

Comportamentos Aditivos.

Perspetivas e desafios



AS OPINIÕES EXPRESSAS NOS DIFERENTES CAPÍTULOS VINCULAM
APENAS OS RESPETIVOS AUTORES E NÃO REFLETEM
NECESSARIAMENTE A POSIÇÃO OFICIAL DO SICAD.

FICHA TÉCNICA

Título: Comportamentos Aditivos. Perspetivas e desafios

Organização: Vasco Calado

Participação: Adriana Curado; Ana Isabel Silva; Cátia Branquinho; Daniel Martins; Diana Moreira; Eduarda Ferreira; Elsa Belo; Félix Carvalho; Filipa Calado; Helena Valente; Joana Alexandre; João José Rolo; Jorge Quintas; Lúcia Moutinho; Luís Fernandes; Mara Silva; Margarida Gaspar de Matos; Maria Carmo Carvalho; Maria Raul Lobo Xavier; Manuel Gonçalves-Pinho; Olga Souza Cruz; Olga Valentim; Paulo Dias; Paulo Seabra; Pedro Morgado; Purificação Anjos; Ricardo Fuertes; Susana Henriques; Tânia Gaspar; Teresa Summavielle; Ximene Rêgo.

Arranjo gráfico: Filipa Cunha

Imagem de capa: fotografia de Vasco Calado

Morada: Parque de Saúde Pulido Valente. Alameda das Linhas de Torres – Nº. 117, Edifício SICAD, 1750-147 Lisboa

Edição: Novembro de 2021

ISBN: 978-989-53221-1-4



Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Comportamentos Aditivos.

Perspetivas e desafios

Dossier Temático

NOVEMBRO DE 2021

Índice

PREÂMBULO	7
INTRODUÇÃO: PERSPETIVAS E DESAFIOS	9
Do «combate à droga» ao direito ao consumo: algumas notas sobre tendências evolutivas do fenómeno droga	11
I. OS TEMPOS DA ESTUPEFACIÊNCIA	12
II. OS TEMPOS DA CIÊNCIA	13
Desafios do século XXI: as drogas (quase) sem crimes relacionados	17
Uma estratégia para todos os fenómenos da droga	23
Resiliência, complexidade e heterogeneidade do fenómeno das drogas e a sua expressão em Portugal	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
Ciência da prevenção e qualificação para a intervenção	37
O CAMPO CIENTÍFICO DA PREVENÇÃO	38
QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PREVENÇÃO	40
EM SÍNTESE	41
Comportamentos aditivos e dependências: respostas às necessidades em saúde	45
A HISTÓRIA RECENTE EM PORTUGAL	46
PREVISÃO DA SUA EVOLUÇÃO NO PAÍS E NO MUNDO	46
RECOMENDAÇÕES ESTRUTURAIS E DE INTERVENÇÃO	48
NOTAS FINAIS	49
Situação das drogas e das toxicodependências em Portugal	51
LEGALIZAÇÃO DAS DROGAS PARA FINS RECREATIVOS	52
A NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (NSP)	54

A diversificação dos padrões de consumo: atualizações que se impõem	59
INTRODUÇÃO	60
1. O CRIME DE CONSUMO E O ESCALAR DA PUNITIVIDADE	62
2. AS CONTRADIÇÕES DAS CDT	63
3. AS HESITAÇÕES NA REDUÇÃO DE RISCOS	64
NOTAS FINAIS – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	65
Saúde pública e redução de riscos: o espaço dos discursos subjugados	69
OS RISCOS E A SAÚDE	70
DE INSUBMISSA A FERRAMENTA DE CONTROLO SANITÁRIO	72
PÚBLICOS E CONTRA PÚBLICOS EM SAÚDE PÚBLICA	73
FUTURO PÓS-SANITÁRIO	74
20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido	79
INTRODUÇÃO	80
O PAPEL DAS CIDADES	81
A IMPORTÂNCIA DO QUADRO LEGAL	82
EMERGÊNCIA OU PERMANÊNCIA?	82
ALGUMAS NOTAS SOBRE O MODELO	84
MAS AFINAL PARA QUE SERVEM AS SALAS?	86
Panorama e evolução dos comportamentos aditivos dos adolescentes portugueses	89
Canábis – onde estamos e para onde vamos?	95
PORTUGAL E CANÁBIS	96
LEGALIZAÇÃO DO CONSUMO RECREATIVO	97
PARTE ECONÓMICA	97
O FUTURO?	98
DESAFIO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	98

A propósito do consumo de canábis em Portugal – por uma política baseada na prevenção	101
MOTIVAÇÃO E PERCEÇÃO DE RISCO ASSOCIADO AO CONSUMO DE CANÁBIS	102
POR UMA POLÍTICA BASEADA NA PREVENÇÃO	103
Neuroinflamação e substâncias psicoativas – uma relação negligenciada	107
Álcool e gravidez: algumas reflexões em torno de um fenómeno complexo	115
Desafios do alcoolismo e do envelhecimento à redução de danos	127
Doença alcoólica: contributos para a sua compreensão e intervenção	133
«Não Jogues com o teu Futuro!»: reflexões em torno de um programa de prevenção primária ou universal para comportamentos de jogo a dinheiro, para jovens e jovens adultos	139
Raspadinha em Portugal: contributos para uma regulação efetiva	143
JOGO PATOLÓGICO – O QUE SABEMOS?	144
RASPADINHA EM PORTUGAL – DE ONDE VIMOS?	144
RASPADINHA EM PORTUGAL – PARA ONDE QUEREMOS IR?	146
Crescer num mundo digital: estratégias preventivas	149

Preâmbulo

Esta coletânea resulta de um desafio lançado pelo SICAD a um vasto conjunto de especialistas e investigadores nacionais que trabalham na área dos comportamentos aditivos, repetindo a fórmula de sucesso do volume inaugural da coleção *Dossiers Temáticos*. A anterior coletânea, *Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos*, foi editada no final de 2019 e demonstrou que uma colaboração mais estreita entre o SICAD e a rede nacional de investigadores em comportamentos aditivos, potenciando sinergias e mais-valias, não só é possível como desejada por ambas as partes.

De facto, em 2019, a grande maioria dos investigadores nacionais e dos profissionais do terreno convidados respondeu afirmativamente ao desafio lançado pelo SICAD. Para além disso, e como prova do sucesso da iniciativa e do seu contributo para o conhecimento dos fenómenos em questão, a publicação da coletânea que daí resultou traduziu-se numa formação *online*, *Estratégias de Intervenção. Dependências sem Substância – online, ecrã e videojogos*, que já vai na 3ª edição e que, no total, envolveu 5 formadores e 80 formandos, profissionais da rede pública de respostas em CAD.

Relativamente à anterior publicação, o desafio lançado para o presente dossier temático foi de natureza diferente: menos direcionado para textos de apresentação de resultados e de conclusões de investigação e mais dirigido para a reflexão crítica e para propostas de intervenção. Mais concretamente pretendia-se um breve balanço do passado e a antevisão dos desafios do presente e do futuro.

Por forma a estender o convite a um número maior de profissionais, permitindo, dessa forma, obter uma visão mais heterogénea e alargada dos comportamentos aditivos na sua pluralidade, desta vez foi pedido um modelo de texto mais reduzido.

O que não mudou foi a adesão e a enorme disponibilidade demonstrada pelos autores convidados em colaborar com o SICAD (ainda para mais num contexto tão exigente como o que se viveu em plena pandemia do SARS-Cov-2). Tal como a pertinência, o rigor e o quilate das contribuições, apesar da grande variedade de abordagens seguidas pelos autores.

Se uma das competências do SICAD é precisamente apoiar e estimular a produção científica e a qualidade do conhecimento sobre os comportamentos aditivos, iniciativas como esta asseguram-no na perfeição.

É, portanto, com o maior orgulho que assino estas palavras, confiante que estou na excelência do produto final, uma coletânea composta por textos muito diferentes entre si – tanto na forma como no conteúdo – mas que, tomados no seu todo, traçam um retrato fiel, abrangente e heterogéneo dos contornos que os comportamentos aditivos hoje apresentam. Tudo isso sem comprometer a qualidade e o rigor.

Assim sendo, o presente dossier temático constitui um documento de grande mais-valia, que certamente irá contribuir para que decisores políticos, estudiosos e público em geral entendam melhor o fenómeno dos comportamentos aditivos no Portugal dos dias de hoje, nomeadamente os desafios do presente e, muito especialmente, aqueles com que se terá de lidar num futuro próximo. Estão, assim, reunidas as condições para que a presente coletânea seja um instrumento válido para ajudar a definir e fundamentar políticas públicas e intervenções futuras.

Agradeço mais uma vez a forma pronta e generosa como os vários autores aceitaram o desafio lançado pelo SICAD, muitas vezes roubando tempo aos seus merecidos tempos de descanso. Por fim, não posso deixar de agradecer também à Divisão de Estatística e Investigação (DEI), da Direção de Serviços de Monitorização e Informação (DMI), responsável pela dinamização da Rede Nacional de Investigadores em CAD e a quem coube a organização deste dossier temático.

Lisboa, 21 de outubro de 2021

O Diretor-Geral do SICAD



João Castel-Branco Goulão

Introdução: perspetivas e desafios

Vasco Calado

Divisão de Estatística e Investigação
Direção de Serviços de Monitorização e Informação
SICAD

Este dossier temático resulta de um desafio lançado a um conjunto de especialistas nacionais no âmbito da dinamização da rede nacional de investigação em comportamentos aditivos, atribuição que o SICAD procura desempenhar, não só por via da disseminação de informação útil, mas também através de iniciativas como esta.

Tendo como ponto de partida a sua própria experiência profissional e/ou académica, aos autores foi pedida uma curta reflexão sobre como a situação dos comportamentos aditivos mudou nos últimos anos em Portugal e como preveem que seja a sua evolução, sendo que foram incentivados a propor medidas concretas e/ou recomendar intervenções a implementar.

À parte disso, foi lhes dada total liberdade na elaboração dos respetivos textos, sem que tivesse sido imposto um tipo de registo ou uma determinada abordagem metodológica ou analítica. Indo ao encontro do pretendido, de um modo geral, o resultado foi uma reflexão com um acentuado cunho pessoal, atenuando o tom vincadamente académico característico de textos que assentam na apresentação de resultados e em discussões empíricas.

De facto, o desejado era que cada capítulo expressasse um ponto de vista do real a partir das vivências individuais dos autores, que foram convidados segundo uma lógica de privilegiar a heterogeneidade e a complementaridade. E se não se alcançou uma pluralidade ainda maior foi devido a limitações de espaço e também porque alguns profissionais convidados não puderam aceitar o desafio, por razões de agenda. Mas foram a exceção, dado que a regra foi a pronta aceitação do desafio e a manifesta disponibilidade para colaborar com o SICAD em mais uma coletânea.

Cada autor (ou autores, quando o texto foi escrito a duas ou a três mãos) é representante de uma determinada área do saber e/ou de uma sensibilidade concreta face aos problemas relacionados com os comportamentos aditivos, na sua generalidade ou na sua especificidade. De facto, os textos abordam diversas áreas temáticas e de intervenção – prevenção, redução de riscos, legislação, dimensão epidemiológica, dimensão neurobiológica e toxicológica, etc. –, diferentes populações – adolescentes, jovens adultos, grávidas, idosos, consumidores problemáticos, etc. – e diferentes comportamentos aditivos ou potencialmente aditivos – drogas ilícitas (com destaque para a canábica, mas não só), álcool, jogo a dinheiro ou utilização da Internet. Esta grande amplitude temática permite traçar um retrato abrangente.

Em suma, pretendeu-se que a coletânea fosse assumidamente composta por um conjunto de textos muito diversos e, mais do que isso, muito diferentes entre si, por vezes com posições até antagónicas, a partir do pressuposto que é a pluralidade de pontos de vista e de preocupações concretas que ajuda a melhor pensar a evolução recente e futura dos comportamentos aditivos. O que se sacrificou em termos de coerência foi compensado pela riqueza de perspetivas e visões da realidade.

Para além do rigor, da seriedade e da qualidade – o que demonstra que a investigação nacional em torno dos comportamentos aditivos está de boa saúde e recomenda-se –, o que une estes textos é a preocupação com um ou mais fenómenos da área dos comportamentos aditivos e a proposta de medidas específicas que, segundo os autores, podem e devem ser implementadas para mitigar os problemas que lhes estão associados, sejam estes custos de natureza individual ou coletiva. Se alguns textos se focam mais nos custos de saúde dos comportamentos aditivos, outros põem a tónica na dimensão social, centrando-se na questão do humanismo e da justiça social.

Uns e outros procuraram identificar pontos críticos e todos partilham a preocupação com a realidade vivida hoje na área dos comportamentos aditivos em Portugal, em especial com os desafios que os consumidores e/ou utilizadores hoje enfrentam.

Do primeiro ao último texto, o leitor faz uma viagem através de diversos comportamentos aditivos, das tradicionais drogas ilícitas aos novos comportamentos aditivos relacionados com o uso da Internet, acompanhando diversas e diferentes formas de olhar para uma realidade que, não obstante os sucessos alcançados nas últimas décadas, coloca novos e velhos desafios e deixa sempre espaço para melhorias e aperfeiçoamentos.

