ 2	Q ₁ 3	Q ₁ 4	Q ₁ 5	Q ₁ 6	Q ₁ 7	Resultado	Riesgo Bajo	Riesgo moderado	Riesgo Alto
a. Tabaco								0-3	4-16	17-60+
b. Alcohol								0-30	11-16	17-60+
c. Carneles								0-3	4-16	17-60+
d. Cocaina								0-3	4-16	17-60+
e. Infracción de tipo anfetamina								0-3	4-16	17-60+
f. Inhalantes								0-3	4-16	17-60+
g. Adulterios / Verduras / Hiperolitos								0-3	4-16	17-60+
h. Alucinógenos								0-3	4-16	17-60+
i. Opiáceos								0-3	4-16	17-60+
j. Otros.								0-3	4-16	17-60+

[El nivel de riesgo se determina en función de la Q₁ 2]
[El resultado de las Q₁ 2 a 7 se determina en función de la Q₁ 2]
[El resultado de las Q₁ 2 a 7 se determina en función de la Q₁ 2]

Anexo B – Tabelas de Indiciados

Indiciados de Baixo Risco

Indiciado	Género	Intervalo de Idade	SPA *	Encaminhamento	Aceitação	Adesão
1	F	19 – 21	CB	Não	-	-
2	F	31 – 33	CB	Não	-	-
3	F	16 – 18	CB	Não	-	-
4	F	25 – 27	CB	Não	-	-
5	F	19 – 21	ANF	Não	-	-
6	M	25 – 27	C	Sim	Sim	Sim
7	M	25 – 27	CB, ANF	Não	-	-
8	M	34 – 36	C	Não	-	-
9	M	16 – 18	CB	Não	-	-
10	M	19 – 21	CB	Não	-	-
11	M	22 – 24	CB	Não	-	-
12	M	22 – 24	CB	Não	-	-
13	M	16 – 18	CB	Não	-	-
14	M	19 – 21	CB	Não	-	-
15	M	19 – 21	CB	Não	-	-
16	M	22 – 24	CB	Não	-	-
17	M	16 – 18	CB	Não	-	-
18	M	28 – 30	CB	Não	-	-
19	M	22 – 24	CB	Não	-	-
20	M	25 – 27	CB	Não	-	-
21	M	19 – 21	CB	Não	-	-
22	M	28 – 30	C	Não	-	-
23	M	19 – 21	CB	Não	-	-
24	M	25 – 27	CB	Não	-	-
25	M	22 – 24	CB	Não	-	-
26	M	19 – 21	CB	Não	-	-
27	M	25 – 27	CB	Não	-	-
28	M	28 – 30	C	Não	-	-
29	M	19 – 21	CB	Não	-	-
30	M	19 – 21	CB	Não	-	-

31	M	25 – 27	CB	Não	-	-
32	M	16 – 18	CB	Não	-	-
33	M	19 – 21	CB	Não	-	-
34	M	22 – 24	CB	Não	-	-
35	M	19 – 21	CB	Não	-	-
36	M	22 – 24	CB	Não	-	-
37	M	28 – 30	CB	Não	-	-
38	M	19 – 21	CB	Não	-	-
39	M	16 – 18	CB	Não	-	-
40	M	28 – 30	CB	Não	-	-
21	M	28 – 30	ANF	Não	-	-
42	M	19 – 21	CB	Não	-	-
43	M	25 – 27	CB	Não	-	-

Indiciados de Risco Moderado

Indiciado	Género	Intervalo Idade	SPA*	Encaminhamento	Aceitação	Adesão
1	F	34 – 36	H	Sim	Não	-
2	F	16 – 18	ANF	Sim	Não	-
3	M	22 – 24	CB	Sim	Sim	Não
4	M	19 – 21	CB	Sim	Não	-
5	M	25 – 27	H, C	Sim	Sim	?
6	M	22 – 24	CB	Sim	Não	-
7	M	22 – 24	CB	Sim	Sim	Não
8	M	19 – 21	CB	Sim	Não	-
9	M	22 – 24	CB	Sim	Sim	Não
10	M	22 – 24	C	Sim	Não	-
11	M	22 – 24	ANF	Sim	Não	-
12	M	22 – 24	CB	Sim	Não	-
13	M	19 – 21	CB	Sim	Não	-
14	M	19 – 21	CB	Sim	Sim	Não
15	M	16 – 18	CB	Sim	Sim	Não
16	M	19 – 21	CB	Sim	Não	-
17	M	25 – 27	C, CB	Sim	Não	-

18	M	22 – 24	CB	Sim	Sim	Não
19	M	16 – 18	CB	Sim	Não	-
20	M	25 – 27	CB	Sim	Não	-
21	M	34 – 36	C	Sim	Não	-
22	M	16 – 18	CB	Sim	Não	-
23	M	16 – 18	CB	Sim	Não	-
24	M	19 – 21	CB	Sim	Sim	Não
25	M	22 – 24	CB	Sim	Não	-
26	M	25 – 27	ANF	Sim	Não	-
27	M	34 – 36	C	Sim	Não	-
28	M	22 – 24	CB	Sim	Não	-
29	M	25 – 27	CB	Sim	Não	-
30	M	16 – 18	CB	Sim	Não	-
31	M	19 – 21	ANF	Sim	Não	-
32	M	22 – 24	CB	Sim	Não	-
33	M	25 – 27	C	Sim	Não	-
34	M	46 – 48	CB	Não	-	-
35	M	25 – 27	CB	Sim	Não	-
36	M	25 – 27	CB	Sim	Não	-
37	M	19 – 21	CB	Sim	Não	-
38	M	22 – 24	CB	Sim	Não	-
39	M	25 – 27	C	Sim	Não	-

Indiciados de Alto Risco

Indiciado	Género	Intervalo Idade	SPA*	Encaminhamento	Aceitação	Adesão
1	M	43 – 45	MET	Sim	Sim	Sim
2	M	40 – 42	H	Sim	Sim	Sim
3	M	31 – 33	H	Sim	Sim	Sim
4	M	40 – 42	H	Sim	Sim	Sim

*Legenda:

CB – Canabinóides; ANF – Anfetaminas; C – Cocaína; H – Heroína; MET - Metadona