Do «combate à droga» ao direito ao consumo: algumas notas sobre tendências evolutivas do fenómeno droga



Luís Fernandes

[NOTA BIOGRÁFICA] Professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. A expressão eco-social do fenómeno droga, nomeadamente nos territórios psicotrópicos de periferia urbana desqualificada, constituiu o principal interesse de investigação ao longo da sua carreira. Criou a primeira unidade curricular na universidade portuguesa dedicada à redução de riscos e minimização de danos e co-fundou a rede R3 – Riscos Reduzidos em Rede. A sua obra mais difundida, *O sítio das drogas* (1998), foi reeditada em outubro de 2021 em formato e-book.

Qual é a diferença entre a água e a água benta? Para alguns não é nenhuma, para outros é imensa. Thomas Szasz (1974: 4) resolveu a questão numa frase: a diferença não é química, é simbólica. Nós acrescentaríamos que a diferença é a que vai da estupefaciência à ciência – exatamente os dois momentos em que dividiremos estas breves notas.

I. OS TEMPOS DA ESTUPEFACIÊNCIA

A dimensão simbólica é decisiva na utilização de substâncias procuradas pela sua capacidade de modificação dos estados de consciência, de percepção, de humor. O aparelho de combate à droga, que não cessou de crescer ao longo de todo o século XX, teve grande dificuldade em escutar esta dimensão simbólica. Quando temos dificuldade em fazer uma conta olhamos para uma parcela de cada vez – e se a dificuldade for muita não conseguimos juntar as parcelas e achar a soma. A adição, portanto. Temos dificuldades na adição. Temos dificuldades na adição – agora com dois “c”, pois estar adicto é uma coisa e a adição é outra, por muito que andem hoje confundidas na ortografia.

As parcelas, na adição, foram o químico e o indivíduo. Andámos anos a descrever efeitos do químico, a detetar novas substâncias que iam aparecendo, a apreender doses e a contabilizar overdoses. O químico impunha a sua (des)ordem à nossa frágil fisiologia, que rapidamente cedia à tolerância e se fazia dependente da molécula que se lhe instalara. Veio entretanto o advento das neurociências e o enigma concentrou-se no cérebro: como interagia o químico nos circuitos do prazer e do reforço? No início do milénio abundaram publicações que diziam a toxicoddependência uma doença do cérebro. Quem sabe... Jean Baudrillard (1987) tinha já dito nos anos 80 que, além dos

corpos e dos espíritos, as drogas estupidificam os juízos que fazemos sobre elas.

Continua hoje a fazer o seu curso o paradoxo entre a complexidade que as neurociências revelam do cérebro e o linearismo com que as usamos para tentar explicar toda a conduta a partir da sua base neural. É a persistência de um tipo de determinismo presente desde as origens nas ciências psicológicas: a necessidade de pensar o imaterial (a mente) a partir das materialidades (o suporte biológico). Trata-se de um totalitarismo explicativo que, debruçando-se analiticamente sobre o órgão mais complexo, dispensa precisamente a complexidade. Ou não é a mente constituída também a partir da nossa inscrição no sistema sociocultural? Ou não é o cérebro modificado continuamente a partir da experiência vivida? Estranho reducionismo que se entusiasma com a descoberta da neuroplasticidade e se encerra na rigidez explicativa...

Em paralelo, a partir do terreno clínico, aprofundava-se a análise da outra parcela: o indivíduo. Esquizotímico, toxicofílico, borderline, alexicotímico, imaturo. Não necessariamente tudo em simultâneo, mas isto ou aquilo consoante a tendência da psicopatologia que predominasse. Mais recentemente, com a vivência psicológica de um tempo em aceleração e a mudança de vocabulário que são uma das marcas dos nossos dias, passou a ter transtorno do impulso. E já não é toxicomaníaco, nem toxicoddependente, nem a droga é droga, mas substância psicoativa e ele o seu utilizador.

Foi muito a custo que convencemos os estrategas do combate à droga a meter na equação uma terceira parcela: o contexto. Para eles o contexto era uma entidade dicotómica: havia os países produtores do veneno e os que se deixavam

envenenar. Havia os cartéis, os correios, os traficantes, os traficantes-consumidores. E, no fim deste encadeamento aparentemente tão evidente, estava o indivíduo que consumia, tornando-se o recetáculo de todas as desgraças que esta pirâmide de malfeitorias produzia.

A progressiva afirmação de investigações oriundas da sociologia, da antropologia e da etnografia encarregar-se-ia de complexificar a noção de contexto e de mostrar o seu poder, tanto material como simbólico. Estava assim constituída nova parcela da adição – da adicção, aliás. Ou, se quisermos e para recorrer a uma geometria hoje já clássica no campo das drogas, afirmava-se o terceiro vértice do triângulo: o sociocultural. Sem ele, não teríamos por exemplo a descriminalização do consumo ou uma política de redução de riscos e minimização de danos, com a sua intervenção de proximidade em territórios e franjas de toxicodependentes particularmente problemáticos.

II. OS TEMPOS DA CIÊNCIA

Vão ficando para trás os tempos de estupefaciência, e hoje a governamentalidade ligada ao psicotropismo e seus abusos tem outras fundações, com pilares no conhecimento científico que entretanto se produziu e na aprendizagem que muitos anos de intervenção no fenómeno permitem. Sem pretensões de exaustividade, identificaremos em seguida algumas

tendências que o novo milénio viu esboçarem-se neste fértil campo do recurso voluntário às substâncias psicoativas.

– *Droga e individualidade* –

Relativizar o poder da substância química não significa ignorar as potencialidades que os diferentes princípios ativos apresentam na sua interação connosco. Por isso os procuramos desde tempos imemoriais, como atestam as investigações da etnobotânica e da antro-p-história. Antonio Escotado (1998), no início dos anos 90, rompia com a ortodoxia classificatória das drogas, emanada das instâncias médica e jurídico-moral, e propunha-nos que as arrumássemos em três grandes grupos. Cada um deles reunia substâncias, naturais ou sintéticas, que prometiam e ofereciam pelo menos nalgum grau paz, energia ou viagem. Ordenava-as assim de acordo com a sua funcionalidade para a nossa árdua tarefa do existir: todos buscamos paz interior, energia física e psíquica, evasão e devaneio¹.

Podemos assim dizer que os usos modernos das substâncias psicoativas, uma boa parte das quais fomos criminalizando ao longo de todo o século XX, se ligam a uma busca que caracteriza a modernidade: a do indivíduo à procura de si próprio. Quando se procura desafiam-se os limites, e os limites são zonas de risco. No extremo desta procura está a

1 O turismo de massas, agora abruptamente diminuído por causa da pandemia, disputa às drogas a capacidade de produção de evasão e devaneio e, tal como elas, produz um importante negócio à escala global. Na expressão original de Escotado (1998: 33-36), o terceiro grupo era constituído pelas substâncias de “excursión psíquica”; a cultura psicadélica dos anos 60 celebrou a trip – estamos, portanto, no domínio da viagem. E quando juntamos viagem física e procura de substâncias psicoativas estamos no domínio do narcoturismo. Inicialmente só chamávamos drogas a substâncias que vinham de contextos exóticos – as drogas eram trazidas pelos que viajavam.

perda de si, e no extremo deste extremo a morte. Acertou portanto o primeiro de todos os slogans anti-droga, quando no início dos anos 70 espalhou por todo o país painéis com a frase “Droga-Loucura-Morte” – embora o tenha feito por razões bem diferentes das que estamos aqui a considerar.

Os extraordinários escritos que nos deixaram autoexperimentadores psicotrópicos, de Baudelaire a Freud, de Camilo Pessanha ao Repórter X Reinaldo Ferreira, de Aldous Huxley a Ernst Junger, mostram a relação entre as drogas e a individualidade. Ora, a expansão do exercício de si é um dos traços marcantes da modernidade, algo que não cessou de crescer até hoje e conduz os teóricos da contemporaneidade a falar nas sociedades do narcisismo e na hiper-individualidade. Como que acompanhando estes desdobramentos do indivíduo, também no campo psicotrópico as substâncias não cessaram de se multiplicar, diversificando a promessa de estados modificados de consciência.

No início dos anos 90, Cândido Agra afirmava que, ao contrário do que ao primeiro olhar parecia, a droga era normal – melhor ainda, exagerava a normalidade². Pois não estávamos no auge da sociedade de consumo? E o que fazia o adicto senão levar esta lógica ao exagero? E, acrescentámos também nós na altura, o que fazem os mercados ilegais instalados nos territórios psicotrópicos senão funcionar de um modo ágil de acordo com o empreendedorismo, a flexibilidade empresarial e regendo-se pela omnipresente lei da oferta e da procura? E o que fez a economia das drogas senão

globalizar-se, desafiando todos os mecanismos estatais de controlo numa afirmação da nova ordem desregulada supranacional? As drogas não são, pois, só normais – são hipermodernas nos consumos e neoliberais no seu comércio.

As novas procuras psicotrópicas põem em evidência a hiper-individualidade, tal como a canábis, os psicadélicos ou os contactogéneos puseram em evidência os desdobramentos da individualidade. Vejamos alguns exemplos:

– *Drogas de performance* –

Nas nossas sociedades que repetem à exaustão os valores da excelência e do mérito, assistimos ao consumo das drogas de performance, as *enhancing drugs*. Inscrevem-se no princípio da superação das condições a que a nossa limitada condição humana nos condena. Há drogas de melhoramento cognitivo, como as há para potenciar o rendimento desportivo (*doping*) e para potenciar a modelagem corporal (esteroides anabolisantes). Dirão que não se trata de substâncias psicoativas. Mais interessante ainda, pois mostram como se pode ficar adicto na ligação ao corpo e não à cabeça – passe por agora esta dicotomia que separa aquilo que é uno. Seria interessante relacionar estas últimas com os distúrbios da imagem corporal numa sociedade assente na imagem e que convida cada indivíduo a criar versões de si próprio para o contínuo aparecer em que nos transformaram as tecnologias multimédia e as redes sociais. A insatisfação com o corpo tem vindo a tomar o lugar

2 Frase que ouvimos proferida ao autor em vários seminários e congressos.

da insatisfação com o espírito – é ele agora a sede de angústias como a do envelhecimento numa sociedade que apela ao eternamente jovem, e de adoecimentos como o das dismorfias, anorexias, vigorexias e obsessões em torno da forma física e das dietas.

Há, pois, condições socioculturais para que abundem os transtornos do impulso e as perturbações da imagem corporal, outorgando protagonismo a determinadas substâncias psicotrópicas. Nada de novo, pois desde que o terceiro vértice do triângulo de que falávamos atrás se instalou na compreensão das adições, todas as que conhecemos até hoje, mais do que revelarem o poder de um químico ou a patologia de um sujeito, evidenciaram a nossa relação com o macrosocial. Dito de outro modo, o sofrimento psicológico e a doença mental respondem a estruturas sociais – mais do que isso, ajudam-nos a lê-las, se os soubermos escutar. Pensemos como exemplo em tudo quanto poderemos dizer de uma época e do seu governo sociopolítico e sanitário quando olhamos para a figura hoje bem caracterizada do heroinodependente³.

– As drogas como *commodities* –

Numa sociedade que tem visto ascender os movimentos identitários que são a base das políticas da diferença, o “utilizador de drogas”

aparece a reivindicar os seus direitos e a sua identidade (associações de utilizadores de drogas, instalação da questão já não apenas no terreno das políticas sociais mas no dos direitos humanos, movimentos cidadãos para a regulação do uso da canábis). Por outro lado, a tecnificação dos contextos festivos do *party people* em torno de intervenções como a testagem das substâncias psicoativas (*drug checking*) e as intervenções psicológicas de suporte à *bad trip* mostram que as drogas se normalizaram, garantindo ao consumidor serviços como os que existem em qualquer outra prática integrada no funcionamento social corrente. Reproduzem-se assim no campo da psicoatividade as *commodities* características da sociedade de consumo e da ideologia do bem-estar (usufruto da felicidade, tão ao gosto da psicologia positiva). O utilizador de substâncias psicoativas reivindica-se como um psidadão, assumindo um papel ativo na definição das políticas de regulação das drogas⁴.

Se é certo que a modernidade colocou as drogas num registo de disfuncionalidade, laboriosamente – e não raro desastrosamente – construído pelas instâncias medico-sanitária e juridico-moral, os sinais que, sem pretensão de exaustividade, aqui deixámos apontados mostram que a constatação já velha de trinta anos de que elas exageram a normalidade continua a fazer sentido. Alguns dos seus regimes de consumo, o surgimento de novos coletivos e atores institucionais e o encaminhamento para o

3 Foi este um dos exercícios que caracterizaram, desde meados dos anos 80, os trabalhos em torno do fenómeno droga levados a cabo no Centro de Ciências do Comportamento Desviante da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, em que o nosso trabalho de investigação sempre se inscreveu.

4 Tomamos o termo de Edgar Cabanas e Eva Illouz (2019), *A Ditadura da felicidade – como a ciência da felicidade controla as nossas vidas*, uma análise crítica da psicologia positiva e do modo como ela está presente nas esferas do consumo de massas, do trabalho e da clínica.

ensaio de novas regulações das substâncias e dos seus consumos mostram que elas continuam com grande poder analisador daquilo que são as nossas artes políticas de gestão da vida social. Se as drogas se reduzissem ao químico estariam fora de nós; a parcela do indivíduo mostrou que só ganham

sentido na interação com as nossas circunstâncias psicológicas; e a parcela do contexto mostrou que, estando fora no químico e entrando em nós, andam à nossa volta não como entidade estranha à vida mas como elementos integrantes da dramática existencial.

REFERÊNCIAS

Baudrillard, J. (1987). La part maudite. *Le Courier*, UNESCO, Julho, 7-9.

Cabanas, E. & Illouz, E. (2019). *A ditadura da felicidade – como a ciência da felicidade controla as nossas vidas*. Lisboa: Temas e Debates.

Castro Caldas, A. & Rato, J. (2020). *Neuromitos – ou o que realmente sabemos sobre como funciona o nosso cérebro*. Lisboa: Contraponto Editores.

Escohotado, A. (1998) [1989]. *Historia General de las Drogas*, Madrid: Alianza Editorial.

Szasz, T. (1974). *Ceremonial Chemistry. The ritual persecution of drugs, addicts, and pushers*. Nova York: Anchor Press.

Desafios do século XXI: as drogas (quase) sem crimes relacionados



Jorge Quintas

|NOTA BIOGRÁFICA| Professor na Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto e investigador no CJS – Centro de Investigação Interdisciplinar da Escola de Criminologia – Crime, Justiça e Segurança (CJS). Doutor em Criminologia, mestre e licenciado em Psicologia. Os seus trabalhos de investigação têm incluído, nas últimas três décadas, estudos sobre a regulação legal das drogas, sobre a aplicação concreta das leis das drogas e seus impactos nos utilizadores de drogas e nos indicadores de consumo, bem como o estudo das complexidades da relação entre drogas e crimes que se estabelecem em diversos contextos da política das drogas.

Os comportamentos aditivos, cada vez mais plurais, afetam largamente as pessoas e as sociedades. São inúmeras as possibilidades de se gerarem usos não controlados de substâncias, objetos e atividades humanas. Os apetites excessivos (Orford, 2000) de álcool, tabaco, drogas consideradas ilegais, jogo, comida, trabalho, tecnologias ou sexo comungam, no geral, de processos similares de instalação, manutenção e recuperação. Quando se combinam uso compulsivo, perda de controlo e uso continuado, apesar das mais gravosas consequências adversas, estaremos perante comportamentos aditivos (Smith & Seymor, 2004).

Para todos os comportamentos aditivos, dirigem-se no campo das ações públicas formais de regulação ou heterocontrolos (Castel & Coppel, 1991), múltiplas respostas preventivas, de tratamento e, de forma usualmente mais polémica, de redução de riscos e minimização de danos. A saúde das populações pretende ser preservada por essas ações preventivas, remediativas e cuidadoras. Visa-se ter menos pessoas com este tipo de relações problemáticas, tratar de ajudar os que as adquirirem a deixar de as ter e, no limite, minorar os problemas que essa conduta possa causar na pessoa, nos que lhe são próximos e na comunidade onde se inserem. Encontrarão nesta coletânea quem muito nos ensina sobre os desafios atuais que se colocam aos sistemas de saúde para prevenir, tratar e paliar sintomas indesejáveis de usos excessivos que possam ser consideradas desordens, patologias, perturbações, transtornos ou doenças.

Permitam que enverede aqui pela perspetiva da prevenção do crime na sua relação com as drogas.

Neste sentido, interessará, sobretudo, pensar na forma de desconectar o mais possível o uso e as dependências de substâncias da prática de crimes.

Devo começar por referir que o uso de uma parte das substâncias psicotrópicas mereceu um diferente tratamento de todos os outros comportamentos aditivos, ao incluir, como forma adicional de controlo, os sistemas de justiça criminal. No século XX, desde o seu início, e apenas, insisto, para uma parte das substâncias psicotrópicas, os estados solicitaram um, *a priori* estranho, suporte das interdições legais. A criminalização do uso e do comércio dessas substâncias legitimou e permitiu a entrada de instituições do campo da prevenção e repressão do crime – polícias, tribunais, prisões – na incessante luta contra as drogas. Mais especificamente, uma “war on drugs” instalou-se com estrondo e não sem grandes danos colaterais no domínio das drogas, visando um mundo sem elas. Na expressão sintética de Christian Bachmann e Anne Coppel (1989), o século XX foi para as drogas ilegalizadas e criminalizadas o “siècle des policiers”.

As conexões entre droga e crime passaram, assim, durante o século XX, a estar no centro da (des)regulação das drogas. Em primeiro lugar, porque todo o contacto com drogas ilegalizadas passou a ser crime. Seguindo sucessivas convenções internacionais (Xangai, 1909; Haia, 1912; Genebra, 1925 e 1936; Nova Iorque, 1961; Viena, 1971 e 1988 – só para referir as mais importantes) dezenas de ações passaram a constituir, em cada país ou estado signatário, atos criminais previstos quase sempre em legislação penal avulsa especificamente criada. Desde logo deter, depois cultivar, produzir, fabricar, vender, por vezes, também oferecer, transportar, exportar e importar, e outras condutas passaram a ser proibidas relativamente a um número crescente de substâncias. Estas ações chamaram-se tráfico de drogas e consideraram-se que elas configuram crimes extremamente graves que devem ser combatidos

(atendendo, as partes, à saúde física e moral da humanidade, diz-se na abertura da convenção de 1971). Em conformidade, estabeleceram-se severas molduras penais e, polémicas, fórmulas processuais penais especiais que pretendem incrementar a eficácia da ação penal para atos que (reflitam, por favor, sobre os motivos) não suscitam habitualmente queixas ou participações dos cidadãos intervenientes nas transações.

O que se faz àqueles que traficam? Uma parte deles/as, sobretudo, os/as menos capazes, os/as mais desprotegido/as, os/as mais vulneráveis foram, legitimamente, detetados/as, prosseguidos/as e condenados/as por esses atos considerados criminais. Como consequência de severas penalizações previstas e aplicadas, milhões de pessoas foram (e são) presas por tráfico de drogas no mundo. As prisões acolhem, assim, com frequência, uma percentagem relativa bem relevante de condenados por tráfico de drogas e uma percentagem relativa ainda superior de condenadas por tráfico de drogas. Efeitos de fluxo (muitas entradas) e efeitos de stock (penas elevadas e impedimentos ou dificuldades adicionais de obtenção de graças e flexibilizações na execução de pena) levam os crimes de tráfico de drogas aos primeiros lugares nas taxas de encarceramento mundiais, com consequências desastrosas nas condições prisionais, em muitos países. Em Portugal, o máximo foi atingido em 1999 com 44% dos presos condenados a serem-no por tráfico de drogas (3.863 pessoas). Fruto de um uso superior da válvula de escape fundamental para o não encarceramento de traficantes (a penalização por Tráfico de Menor Gravidade, previsto no Artigo 25º da Lei 15/93, e a escolha de formas de suspensão de execução de penas de prisão), decorrente de uma diferente sensibilidade dos tribunais portugueses,

enquadrada nas políticas das drogas sequentes à ENLCD de 1999, duas décadas depois, a situação é bem menos saliente (1862 pessoas condenadas por tráfico de drogas, correspondendo a 18% dos condenados presos, em Portugal, no final de 2019) mas não deixa de merecer atenção.

Prosseguir uma tendência de maior leniência ou regular os mercados são as alternativas à repressão. O mercado legal para usos terapêuticos (Lei n.º 33/2018) da droga ilegal mais consumida (canábis) deu passos gigantescos. Diversas iniciativas legislativas parecem anunciar que o consenso alargado poderá vir a ser obtido, brevemente, relativamente ao uso recreativo de canábis. Os desenhos legislativos estão em aberto, mas os direitos dos consumidores de canábis, a possibilidade de se realizar cultivo para uso pessoal (ato que, adiante-se, ainda não deixou de ser crime), e a criação de empresas de cultivo e comercialização (e a respetiva tributação) são possibilidades a serem consideradas em futuras leis reguladoras do mercado recreativo de canábis (devidamente acompanhadas de políticas de preços, de saúde e de redução de riscos e minimização de danos). Uma séria concorrência aos mercados ilegais de canábis pode reduzir seriamente os crimes de tráfico. Talvez o desafio possa ser ainda ser mais amplo se uma, suponho, mais longínqua forma de regulação de mercados de outras drogas vier a ser possível. Não será nada de novo, há muito tempo possibilitamos, por exemplo, aos dependentes de heroína programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência que minoram o recurso ao mercado ilegal. A regulação legal do mercado limitará os crimes de tráfico de drogas. Produtores e comerciantes de drogas podem substituir no mercado, com

vantagens sanitárias, económicas e sociais, os traficantes.

Mas, entretanto, demos atenção ao caso muito especial do consumo de drogas. Evidentemente, consumir ou deter drogas para consumo só é crime se a legislação aplicável no local onde o ato ocorra o previr como tal. O consumo de drogas tem sido (é) tratado de forma muito díspar no mundo. As orientações das convenções internacionais tendem a favorecer manutenção da criminalização do consumo, ainda que as sanções penais aplicáveis possam ou devam ser mais lenientes e, pelo menos potencialmente, adstritas a esforços terapêuticos (sim, pensa-se especialmente nas dependências). Mas, a partir das últimas décadas do século XX, e especialmente neste século XXI, surgiram múltiplas opções legislativas que interromperam esta postura. Orgulhosamente (para quase todos, hoje), veem-se as referências à descriminalização portuguesa de todas as drogas ilegais (Lei 30/2000), e a sua capacidade de ser posta em prática, através designadamente da ação das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), em articulação com os pilares preventivos, terapêuticos e de redução de danos da política de drogas portuguesa (Hughes & Stevens, 2010; Quintas, 2011; Quintas & Arana, 2017). Apontam-se, também, outras formas de descriminalização que se instalaram noutros países (e.g República Checa), destacam-se a criação de clubes sociais de canábis (e.g. Espanha, Bélgica), assentam-se formas de legalização do uso recreativo de canábis (Uruguai, Canadá, diversos estados dos EUA), todo um conjunto de iniciativas de maior tolerância que se juntaram ao já antigo (1976) exemplo da política holandesa do canábis, celebrizada pelos coffee-shops. Todas estas evoluções são acompanhadas, adverte-se, de contradições. Por

exemplo, Kamin (2017) diz que a descentralizada política das drogas dos EUA é no mínimo obscura. A ilegalização da marijuana na lei federal, não impede que seja possível comprar essa substância para uso recreativo num estado, pagando imposto, e ser-se condenado a uma pena de prisão pelo uso da mesma substância num outro estado. Portugal, não escapando a contradições, viu o STJ ressuscitar o crime de consumo (Acórdão 8/2008), “não obstante a derrogação operada pelo artigo 28.º da Lei n.º 30/2000”, sendo essa norma considerada não inconstitucional pelo tribunal constitucional (Acórdão [n.º 587/2014](#)). Em sequência, os crimes de consumo existem, de novo, em Portugal. Por exemplo, no ano de 2019, 783 pessoas foram condenadas pelo crime de consumo, 16 dos quais terão mesmo sido condenados a prisão efetiva por somente usarem drogas (desde logo, pela imprudência de terem excedido as quantidades previstas na Lei 30/2000). Permitam-me o tom mais direto e coloquial: “no país da descriminalização de todas as drogas” não devíamos ter crimes de consumo.

Finalmente, fica por analisar a possibilidade de as drogas incrementarem outros crimes. Há uma relação entre drogas e todos os outros crimes que não os criados pela legislação das drogas? A resposta é, obviamente, e sabemos isso há muito tempo, complexa (Agra, 1998). Haverá relações entre determinados tipos de usos de drogas e determinados crimes, em circunstâncias específicas de regulação das drogas. Bennett, Holloway e Farrington (2008), numa meta-análise sobre esta relação, mostram que os riscos relativos de um consumidor de drogas cometer um crime são superiores a um não consumidor, mas bem diferentes em função das drogas que consome (no contexto específico em que as consome,

acrescentaria). Do ponto de vista conceptual, atentemos apenas aos mecanismos causais mais elementares postulados por Goldstein (1985) no seu famoso modelo tripartido: haverá crimes que surgem como consequência dos efeitos agudos do uso da substância psicoativa, através, por exemplo, do incremento de níveis de agressividade e/ou de mecanismos de desinibição comportamental (psico-farmacológico); haverá crimes instrumentais ao uso de drogas, designadamente os que visam a obtenção de meios de aquisição (económico-compulsivo), haverá crimes, especialmente os violentos, mas também outros como os de corrupção, que estão associados aos mercados de produção e venda de drogas (sistémico). Atente-se que só no modelo psicofarmacológico se podem

atribuir os crimes aos efeitos diretos das drogas. Nos modelos económico-compulsivo e sistémico são, essencialmente, as formas de produção, distribuição e uso de produtos ilegais que se ligam com crimes. Deixem-me ilustrar o perfil típico do crime económico-compulsivo: um consumidor dependente, em fase ativa de consumo, procura meios para sustentar o uso de drogas através de furtos, burlas e, por vezes, roubos. Deixem-me ilustrar também o crime sistémico: um grupo de pessoas exerce ações violentas e/ou de corrupção. Último e extraordinário desafio para o século XXI: não parece tentador limitar seriamente a criminalidade aquisitiva, a violência dos mercados de droga e a criminalidade económica e organizada, gerindo inteligentemente os mercados de drogas?

REFERÊNCIAS

- Agra, C. (1998). *Entre Droga e Crime. Actores, espaços, trajectórias*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Bachmann, C. & Coppel, A. (1989). *La Drogue dans le Monde. Hier et aujourd'hui*. Paris: Éditions Albin Michel.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggression & Violent Behavior*, 13, 107-118.
- Castel, R. & Coppel, A. (1991). Les contrôles de la toxicomanie: régulations légales et régulations sociétales. In A. Ehrenberg (Ed.), *Individus Sous Influence. Drogues, alcool, médicaments psychotropes*. Paris: Esprit.
- Goldstein, P. (1985). The drugs-violence nexus: a tripartite framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493–506.
- Hughes, C. & Stevens, A., (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50 (6), 999–1022.
- Kamin, S. (2017). Marijuana regulation in the United States. In E. Savona, M. Kleiman & F. Calderoni (Eds.), *Dual Markets. Comparative approaches to regulation*. Nova York: Springer, 105–120.
- Orford, J. (2000). *Excessive Appetites: a psychological view of addiction*. 2ª Ed. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Quintas, J. (2011). *Regulação Legal do Consumo de Drogas. Impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Porto: Fronteira do Caos.
- Quintas, J. & Arana, X. (2017). Decriminalization, different models in Portugal and Spain. In E. Savona, M. Kleiman & F. Calderoni (Eds.), *Dual Markets. Comparative approaches to regulation*. Nova York: Springer, 121–144.
- Smith, D. E. & Seymour, R. B. (2004). The nature of addiction. In R. H. Coombs (Ed.), *Handbook of Addictive Disorders: a practical guide to diagnosis and treatment*. Nova York: John Wiley & Sons, Inc., 411-450.

Uma estratégia para todos os fenómenos da droga



Maria Carmo Carvalho

[NOTA BIOGRÁFICA] Licenciou-se em Psicologia pela Universidade do Porto em 1999, tendo aí também concluído os graus de Mestrado e Doutoramento. Colabora desde 2008 com a intervenção de emergência psicológica associada ao uso de substâncias promovida pelo Boom Festival. Em 2016 participou na fundação da Associação Kosmicare. Desde 2009 que é Vice-Presidente da ICEERS – *International Center for Ethnobotanical Education Research and Service* – Barcelona. A sua atividade profissional principal desenrola-se na Faculdade de Educação e Psicologia da Católica Porto, onde desempenha funções de Professora Auxiliar.

*Este texto é dedicado à memória do
Enfermeiro António Malta, em gratidão
pela sua profunda entrega e serviço aos
utilizadores de drogas em Portugal,
especialmente, aos mais vulneráveis.*

A proposta para este contributo chega-me sob a forma de um convite a escrever, em moldes livres e num texto curto, sobre a mudança nos comportamentos aditivos em Portugal nos últimos anos, incluindo a possibilidade de apresentação de recomendações. Tomo-a como uma oportunidade para refletir em moldes amplos – e aos quais faltará, certamente, o sustento robusto que o pedido merece – sobre a nossa estratégia nacional, e para a questionar sobre a sua capacidade de lidar com essa mudança. Uso a oportunidade para partilhar qual a direção que eu gostaria que o modelo Português tomasse perante o que já está a acontecer entre nós. Nesse esforço faço, naturalmente, opções. São as opções ditadas pelo filtro da minha atenção a uns lados do fenómeno e pelo desprezo de outros. Nem podia ser de outra maneira.

Nestas opções sobreponho as motivações pessoais, às que chegam dos planos académico ou profissional. Elas são moldadas por algumas circunstâncias que emparelham o meu percurso com a história do modelo Português, que não consigo ignorar. Assim, muito sucintamente, partilho que o meu percurso na área das drogas nasce, precisamente, em 1999. Ou seja, no ano em que é apresentada a *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*. A essa feliz coincidência soma-se uma outra que marcou desde cedo as minhas escolhas – a condição de ter crescido, estudado e vivido toda a minha vida na zona oriental da cidade do Porto. Aqui, e apesar da posição protegida e

privilegiada que sempre ocupei, destaco a oportunidade de um olhar próximo sobre este território marcado pela privação, pela pobreza e pela desigualdade – os mesmos ingredientes estruturais que oferecem ainda hoje o combustível à proliferação dos problemas relacionados com o consumo e venda de drogas. Deixei que o meu trabalho seguisse, quase ao mesmo tempo em que a transição se operava, o fio da renovação dos padrões de uso de drogas entre a população mais jovem. Puxei esse fio até onde pude e deixei-me levar por esse novelo, ainda que sempre mais do lado técnico do que do lado da festa. Junto a essas uma outra condição. É que por via da vida científica tive a oportunidade de participar em inúmeros contextos internacionais em que o foco da atenção estava voltado, não sobre mim, mas sobre o exemplo Português que eu era chamada a partilhar. E de ter sido só aí, à distância, que entendi cabalmente a relevância, a amplitude e a esperança trazidas pelo modelo Português a países em tantos sentidos tão mais avançados do que o nosso, mas tão atrasados em matéria de política de drogas.

Como é evidente, o contexto internacional progrediu ao longo das duas últimas décadas, e ainda bem. Progrediu em ritmo e direção diferentes dos nossos. Pelo que existem inúmeros aspetos com os quais começamos a lidar primeiro, mas também inúmeros aspetos sobre os quais os nossos pares – ou seja, os países e as organizações que se regem pelos princípios da democracia, do humanismo e da defesa dos direitos humanos – já estão a lidar melhor.

Começo por enunciar o que parece evidente. Há cerca de vinte anos, o perfil de utilizador de drogas que recebia a atenção dos autores da *Estratégia Nacional* era o consumidor de heroína por via intravenosa com inúmeras comorbilidades físicas e

mentais, vitimizado por um sistema judicial incapaz de operar distinção entre as patologias decorrentes da dependência e o crime. Hoje, independentemente do que é traduzido nas estatísticas oficiais, sabemos que a esse utilizador problemático que diremos “clássico” se somam: pessoas de todas as idades, frequentemente saudáveis, socialmente integradas e com elevado grau de instrução, que utilizam canabinóides num padrão de uso não-problemático; mulheres de todas as idades que hoje em dia apresentam uma relação muito mais intensa e frequente com o consumo do álcool e outras drogas, nesses mesmos ambientes recreativos, padrão esse erradamente descrito como “masculino”, e que frequentemente as vulnerabiliza para abusos graves que deixámos há muito de tolerar em todos os outros setores da vida social; pessoas mais jovens, que utilizam canábis de forma intensiva, que começaram a fazê-lo muito precocemente, e que desenvolveram dependência a essa substância; pessoas adultas (sobretudo), informadas e esclarecidas, que se envolvem em experiências deliberadas com substâncias psicadélicas para fins de exploração dos limites da sua consciência; pessoas adultas (sobretudo), informadas e esclarecidas, que sofrem de doenças mentais, e que se envolvem em experiências com substâncias psicadélicas para fins terapêuticos com a intenção de buscar alívio para sintomatologia que resiste às abordagens convencionais; pessoas adultas, de idêntico perfil, que integram na sua vida a participação em rituais e cerimónias que envolvem plantas-mestras com propriedades psicadélicas, porque entendem essa experiência como fundamental ao seu desenvolvimento pessoal e espiritual; pessoas que recebem de forma controlada e sob prescrição médica, diversas substâncias da família dos

canabinóides, que demonstradamente oferecem alívio relevante e medicamente comprovado para inúmeros sintomas e patologias físicas; pessoas de todas as idades cujas vidas quotidianas estão subjugadas à participação, ao minuto, nas redes sociais; pessoas mais jovens (sobretudo) que condicionam o seu quotidiano à disponibilidade para o envolvimento no jogo *online*. Poderia continuar esta lista com tantas outras especificações... Mas tinha de começar a afastar-me muito dos lados do fenómeno com que tenho tido contacto, atendendo a que a condição de mãe-preocupada-de-pessoa-adolescente não basta para tornar-me elegível a porta-voz dos comportamentos aditivos que não envolvem o uso de substâncias.

Existem inúmeras consequências que resultam do reconhecimento desta diversificação dos perfis das pessoas que usam drogas. Desde logo a consequência de que não estamos, em tantos destes exemplos, perante comportamentos aditivos. Penso que essa entidade abstracta que é o modelo Português (e é com muita simpatia que o personifico) sempre teve disso consciência. No entanto, talvez venha a ser cada vez mais difícil escapar a essa evidência. A quem se dirige e a quem quer passar a dirigir-se o modelo Português? Apenas às pessoas, de todas as idades, que têm ou apresentam risco de vir a ter, comportamentos aditivos? Qual deve ser o seu foco? Que lugar de fala quer ocupar para dizer o fenómeno? Que grau de proteção, de cuidado e de controlo pretende oferecer, e a quem?

Se eu tiver de escolher as questões para lançar a debate nesta oportunidade de reflexão, então são estas as minhas escolhas. Porque nós já sabemos o que é que o modelo Português permitiu alcançar. Não foi pouco, e devemos ter presente que país

tínhamos, em matéria de drogas, há vinte anos e que país temos hoje. Sinceramente, penso que às vezes nos esquecemos de honrar essa diferença (e aqui estou a pensar em muitos dos especialistas das minhas relações). Temos um modelo que foi eficiente em controlar o custo social associado às drogas. E que tornou a justiça mais justa (ainda que sempre imperfeita), em matéria de drogas. Temos um modelo que permitiu que a comunicação sobre as drogas nos media de grande difusão se alterasse, profundamente, aproximando-se da diversidade do fenómeno e contribuindo para limitar a sua demonização e a demonização dos seus atores. Temos um modelo que se tem esforçado para dar conta de consumos que atravessam todas as classes farmacológicas. Temos um modelo que se tem esforçado para dar conta de todos os níveis de envolvimento com o fenómeno, desde os consumidores regulares, a pessoas com as primeiras experiências, a pessoas em trajetória de agravamento, a pessoas que se cruzam com situações agudas e de risco pontual mas muito acentuado, a pessoas que ainda não apresentam consumo, a pessoas em vulnerabilidade extrema. Temos um modelo que implementou, com coragem e pragmatismo, as medidas de redução de riscos e minimização de danos necessárias a proteger a saúde e a vida desses utilizadores mais vulneráveis, com estratégias que ainda hoje, em vários países ocidentais, continuam a ser confundidas com a promoção dos riscos das drogas. Lidar com essa diversidade implica lidar com a diversidade das motivações para a relação com o consumo. E esse é um terreno de grande desafio, porque é onde o sistema de cuidados precisa de inovar mais, sobretudo quando foi construído em redor de uma narrativa tão pouco variada. E a variedade importa. Porque se a atenção não for variada, então caímos

no erro de limitar as drogas aos toxicodependentes nos bairros sociais urbanos degradados, acossados pela atenção policial. E isso traduz-se em mais estigmatização e exclusão para quem já padece de tantos problemas. Se a atenção não for variada, esquecemos que o mercado ilegal é oportunista, que a economia paralela se adapta às necessidades dessas populações mais vulneráveis e que está bem adaptada para chegar, também, àqueles utilizadores que não entram nas zonas de consumo a céu aberto. E que, por isso, nunca são alvo da atenção policial e (quase) nunca vivem o grave risco social, sanitário e judicial que sobeja ao utilizador de rua, embora corram outros, trazidos pela invisibilidade. E se essa atenção não for variada, então as prisões enchem-se de população vulnerável e pobre, correndo o risco de até mesmo a descriminalização desembocar na inflamação dessa vulnerabilidade.

O modelo Português teve e tem inúmeras vantagens. Mas tem, necessariamente, de continuar a caminhar, seja nos domínios tradicionais, seja nos que mais reclamam inovação, para que se supere este esforço sempre esfalfado e curto para lidar com os problemas novos, mas também com alguns que permanecem. No presente, há falta de equilíbrio entre o nível de profissionalização e estabilidade das respostas e as necessidades que se apresentam no terreno. Se casos há em que as áreas de missão tradicionais se adaptaram bem à evolução do fenómeno (como por e.g. a capacidade do tratamento em acolher novos tipos de dependências), o mesmo não acontece com a adaptação da RRMD à alteração dos perfis de risco dos utilizadores problemáticos, ou com a estratégia de financiamento para os projetos que lidam com o risco associado aos usos recreativos, para citar apenas alguns exemplos. Se o foco

continuar a ser, exclusivamente, colocado nos comportamentos aditivos, a avaliação do modelo Português ficará sempre aquém do seu potencial. Até porque o que o modelo Português não conseguiu, e dificilmente conseguirá, foi limitar o impacto das causas estruturais (a pobreza, a vulnerabilidade, a desigualdade) sobre o lado mais sombrio do fenómeno. Limitar esse efeito deverá ser sempre o lugar do esforço maior. Mas não pode ser o único.

O modelo Português tem de prestar atenção às respostas que agora concorrem connosco em inovação e eficiência – nas áreas da regulação da canábis, da ciência psicadélica, ou da regulação dos usos ancestrais de plantas-mestras. E deve apoiar de forma mais sistemática os exemplos que já florescem no nosso país e que estão bem adaptados a novas tendências do fenómeno, promovendo uma oferta mais estável e de maior cobertura para respostas como a análise química de substâncias. Deve abrir-se à criação de novos níveis de intervenção, chamando a si a atenção sistemática sobre as emergências, sobre a informação aos utilizadores que limita os riscos iminentes da adulteração e da sobredosagem. Deve chamar a si a comunicação com a saúde mental e promover a

regulação das práticas psicoterapêuticas que fazem uso de psicadélicos, de uma forma que não exclua a comunidade formada pelos seus utilizadores de sempre. Deve olhar com respeito e tolerância as comunidades e os grupos que recorrem a usos cerimoniais, contribuindo para um exercício mais seguro da atividade destes grupos. Deve estudar as formas através das quais pode garantir-se maior justiça social nas oportunidades que a regulação, inevitável, venha a trazer. Deve manter-se atento e vigo à sedução do controlo social. Deve colaborar com as comunidades e com a gestão urbana na responsabilização sobre os fenómenos locais. Até porque é essa colaboração, e não a territorialidade, tão desfasada para conhecer a expressão dos comportamentos, que deve servir de critério para diagnosticar desafios e alocar recursos.

Portugal tem, estou em crer, a experiência social mais antiga, inovadora e respeitável do mundo em matéria de política de drogas. Por esse motivo, o que o modelo Português deve perseguir, em meu entender, é prestar o melhor serviço possível à causa da defesa e da proteção dos direitos de quem consome – qualquer substância, de qualquer maneira, por todos os motivos.

Resiliência, complexidade e heterogeneidade do fenómeno das drogas e a sua expressão em Portugal



Olga Souza Cruz

[NOTA BIOGRÁFICA] PhD em Psicologia (especialidade de Psicologia da Justiça), Professora Auxiliar, Coordenadora da Licenciatura em Criminologia e Diretora da Unidade de Investigação em Criminologia e Ciências do Comportamento na Universidade da Maia (ISMAI) e Investigadora no Centro de Investigação em Justiça e Governação da Universidade do Minho (JusGov/ UM).

Em Portugal, a visibilidade das substâncias psicoativas (SPA) ilícitas e a preocupação social com as mesmas é relativamente recente. Foi a partir dos anos 70 do século passado que o país aderiu ao proibicionismo e que o consumo se começou a fazer notar, através da canábida, surgindo a heroína no final da década (Domosławski, 2011). Os canabinóides continuaram a preponderar no início dos anos 80, mas o consumo de heroína foi aumentando e associando-se a práticas mais danosas, como a administração injetável (Domosławski, 2011; Rêgo *et al.*, 2021). Portugal vivenciava grandes alterações sociais e dificuldades económicas, com o fim da ditadura e da guerra colonial em África, o retorno das pessoas das colónias e a crescente abertura às desconhecidas vivências do exterior, inclusive às SPA (Cabral, 2017; Dias, 2007; Domosławski, 2011). Os anos 90 foram marcados pelo grande acréscimo do uso injetável de heroína e dos problemas associados (Cabral, 2017; Laqueur, 2014; Rêgo *et al.*, 2021). O carácter público de muitos desses consumos não terá sido alheio ao alarme social gerado entre a população portuguesa, para a qual, segundo o Eurobarómetro de 1997, as questões relacionadas com as drogas constituíam o principal problema do país (Domosławski, 2011). Uma representação do consumo como associado à heroína, à toxicodependência, à criminalidade e a outros problemas sociais prevalecia na sociedade (Calado & Lavado, 2016; Domosławski, 2011), assim como nos meios político e académico, o que de algum modo ofuscava a emergência de novas SPA e padrões de utilização (Rego, Grén, & Cruz, 2019). Contudo, na década de 90 intensificou-se a procura por outras SPA, mormente cocaína, *ecstasy* e outras drogas sintéticas (Dias, 2007), o que começa a sinalizar diferentes manifestações do fenómeno.

Foi neste enquadramento, e sobretudo devido ao consumo problemático de heroína (e.g., Greenwald, 2009; Rêgo *et al.*, 2021), que se concretizou, no final do século XX, uma Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência e, em 2001, a descriminalização do consumo e, para a sua operacionalização, o desenvolvimento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT). Tais eventos, algo surpreendentes num país conservador, marcam a história das SPA em Portugal, pontuando o início de um entendimento mais compreensivo sobre o fenómeno, inclusive ao reconhecer que o seu utilizador não é criminoso e que existem diferentes padrões de consumo e consumidores (distinguindo ‘toxicodependentes’ e ‘não toxicodependentes’, inclusive para adequar a medida a aplicar). Marca, ainda, uma resposta face ao mesmo mais humanista, pragmática, centrada na saúde pública e integrada, envolvendo uma heterogeneidade de valências.

Após tais reformas, e apesar de apreciações negativas (e.g., Coelho, 2015), o fenómeno das drogas tem permanecido semelhante ou melhor do que em muitos países europeus, não obstante alguns aumentos no consumo (e.g., Hughes & Stevens, 2012). Atualmente, de entre os indicadores menos positivos, realçam-se os consumos entre a população geral dos 15 aos 74 anos, sobretudo os de canábida (aumento do uso recente, das frequências mais intensivas e da dependência), assim como o agravamento dos consumos de risco ou dependência de álcool e da mortalidade por doenças relacionadas e por acidentes de viação sob a sua influência (SICAD, 2020).

Todavia, previsões pessimistas quanto às reformas, inclusive as que projetavam o país como palco para turismo de drogas e para um exponencial acréscimo da utilização de SPA, não se verificaram (Cabral, 2017; Domosławski, 2011; Greenwald, 2009). Pelo contrário, ao longo destes 20 anos, logrou-se a estabilização da utilização de heroína e da administração injetável de drogas, a redução da infeção com VIH/SIDA e da criminalidade associada às SPA entre consumidores (Laqueur, 2014; Rêgo *et al.*, 2021; SICAD, 2020). Na própria população deixou de imperar uma representação das questões relacionadas com as drogas como principal problema do país (e.g., Calado & Lavado, 2016), descendo estas para o 13º lugar, segundo o Eurobarómetro de 2009 (Domosławski, 2011).

Não obstante os ganhos conseguidos, ao longo do século XXI, o consumo de SPA em Portugal manteve-se e diversificou-se, quer em termos de drogas utilizadas quer de padrões de consumo e consumidores. Desde 2000, tem-se assistido a uma tendência crescente de utilização de canabinóides, cocaína, alucinogéneos e outras SPA sintéticas, como novas substâncias psicoativas (NPS), especialmente canabinóides sintéticos (Rêgo *et al.*, 2019).

Consumos e consumidores problemáticos perderam a relativa exclusividade que assumiam e, ao invés, perfis alternativos arrogaram maior protagonismo. Tal foi motivado, desde logo, pelas evidências de dados oficiais, como os das CDT (cf. Laqueur, 2014; Rêgo *et al.*, 2021), pois a evolução dos perfis dos indiciados aponta para um acréscimo de jovens, estudantes e consumidores não toxicodependentes (90%, segundo o SICAD, 2020). Do mesmo modo, refira-se o aumento de estudos nacionais sobre padrões de consumo alternativos (e.g., Carvalho, 2007; Cruz, 2014; Rêgo *et al.*, 2019; Trigueiros &

Carvalho, 2010). Genericamente, nestes padrões não problemáticos, as pessoas que utilizam SPA são descritas como bem ajustadas (e.g., em termos familiares, ocupacionais, sociais) e capazes de conciliar os consumos com a manutenção de um estilo de vida convencional (Cruz, 2015). Motivações lúdicas, de prazer e socialização são as mais comuns e as oportunidades para a utilização de SPA surgem fortemente associadas a circunstâncias e contextos recreativos (Calado, 2006; Carvalho, 2007; Cruz, 2015). Os padrões contemporâneos de utilização de SPA em Portugal parecem, assim, ter sido influenciados por novas práticas de socialização entre jovens e jovens-adultos (Rêgo *et al.*, 2019), cuja geração cresceu já em democracia e integrada na União Europeia e num acelerado processo de globalização e avanços tecnológicos (Cabral, 2017; Rêgo *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa análise da evolução dos consumos de SPA em Portugal sobressai, desde logo, que a visibilidade desta prática no país, embora com um início recente, tem-se mantido e complexificado, implicando uma crescente diversidade de padrões de utilização e utilizadores, assim como um mercado cada vez mais dinâmico; o que também se verifica a nível internacional (e.g., OEDT, 2021). Tal heterogeneidade extravasa a dicotomia, toxicodependentes e não toxicodependentes, que caracteriza a abordagem política portuguesa (Rêgo *et al.*, 2021) e implica não focar apenas nos padrões problemáticos. É vasta a evidência de que a maioria dos utilizadores de SPA nunca desenvolve um consumo dependente e que estas são usadas sobretudo para potenciar o prazer (Cruz, 2015). Quanto a estes padrões dissonantes dos de

toxicodependência, o consumo tem sido descrito como funcional, não dependente, saudável, socialmente integrado, ou não problemático, sendo também ampla a produção científica sobre a normalização do consumo de certas SPA, em especial a canábida, e sobre a sua utilização recreativa (cf. Cruz, 2015; Rêgo *et al.*, 2021).

Atualmente, cresce a evidência de que diversas SPA são utilizadas com finalidades múltiplas (tal como vem a ocorrer ao longo da história da Humanidade), desde as mais instrumentais (e.g., autocuidados, incremento da produtividade) às mais expressivas (e.g., práticas espirituais e religiosas, prazer e diversão) (Cruz, 2014).

A procura por (e a oferta de) uma variedade cada vez maior de SPA e a crescente diversidade de motivações que lhe subjaz ilustram a natureza dinâmica e complexa dos padrões de consumo e consumidores e perfilam-se como facetas da mudança sociocultural contemporânea em Portugal (tal como em outros contextos). A influenciá-las estarão, certamente, fatores como a globalização, a evolução tecnológica e o aumento e complexificação do mercado global das drogas (OEDT, 2021; UNODC, 2020). O crescente recurso a novas tecnologias, inclusive para a oferta de novas SPA e formas de as ingerir, assim como para a sua venda online (ainda que em Portugal esta prática não seja muito expressiva e envolva sobretudo NSP, e.g., Rêgo *et al.*, 2019; SICAD, 2020), são importantes desafios (OEDT, 2021; UNODC, 2020). Acrescem, entre outros, o aumento global da pureza das SPA, o consumo de NSP (com o seu reconhecido risco acrescido) e a consolidação de padrões de policonsumo (e.g., OEDT, 2021; UNODC, 2020). Nota, ainda, para os crescentes comportamentos aditivos sem SPA (SICAD, 2020).

Muitos dos fatores que influenciam as questões relacionadas com as drogas são exógenos (Laqueur, 2014; OEDT, 2021), pelo que é insensato tentar compreendê-las de forma unidimensional (e.g., a partir apenas da SPA utilizada – e.g., heroína ou canábida –, das características do indivíduo, ou da frequência da utilização – prevalecendo, esta última, nas definições conceptuais e operacionais atuais de diferentes padrões de consumo). Importa reconhecer não só a heterogeneidade de padrões de consumo e consumidores, como também que estes dependem de uma diversidade de fatores, quer pessoais (e.g., biológicos, psicológicos), quer sociais e culturais (e.g., capital social, ideologias), quer relativos à própria utilização de SPA (e.g., tipo, motivos, regularidade, circunstâncias) (Cruz, 2015).

Dever-se-iam, portanto, procurar categorizações mais finas e rigorosas do padrão de consumo, assim como metodologias apropriadas para tal apreciação, capazes de atender à diversidade de fatores que o influenciam. Estas necessitariam captar, ao longo do contínuo entre o extremo de consumo não problemático/não toxicodependente/de baixo risco e o de consumo problemático/toxicodependente/de alto risco, diversos tipos de utilização e utilizadores de SPA e concomitantes riscos. Importa, também, não se desconsiderar que, ainda que o consumo seja classificado como não problemático e funcional, poder-lhe-ão estar sempre associados certos prejuízos (cf. Chassid-Segin, Gueta, & Ronel, 2020; Cruz, 2014, 2015).

Um entendimento compreensivo sobre o fenómeno das drogas exige acompanhar o seu carácter dinâmico, metamorfósico e complexo (indissociável, por seu turno, das intensas transformações e vivências das sociedades contemporâneas) e aceitar que, não só as SPA têm vindo a ser utilizadas ao

longo da história da Humanidade (e.g., Escohotado, 2004), como também é altamente improvável que deixem de o ser. Evidências avolumam-se: não só as utilizações de SPA resistiram ao amplo investimento na Guerra às Drogas, como têm vindo a aumentar a uma escala global (UNODC, 2020), tendo-se mantido no atual quadro pandémico (OEDT, 2021), mas também os mercados de drogas têm provado a sua resiliência, inclusive face à pandemia atual (OEDT, 2021; UNODC, 2020). O impacto da COVID-19 tem que ser monitorizado e teme-se que, em termos de mercados das drogas, este possa ser idêntico ao da crise económica de 2008 (UNODC, 2020).

Parece, portanto, mais eficaz responder ao fenómeno através de um investimento de longo prazo, ainda que seguramente muito exigente na sua concretização, que faça jus à máxima Não dê o peixe, ensine a pescar. Urge empoderar os cidadãos em relação às SPA, o que exige capacitá-los, não só com conhecimentos, mas também com importantes competências, inclusive sociais, de autocontrolo e de regulação emocional. A informação tem que ser ampla, inclusive admitindo-se quer os aspetos negativos desta prática quer os benefícios que as pessoas lhes reconhecem (cf. Cruz, 2014), e adotando a máxima Just say Know (cf. ssdp.org), ao invés de estimular a desinformação que caracteriza a abordagem predominante de Just say No. Dado o seu poder de construção da realidade, a linguagem tem que ser rigorosa, para que não se propaguem falsas noções, como a veiculada pela expressão ‘álcool e drogas’. Não só o álcool é uma SPA (i.e., droga) como, quando comparado com outras, é potencialmente mais arriscada e nociva (e.g., Lachenmeier & Rehm, 2015; van Amsterdam *et al.*, 2015).

Note-se, em Portugal, a relevância dos crimes associados ao álcool e a sua natureza, em geral, mais violenta do que os cometidos sob o efeito de outras SPA (SICAD, 2020), tal como tende a ocorrer a nível internacional (UNODC, 2020). Importa, ainda, que as estratégias de atuação se baseiem em evidências científicas e que não se limitem a campanhas de sensibilização da população em geral, que se têm vindo a relevar muito pouco eficazes (UNODC, 2020).

O empoderamento e a promoção da autodeterminação dos indivíduos, no sentido da capacidade de tomar decisões livres, esclarecidas e conscientes em relação à utilização de SPA, exige, também, afastar abordagens paternalistas. Em Portugal, as reformas políticas da viragem do milénio deslocaram a responsabilidade pelo (ab)uso de SPA do Ministério da Justiça para o da Saúde, mas mantiveram uma abordagem paternalista, ainda que de suporte e não de punição (Laqueur, 2014). As pessoas que utilizam SPA, sobretudo quando em padrões de dependência, passaram a ser vistos como doentes que carecem de apoio e não como criminosos (Cabral, 2017; Laqueur, 2014). Todavia, como realça Cabral (2017, p. 3), atualmente o que se questiona é se as pessoas que utilizam SPA “sofrem de uma doença ou se são apenas cidadãos comuns que não sofrem de nenhuma patologia e o Estado é simplesmente super protetor ou moralista”. Sabe-se que a patologização obstaculiza a autodeterminação das pessoas que utilizam SPA (Rêgo *et al.*, 2021). Do mesmo modo, posturas paternalistas, além de não capacitarem os indivíduos, podem arrefecer os princípios constitucionais da liberdade e da dignidade Humana (Cabral, 2017), ao não assumir o direito à utilização de SPA.

É essencial, em Portugal, corrigir práticas que parecem ir contra o espírito da lei, sobretudo o restabelecimento, através de um acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, do crime de consumo perante maiores quantidades de SPA (cf. Rêgo *et al.*, 2021). Tal tem gerado um acréscimo de condenações por consumo (SICAD, 2020), além de retratar uma resposta de justiça criminal face a indivíduos com eventuais dificuldades acrescidas de controlo do uso de SPA e demais dimensões da sua vida e, portanto, mais carentes de apoio. Realce-se, também, a insensatez de se proibir o autocultivo, nomeadamente de canábis (em tendência crescente na Europa, inclusive face à pandemia, OEDT, 2021), estimulando, assim, o mercado ilícito das SPA, por ser o único meio de lhes aceder (Laqueur, 2014).

Sobretudo no atual momentum social e político, com a crescente discussão acerca da legalização da utilização não médica de SPA, em especial a canábis (já concretizada em vários estados dos EUA, Uruguai e Canadá), o principal desafio parece ser o de encarar o fenómeno a partir de uma lente de Direitos Humanos (respeitando os princípios da liberdade individual e os direitos à escolha informada e à adoção de comportamentos de risco, Rêgo *et al.*, 2021), e discutindo a possibilidade de regulação legal do mercado das SPA.

É imprudente não antecipar que tal abordagem poderá promover um aumento da utilização de SPA

(Laqueur, 2014) – como se vem a constatar nos contextos que o fizeram (UNODC, 2020) –, assim como dos seus potenciais danos (Chassid-Segin *et al.*, 2020). Porém, é igualmente insensato, ao invés de se preparar uma estratégia eficaz para enfrentar tais adversidades, desistir de ensaiar abordagens que poderão revelar-se bem mais adequadas do que o proibicionismo, em relação ao qual avultam provas de insucesso (cf. Cruz, 2014). Além disso, potenciais vantagens de uma regulação legal do mercado incluem a redução da estigmatização das pessoas que utilizam SPA, do dinheiro público gasto com a aplicação da lei (Chassid-Segin, Gueta & Ronel, 2020) e do tráfico, tanto online como offline, provocando disrupção nos mercados ilícitos (cf. Cabral, 2017). Acrescem as receitas com impostos (Cabral, 2017; Chassid-Segin, Gueta & Ronel, 2020) que se podem canalizar para responder ao fenómeno, e o maior controlo sobre o tipo, qualidade e riscos das SPA disponíveis (e.g., Cabral, 2017).

Permanecem, assim, na sociedade portuguesa, os desafios de promover uma visão menos catastrófica sobre as SPA, de educar os cidadãos quanto à diversidade dos seus padrões de utilização e utilizadores e de os empoderar quanto ao fenómeno, apostando em políticas não paternalistas e comprometidas, não só com a saúde pública, como também com uma plena vivência dos Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

Cabral, T. (2017). The 15th anniversary of the Portuguese drug policy: its history, its success and its future. *Drug Science, Policy and Law*, 3(0) 1–5.

Calado, V. (2006). *Drogas sintéticas: mundos culturais, música trance e ciberespaço*. Lisboa: IDT.

Calado, V. & Lavado, E. (2016). *Representações Sociais da Droga e da Toxicodependência. Inquérito ao público jovem presente no Rock in Rio – Lisboa 2016*. Lisboa: SICAD.

- Carvalho, M. (2007). *Culturas Juvenis e Novos Usos de Drogas em Meio Festivo: o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Chassid-Segin, M., Gueta, K., & Ronel, N. (2020). Toward a typology of normative drug users based on levels of functioning, justifications and types of use. *Journal of Drug Issues*, 50(3), 242-258.
- Coelho, M. (2015). Drugs: the Portuguese fallacy and the absurd medicalization of Europe. *Motricidade*, 11(2), 3–15.
- Cruz, O. (2014). Drogas Ilícitas: consumidores “não problemáticos”. Lisboa: Rei dos Livros.
- Cruz, O. (2015). Nonproblematic illegal drug use: drug use management strategies in a Portuguese sample. *Journal of Drug Issues*, 45(2), 133-150.
- Dias, L. (2007). *As Drogas em Portugal: o fenómeno e os factos jurídico-políticos. De 1970 a 2004*. Coimbra: Pé de Página.
- Domosławski, A. (2011). *Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*. Varsóvia: Open Society Foundations.
- Escohotado, A. (2004). *História Elementar das Drogas*. Lisboa: Antígona.
- Greenwald, G. (2009). *Drug Decriminalization in Portugal. Lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington: Cato Institute.
- Hughes, C. & Stevens, A. (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31, 101-113.
- Lachenmeier, D. & Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Science Report*, 5(8126), 1-7.
- Laqueur, H. (2014). Uses and abuses of drug decriminalization in Portugal. *Law & Social Inquiry*, 40(3), 746–81.
- OEDT (2021). *Relatório Europeu sobre Drogas 2021: tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Rêgo, X., Grèn, J. & Cruz, O. (2019). From ancient organic to the newest synth: building trust in drug users’ communities. In Z. Kaló, J. Tieberghien, & D. Korf (Eds.). *Why? Explanations for drug use and drug dealing in social drug research*. Berlin: Pabst Science Publishers, 137-153.
- Rêgo, X. et al. (2021). 20 years of Portuguese drug policy - developments, challenges, and the quest for human rights. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(59), 1-11.
- SICAD (2020). *Sumário Executivo Relatórios Anuais 2019*. Lisboa: SICAD.
- Trigueiros, L. & Carvalho, M. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Toxicodependências*, 16(3), 29- 44.
- UNODC (2020). *World Drug Report 2020*. Vienna: United Nations.
- van Amsterdam, J. et al. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660.

Ciência da prevenção e qualificação para a intervenção



Susana Henriques

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutorada em Sociologia, é Professora Auxiliar com Agregação na Universidade Aberta (UAb), Departamento de Educação e Ensino a Distância, e investigadora no Cies_Iscte e no LE@D. Os domínios de especialização e áreas de interesse na investigação passam pelas questões da educação digital em rede, literacia em saúde e literacia digital, prevenção de comportamentos aditivos e dependências e metodologias de investigação. Neste âmbito tem participado em projetos de investigação, apresentado comunicações em eventos científicos e publicado em livros e revistas com revisão por pares.

O meu interesse pela área da prevenção das dependências iniciou-se com o trabalho final da licenciatura em 1995, focado nas dinâmicas de atendimento da Linha Vida. Ao longo destes anos, tenho acompanhado de forma ativa a evolução do campo da prevenção do uso de substâncias psicoativas e as suas transformações culturais. Transformações que têm conduzido a uma prevenção cientificamente sólida, sustentada num quadro conceptual e em evidências de eficácia visando a melhoria das práticas e dos respetivos processos de decisão, designadamente através da qualificação e desenvolvimento profissional.

Este artigo apresenta uma proposta de sistematização orientada por dois eixos fundamentais, analiticamente distintos, mas profundamente articulados. O primeiro, o campo científico da prevenção; o segundo, o da qualificação dos profissionais que atuam neste domínio.

O CAMPO CIENTÍFICO DA PREVENÇÃO

O campo científico da prevenção tem vindo a desenvolver-se ganhando progressivamente maior consistência e autonomia (Leadbeater, *et al.*, 2018; Ostaszewski *et al.*, 2018; Gottfredson, *et al.*, 2015; Berkel *et al.*, 2011). A ciência da prevenção decorre da necessidade de introduzir intervenções preventivas baseadas num quadro conceptual e em evidência científica. Visa, portanto, responder à necessidade de sustentabilidade das ações concretas de prevenção de dependências, direcionadas para diferentes contextos e públicos ao longo do ciclo de vida (famílias, escolas, locais de trabalho, contextos recreativos, contextos

comunitários e meios de comunicação social e em rede). Mas também à necessidade de os decisores terem bases mais sólidas de apoio aos seus processos de tomada de decisão em questões relacionadas com a prevenção das dependências.

Entende-se que a prevenção de dependências visa reduzir e atrasar a iniciação ao consumo de substâncias psicoativas ou evitar o aumento do risco associado a esse consumo. Ou seja, também pode ajudar aqueles que começaram a consumir, a evitar o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias e problemas sociais e de saúde associados. Importa ainda destacar que a prevenção comporta uma intenção complementar e mais ampla, a de incentivar o desenvolvimento saudável e seguro de crianças e jovens, para que possam realizar os seus talentos e potencial. Tal pressupõe um envolvimento positivo com as suas famílias, escolas, colegas, local de trabalho e sociedade, que as intervenções preventivas baseadas em evidência também estimulam (EMCDDA, 2019b).

O âmbito desta definição tem vindo a ser ampliado para englobar os comportamentos aditivos, ou seja, as dependências com e sem substância. Neste sentido mais lato, as atividades de prevenção enquadram-se na promoção da saúde, na medida em que oferecem ações específicas que se concentram em fatores de risco e de proteção potencialmente relacionados com o estado global de saúde. Em Portugal, as políticas públicas têm refletido essa tendência, com a introdução do Plano Nacional para as Dependências e Comportamentos Aditivos 2013-2020 (SICAD, 2013) e o Referencial de Educação para a Saúde (Pereira & Cunha, 2017). Nessas diretrizes, comportamentos aditivos e dependências são definidos como “...

comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas” (Pereira & Cunha, 2017: 58).

Foxcroft (2014) propõe uma classificação da ciência da prevenção a partir da sua forma ou configuração e a partir da função das intervenções. Diferentes formas correspondem ao nível de risco numa dada população (ou sujeitos-alvo a quem se dirige) e diferentes funções ou propósitos enfatizam as características da intervenção (ou quais as ações a desenvolver). Quanto à forma, a prevenção pode ser universal, seletiva ou indicada. A prevenção universal é direcionada a uma população cujo risco é tipicamente difuso, isto é, não se baseia no nível desse risco. A prevenção seletiva refere-se a intervenções em grupos nos quais os fatores de risco são em média superiores aos da população em geral. A prevenção indicada concentra-se em

indivíduos identificados como tendo um risco elevado, por estarem a desenvolver um problema de comportamento com sinais ou sintomas perceptíveis (Ostaszewski *et al.*, 2018; Foxcroft, 2014; Mrazek & Haggerty, 1994).

No que se refere à função, a prevenção pode ser ambiental, desenvolvimental ou informacional. A ação da prevenção ambiental assenta em intervenções regulatórias, físicas ou económicas. A prevenção desenvolvimental tem foco no desenvolvimento de competências-chave sociais e pessoais. A prevenção informacional concentra-se no aumento do conhecimento e informação sobre comportamentos de risco e sobre o perigo das próprias substâncias (Foxcroft, 2014). Considerando simultaneamente as diferentes funções e formas de prevenção, Foxcroft (2014) representa numa matriz a classificação de intervenções preventivas (Figura 1).

Figura 1 – Matriz de formas e funções de Prevenção (adaptado de Foxcroft, 2014, p. 12)

		Formas		
		Universal	Seletiva	Indicada
Funções	Ambiental	Legislação Impostos	Regulamentação específica para determinados contextos	Limitação do tempo de jogo em videojogos online
	Desenvolvimental	Programas de desenvolvimento de competências para a vida	Programas de competências parentais	Programas de aconselhamento individual
	Informacional	Campanha nos média	Campanhas informacionais dirigidas a um grupo específico	<i>Feedback</i> normativo individualizado

A ciência da prevenção tem, deste modo, a capacidade de traduzir resultados científicos, novos paradigmas e princípios de eficácia em intervenções e nos modos de funcionamento de serviços e infraestruturas (EMCDDA, 2019a). Num quadro de intervenções preventivas baseadas em evidência,

tem vindo a ser possível identificar os programas que funcionam, os mais eficazes dentre estes e como desenvolvê-los (EMCDDA, 2019a; 2011; Leadbeater, *et al.*, 2018; UNODC, 2015). Neste contexto, Leadbeater *et al.* (2018) identificam nos investigadores e nos profissionais de prevenção um

crescente compromisso com uma ampla gama de atividades e funções para promover práticas de prevenção baseadas em evidências.

Consequentemente, tem vindo a reforçar-se a necessidade de formar os profissionais que trabalham na área da prevenção (EMCDDA, 2018; 2019a).

QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PREVENÇÃO

Para responder aos desafios de intervenções preventivas baseadas em evidência o desempenho dos profissionais assume-se como fundamental. Embora a investigação tenha identificado uma diversidade de campos científicos dos profissionais que atuam em prevenção – professores, educadores sociais, assistentes sociais, enfermeiros, polícias, psicólogos, sociólogos... – (Henriques, Van Hout & Teixeira, 2020; Henriques, Burkhart & Miovsky, 2019; Henriques, Silva & Hsu, 2018; EMCDDA, 2015), estes apresentam um conhecimento especializado, mas essencialmente experimental e experiencial. Quer dizer, um conhecimento especializado, mas essencialmente baseado na experiência, sem formação específica na área da prevenção das dependências.

Nesta linha, não existem mecanismos de monitorização da qualidade do trabalho em prevenção (Ostaszewski, 2018) ou da qualificação para o trabalho preventivo, tendo sido igualmente identificada a ausência de um perfil profissional para quem trabalha nesta área (EMCDDA, 2019a). O reconhecimento das carências ao nível da formação especializada em prevenção tem implicações também ao nível dos decisores que veem os seus processos de tomada de decisão

comprometidos pela ausência de suporte sobre em que devem consistir as intervenções preventivas (EMCDDA, 2015).

Evidencia-se, deste modo, que no sistema de prevenção, os profissionais são um fator crítico. Entendemos aqui todos os profissionais envolvidos, sejam técnicos, coordenadores de projetos, dirigentes de ONGs ou outros implicados em funções ou ações preventivas. Dito de outro modo, profissionais diretamente envolvidos na implementação ou em processos de tomada de decisão no campo da prevenção. O desenvolvimento e implementação dos referenciais de qualidade são contributos importantes na resposta a estas necessidades, pois a partir deles têm-se desenvolvido iniciativas de formação e de currículo. Referimo-nos concretamente aos *International Standards on Drug Use Prevention* (UNODC, 2013; 2020) e aos *European Drug Prevention Quality Standards* (EMCDDA, 2011). Daqui resultam orientações específicas sobre princípios de prevenção eficazes e sobre modos de serem operacionalizados.

Neste âmbito surge o *European Prevention Curriculum – EUPC*, voltado para a formação de profissionais na Europa (EMCDDA, 2019b). Este currículo tem o potencial de promover evidências sobre a natureza e o âmbito da prevenção, assim como de melhorar os sistemas de prevenção desenvolvendo as competências requeridas nos profissionais e potenciando o desenvolvimento da prevenção baseada em evidência (EMCDDA, 2019a).

No quadro das atuais sociedades digitais, de transformações rápidas e profundas, enfrentamos oportunidades e desafios. A evolução das tecnologias digitais e as potencialidades de utilização decorrentes das conexões com a Internet

exigem competências específicas por parte dos profissionais para que possam aproveitar ao máximo tais mudanças. E exigem, ao mesmo tempo, políticas de formação que permitam responder ao desenvolvimento de competências adequadas (OECD, 2019). A formação em contexto beneficia quando desenvolvida em ambientes digitais em rede, na medida em que permite que os profissionais não sejam retirados do seu contexto de trabalho (Henriques, Burkhart & Miovisky, 2019). Ao mesmo tempo que facilita e torna mais imediato o retorno das competências desenvolvidas e conhecimentos adquiridos nos contextos de intervenção (Tikkanen, Hovdhaugen & Støren, 2018).

Deste modo, a formação dos profissionais que atuam na área da prevenção pode ser pensada a partir de um novo paradigma educativo, nomeadamente através da formação de comunidades de aprendizagem e de prática pensadas a partir da flexibilidade, inovação, integração e inclusão (Henriques, van Hout & Teixeira, 2020; Wenger-Trayne, *et al.*, 2014; Wenger, 1998). Tais comunidades podem funcionar em cenários digitais, constituindo-se como comunidades virtuais de profissionais.

Nos processos de mudança, todos nós enfrentamos desafios, e a colaboração assume-se como um fator-chave. Comunidades de aprendizagem e prática são formadas por sujeitos que se envolvem em processos interativos e colaborativos de aprendizagem e partilha coletiva num domínio comum e ao longo do tempo (Henriques, van Hout & Teixeira, 2020; Wenger-Trayner *et al.*, 2014; Wenger, 1998). Respondem às necessidades dos profissionais que as integram, na medida em que permitem a partilha de espaços de conhecimento (atualizando as suas bases científicas), de experiências,

de dúvidas, de boas práticas e de estratégias de resolução de problemas. Deste modo, as comunidades virtuais de aprendizagem e prática oferecem um suporte inovador na implementação e desenvolvimento de programas de prevenção baseados em evidências, apoiados por iniciativas de formação e padrões de qualidade.

EM SÍNTESE

Neste artigo apresentaram-se um conjunto tendências de evolução da prevenção das dependências. O seu desenvolvimento tem sido no sentido:

- de se tornar num campo científico capaz de enquadrar intervenções eficazes;
- de sustentar processos de tomada de decisões neste âmbito;
- e de fundamentar o desenvolvimento de ações de qualificação direcionadas aos profissionais que atuam em prevenção.

Em todos estes aspetos é fundamental o desenvolvimento de procedimentos investigativos que garantam a monitorização da intervenção e a produção de conhecimento. Só desta forma se desenvolvem processos de ação enformados pelo conhecimento e em que este impacta na qualidade das intervenções futuras.

A atual crise pandémica veio acentuar o papel facilitador das plataformas e tecnologias digitais, também na formação em prevenção. Ainda assim, trata-se de uma área emergente que requer maior desenvolvimento, inovação e investigação centrada no desenho pedagógico, nas estratégias para o desenvolvimento de competências, nas tecnologias

e aplicativos mobilizados e nos processos de garantia da qualidade do ensino e aprendizagem.

Este artigo representa um esforço de sistematizar o desenvolvimento do campo da ciência da prevenção, perspetivando implicações futuras.

REFERÊNCIAS

- Berkel, C. *et al.* (2011). Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12(1) 12-33.
- EMCDDA (2019a). *Drug Prevention: exploring a systems perspective*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- EMCDDA (2019b). *European Prevention Curriculum*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- EMCDDA (2018). *Environmental Substance Use Prevention Interventions in Europe*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- EMCDDA (2015). *European Drug Report: trends and developments*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- EMCDDA (2011). *European Drug Prevention Quality Standards*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Foxcroft, D. R. (2014). “Form ever follows function. This is the law”. A prevention taxonomy based on a functional typology. *Adicciones*, 26(1), 10-14.
- Gottfredson, D. C *et al.* (2015). Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prevention Science*, 16, 893–926.
- Henriques, S., Van Hout, M. C. & Teixeira, A. (2020). A virtual ‘experiential expert’ communities of practice in sharing evidence based prevention of novel psychoactive substance (NPS) use: the Portuguese experience. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00376-z>
- Henriques, S., Burkhart, G. & Miovsky, M. (2019). The first university e-learning study programme based on the adaption of the EUPC: Portuguese implementation study. *Addictology Journal*, 19(1), 35-42.
- Henriques, S., Silva, J. P. & Hsu, K. (2018). *Overview on New Psychoactive Substances in Portugal*, CIES e-WP nº 217/2018, CIES-IUL.
- Leadbeater, B. J. *et al.* (2018). Ethical challenges in promoting the implementation of preventive interventions: report of the SPR Task Force. *Prevention Science*, 19, 853–865.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academies Press.
- OECD (2019). *Skills Outlook 2019: thriving in a digital world*. Paris: OECD Publishing.
- Ostaszewski, K. *et al.* (2018). European prevention workforce competences and training needs: an exploratory study. *Adiktologie*, 18(1), 07–15
- Pereira, F. & Cunha, P. (Coords.) (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa: Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde.
- SICAD (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.

Tikkanen, T., Hovdhaugen E. & Støren, L. A. (2018). Work-related training and workplace learning: Nordic perspectives and European comparisons. *International Journal of Lifelong Education*, 37(5), 523-526.

UNODC (2020). *International Standards on Drug Use Prevention*. Second updated edition. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization.

UNODC (2015). *International Standards on Drug Use Prevention*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization.

UNODC (2013). *International Standards on Drug Use Prevention*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization.

Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wenger-Trayner, E. et al. (Eds.) (2014). *Learning in Landscapes of Practice*. Abingdon: Routledge.

Comportamentos aditivos e dependências: respostas às necessidades em saúde



Paulo Seabra

|NOTA BIOGRÁFICA| Investigador Integrado no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) e Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Doutorado em Enfermagem em 2015. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 2009. Enfermeiro desde 1992. Terapeuta Familiar pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar desde 2010. Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros dos Comportamentos aditivos (IntNSA Portugal) (2019-2022). Membro do *Board do International Nursing Society on Addictions* (2019-2022).

A HISTÓRIA RECENTE EM PORTUGAL

Os comportamentos Aditivos e Dependência (CAD) são um dos fenómenos mais interessantes da Humanidade. Com base em estudos nas áreas da saúde, sociologia, antropologia, filosofia, tomamos consciência da sua multifatorialidade na etiologia, nos fatores preditivos, na evolução, no tratamento, nas consequências. Múltiplos fatores interligados e indissociáveis.

A complexidade do fenómeno, no passado recente, assumiu grandes proporções no que se refere ao uso problemático de substâncias. Ao tradicional, e crescente, uso do álcool, juntou-se a expressão dramática dos consumos de heroína, e os ligeiramente menos expressivos consumos de canábis e cocaína, para além do encoberto consumo problemático das benzodiazepinas. Em termos de resposta, o sistema nacional de saúde construiu uma resposta inovadora, pioneira e especializada, implementada durante mais de 25 anos. Esta resposta permitiu, através da descentralização e diagnósticos do terreno, responder à parte mais expressiva do problema (consumo de opiáceos e álcool) com ganhos inestimáveis e inegáveis para a saúde das populações. Permitiu ainda fazer “escola”, que tem sustentado e permitirá sustentar as respostas no futuro, mesmo com mudanças estruturais, como foi a modificação do organismo central que coordenava toda a estratégia.

Quando falamos de “escola” que uma determinada forma de intervir produziu, falamos de humanismo no cuidado, de criação de ambientes e modelos de prática interdisciplinares e multiprofissionais, da necessidade do trabalho em rede, da centralidade na reabilitação psicossocial e laboral, etc. Foi

fundamental a compreensão de que trabalhar com pessoas com CAD é “fazer com”, “caminhar com”, mais do que “fazer por”, “tratar”. Nesta perspetiva, apesar de termos demonstrado ganhos efetivos das pessoas, de termos estudado o contributo positivo de algumas intervenções e cuidados de alguns grupos profissionais (Seabra *et al.*, 2018), de termos identificado que as comorbilidades, o policonsumo, as questões de género, são associadas a uma maior severidade das consequências da dependência de substâncias (Seabra *et al.*, 2021), há áreas em que a avaliação foi pouco sustentada na evidência. Falamos de avaliação dos programas implementados (medicamentosos e não medicamentosos) e do que acontece às pessoas após esses programas.

A vivência relacionada com o uso problemático de substâncias psicoativas é inevitavelmente associada à disfuncionalidade e pouca qualidade de vida das pessoas aditas (Strada *et al.*, 2017) e suas famílias (Ólafsdóttir *et al.*, 2018). As pessoas apresentam problemas no seu autocuidado, na capacidade de adaptação ao dia-a-dia e situações exigentes, na funcionalidade, na relação com os outros e, perante isto, necessitam de profissionais capazes de responder a essas necessidades. Todos os profissionais com competências para isso devem-nas colocar ao dispor das pessoas.

PREVISÃO DA SUA EVOLUÇÃO NO PAÍS E NO MUNDO

O fenómeno dos CAD tem uma evolução imprevisível. Imprevisível no que se refere aos CAD sem substância, pela dimensão e intensidade dos comportamentos relacionados com o videojogo e jogo a dinheiro, cada vez mais *online*, pela priorização de uma interação social à distância, os

smarthphones, o acesso a sites de sexo, etc. Mesmo o trabalho é atualmente por muitos vivido como uma adicção. São problemas transversais a todas as faixas etárias.

No que se refere aos CAD com substâncias podemos pensar a evolução em duas perspetivas. Uma mais identificável e previsível relacionada com o uso problemático de substâncias mais “tradicionais”, e outra, com o que acontecerá nas próximas décadas relacionado com substâncias menos expressivas na nossa realidade. Veja-se a expressão epidémica do uso de opiáceos nos USA (morrem 150 pessoas por dia de overdose), Canadá, Reino Unido, Irlanda e Austrália e países do leste europeu. Ou ainda a expressão nunca vista entre nós das metanfetaminas, do crack, das substâncias sintéticas. Poderemos alguma vez dizer que essa não vai ser a nossa realidade, em uma sociedade cada vez mais globalizada?

Em 2019, e no que se refere aos problemas relacionados com substâncias, expressos nas procuras de ajuda e nos dados de internamentos, verifica-se um contínuo crescimento do fenómeno e clara perspetiva da sua cronicidade (SICAD, 2020). Os dados apontam para uma coorte de pessoas cada vez mais velhas nos serviços de atendimento (Seabra, 2018; Searby *et al.*, 2015). Atualmente as pessoas vivem mais anos e vão associando à idade comorbilidades naturais do envelhecimento e outras relacionadas com os hábitos de vida, que aumentam a vulnerabilidade para os CAD colocando-as expostas a maiores riscos e efeitos adversos das substâncias (Kuerbis *et al.*, 2014; NIDA, 2020).

Decorrente de uma maior esperança de vida e dos problemas sociais com que as sociedades se deparam, o número de adultos com mais idade que

irão iniciar, ou prolongar mais anos com consumos problemáticos de substâncias ou outros comportamentos aditivos sem substâncias, tenderá a aumentar (Kuerbis *et al.*, 2014) com uma expressão que talvez não tenhamos visto ainda. Desta realidade decorre a necessidade de uma maior efetividade dos programas de substituição opiácea, do tratamento de comorbilidades como a hepatite B, hepatite C e VIH (Seabra *et al.*, 2021), de melhor conhecimento dos fatores de risco nestas idades, de uma adequação dos critérios de diagnóstico para melhorar o subdiagnóstico, uma adequação dos níveis de risco e uma clarificação de indicadores de uso problemático ou dependência e, por fim, uma adequação das intervenções (Kuerbis *et al.*, 2014). Por outro lado, as pessoas com mais idade tendem a apresentar menor adesão ao tratamento e, muitas vezes, o tratamento é difícil devido à combinação de comportamento aditivo típico, comorbidade psiquiátrica, doenças somáticas e, em muitos casos, também défice cognitivo (Searby *et al.*, 2015). As metas do tratamento devem ser definidas individualmente e a abstinência raramente é uma meta realista (Wolter, 2018). A necessidade de se avaliar, monitorizar e prevenir, pode ajudar a aumentar a literacia sobre esses riscos, reduzir a ocorrência desses mesmos riscos e dos seus resultados em fases mais adiantadas (Han & Moore, 2019). Uma atenção pormenorizada a estes fatores pode ajudar a diminuir a estigmatização que sentem pela idade que têm e pelos anos de acompanhamento (Gutiérrez-Cáceres *et al.*, 2019).

Nesta reflexão mais dois assuntos devem constar. A reflexão a partir do passado, pois concretizaram-se as salas de consumo seguro, abertas na cidade de Lisboa (outras se avizinham na cidade do Porto). É uma resposta humanista, pragmática com evidência

de ganhos em saúde. Uma resposta que requer uma verdadeira equipa multidisciplinar com profissionais que atendam às necessidades complexas desses utilizadores (Belackova *et al.*, 2019). Outro assunto, que se prende com o envelhecimento, a cronicidade e a incurabilidade, é a necessidade de pensarmos Cuidados Paliativos nesta área da saúde. A partir do referencial desta tipologia de cuidados, fará sentido pensarmos em cura, medidas invasivas, medicação para lá do alívio sintomático e promoção de bem-estar? Teremos que ter a ousadia de assumir que muito do que hoje assumimos como estratégias de redução de riscos são significativamente Cuidados Paliativos.

RECOMENDAÇÕES ESTRUTURAIS E DE INTERVENÇÃO

Ao perspetivar uma evolução para o fenómeno, considero relevante, como investigador e como profissional de saúde, que haja o acompanhamento de medidas políticas que sustentem a prática do sistema de saúde. As respostas em saúde devem ser planeadas e executadas com base na evidência e de forma pragmática. Se continuarmos com o crescente problema do jogo a dinheiro, ações concretas para prevenir o agravamento da situação devem ser implementadas (literacia sobre o fenómeno para a população em geral; alertas e estimulação de procura de ajuda para as pessoas e para seus familiares; sensibilização dos agentes comunitários de acesso). Sobre a dependência de ecrãs, é necessário a promoção da consciencialização da problemática que os ecrãs assumem na população, com campanhas de prevenção universal, seletiva e indicada, na sociedade em

geral, no ambiente laboral, nas escolas e universidades.

Sobre as substâncias: o país há décadas que discute o acesso fácil e relativamente barato do álcool, e esse é um fator determinante para as problemáticas a ele associadas. Requer clara decisão política. Sobre a canábis e o movimento de liberalização do uso para consumo recreativo, alguma precaução me parece plausível pela evidência de crescimento dos problemas psiquiátricos associados ao consumo (Gonçalves-Pinho, Bragança & Freitas, 2019) e a escassa evidência da mais-valia no tratamento das perturbações psiquiátricas (Black *et al.*, 2019). Ao mesmo tempo, é com preocupação que observamos um movimento de liberalização em muitos países no que se refere à comercialização de compostos da canábis sob inúmeras formas de apresentação, ao mesmo tempo que se vai apresentando como solução para inúmeras situações de saúde, desde o deixar de fumar, resolver problemas de dependência de opiáceos (Hurd, 2017) e resolver problemas de dor (Griffith & LaFrance, 2018). A história tem demonstrado que por vezes a indústria apresenta soluções que depois não se revelam tão benéficas assim (Schofield *et al.*, 2021).

Sobre a redução de riscos, há evidência que os ganhos em saúde são conseguidos por respostas flexíveis e sem moralismos, seja a manutenção de estratégias universalmente aceites como a troca de seringas (medida nunca implementada no meio prisional), a oferta de estruturas de *drug testing* ou a disponibilização de salas de consumo seguro nos contextos que a realidade exige.

Complementarmente, defendendo que o fenómeno nos está a convocar para a integração de uma abordagem paliativa com as pessoas dependentes de drogas, devemos alargar a discussão nas inúmeras estruturas de resposta que esta população mais velha e vulnerável recorre (Ebenau *et al.*, 2020). Neste sentido, se tivermos como foco principal a forma como as pessoas fazem a autogestão da sua doença, algo estrutural deve acontecer: o envolvimento dos utentes na escolha de indicadores de avaliação dos programas/tratamentos e quais os momentos de avaliação, pois estes hoje, mais do que nunca, não devem ser estipulados apenas pelos profissionais.

NOTAS FINAIS

A evidência demonstra-nos que as consequências mais severas são relacionadas com o sofrimento psicológico. Apesar de o diagnóstico que os profissionais fazem com as pessoas ser consistente, outros podem estar a ser subavaliados principalmente no que se refere aos problemas com as famílias, os problemas sociais e financeiros (provavelmente pela incapacidade de resposta dos profissionais e das estruturas de saúde) (Seabra *et al.*, 2021). A necessidade de reforçar a prática baseada na

evidência é fundamental (nas abordagens para o policonsumo, duplo diagnóstico, pessoas com difícil vinculação às equipas de saúde, suporte familiar, inclusão de peritos pela experiência, etc.). Precisamos questionar os modelos de *recovery*? Que abordagem temos ou não temos? Que abordagem é consensual e praticada com as pessoas em tratamento e na fase pós programas medicamentosos? Até quando as soluções que as pessoas recorrem na comunidade continuarão a ser com base quase exclusiva no modelo dos alcoólicos/narcóticos anónimos?

Sobre a organização de cuidados, verifica-se ainda em muitos contextos uma organização hierárquica, férrea e tradicional, com disputas de poder que em nada revelam a transdisciplinaridade necessária (com evidência de melhores resultados para as pessoas). Este alerta integra uma preocupação sobre o não aproveitamento de competências de alguns profissionais altamente qualificados. É o caso dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental, mas não só. Outros profissionais de outras áreas da saúde e social têm mais para oferecer, do que algumas vezes lhes é possibilitado. Precisamos de cuidados centrados na “pessoa”.

REFERÊNCIAS

Belackova V. *et al.* (2019). “Beyond safer injecting” - health and social needs and acceptance of support among clients of a supervised injecting facility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(11), 2032.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16112032>

Black, N. *et al.* (2019). Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 5(12). 995-1010.

Ebenau, A. *et al.* (2020). Palliative care for patients with substance use disorder and multiple problems: a qualitative study on experiences of healthcare professionals, volunteers and experts-by-experience. *BMC Palliative Care*. 19(8).

<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0502-x>

- Griffith, C. & LaFrance, B. (2018). The benefits and effects of using marijuana as a pain agent to treat opioid addiction. *Journal of Hospital & Medical Management*, 4(3), 1-4.
- Gonçalves-Pinho, M., Bragança, M. & Freitas, A. (2020). Psychotic disorders hospitalizations associated with cannabis abuse or dependence: a nationwide big data analysis. *International Journal Methods in Psychiatric Research*, 29 (1), e1813. <https://doi.org/10.1002/mpr.1813>
- Gutiérrez-Cáceres, S., Pedraz-Marcos, A. & Serrano-Gallardo, P. (2019). Envejecer en un programa de mantenimiento con metadona. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud. *Revista Espanhola Salud Pública*, 93, e201908048.
- Han, B. & Moore, A. (2019). Prevention and screening of unhealthy substance use by older adults. *Clinical Geriatric Medicine*, 34(1), 117–129.
- Hurd, Y. (2017). Cannabidiol: swinging the pendulum from 'weed' to medication to treat the opioid epidemic. *Trends in Neuroscience*, 40(3), 124-126.
- Kuerbis, A. et al. (2014). Substance abuse among older adults. *Clinics in geriatric medicine*, 30(3), 629–654.
- National Institute of drug Abuse [NIDA] (2020). *Substance Use in Older Adults Drug Facts*. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/publications/substance-use-in-older-adults-drugfacts>
- Ólafsdóttir, J., Hrafnadóttir, S. & Orjasniemi, T. (2018). Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(3), 165–178.
- Schofield, J. et al. (2021). Quantifying prescribed high dose opioids in the community and risk of overdose. *BMC Public Health*, 21(1174). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11162-4>
- Seabra, P. et al. (2018). Clinical validation of the Portuguese version of "Substance Addiction Consequences" Derived from the Nursing Outcomes Classification. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 779–785.
- Seabra, P. et al. (2021). Substance addiction consequences: outpatients severity indicators in a medication-based program. *International Journal of Mental Health and Addiction* (2021). <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00485-3>
- Searby, A., Maude, P. & McGrath, I. (2015). An ageing methadone population: a challenge to aged persons' mental health services? *Issues in Mental Health Nursing*. 36(11), 927-931. DOI: 10.3109/01612840.2015.1081655
- SICAD (2020). *Relatório Anual 2019 - Descritivo de Respostas e Intervenções do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências – Horizonte 2020*. Lisboa: SICAD.
- Strada, L. et al. (2017). Measuring quality of life in opioid-dependent people: a systematic review of assessment instruments. *Quality of Life Research*, 26, 3187–3200.
- Wolter, D. K. (2018). Altgewordene Suchtkranke [Early onset substance abuse disorders and addictive diseases in old age]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(7), 758–769.

Situação das drogas e das toxicodependências em Portugal



Félix Carvalho

[NOTA BIOGRÁFICA] Professor Catedrático de Toxicologia e Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, Presidente da EUROTOX (Associação dos Toxicologistas Europeus e das Sociedades Europeias de Toxicologia), Presidente da Sociedade Portuguesa de Farmacologia e vice-diretor do Centro de Investigação da Unidade de investigação de Ciências Biomoleculares Aplicadas (UCIBIO). Membro do Grupo de Trabalho da Ordem dos Farmacêuticos sobre a utilização de canábis com fins terapêuticos. Durante os últimos 30 anos, foi coautor de mais de 450 artigos científicos e capítulos de livros e coeditor dos livros Toxicologia Forense e Toxicologia Fundamental, sendo Editor Associado/membro do corpo editorial de várias revistas científicas nas áreas da Farmacologia, Toxicologia e Ciências Farmacêuticas.

Os últimos relatórios anuais sobre a situação das drogas e das toxicodependências em Portugal, quer do Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências (SICAD) publicado em 2020, ou do Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (OEDT) publicado em 2021, coincidem na sua análise segundo a qual Portugal continua a surgir abaixo dos valores médios europeus na prevalência de consumo recente de canábис, de cocaína e de *ecstasy*, as três substâncias ilícitas com maior prevalência de consumo em Portugal. Por outro lado, de acordo com o relatório do SICAD, tem-se verificado o aumento de consumo recente de canábис e estabilidade ou descida da maioria das outras substâncias, assim como o incremento do consumo recente de novas substâncias psicoativas (NSP) em várias regiões do país. A heroína continua a ser a droga principal mais referida pelos utentes na maioria das estruturas de tratamento, sendo de destacar, entre as exceções, os novos utentes em ambulatório e os das Comunidades Terapêuticas licenciadas, em que a canábис e a cocaína já surgem à frente da heroína. Adicionalmente aos relatórios referidos, um estudo recente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, publicado no *International Journal of Methods in Psychiatric Research* em 2019 (Gonçalves-Pinho, Bragança & Freitas, 2019), refere ainda que quase 600 consumidores de canábис são internados anualmente em Portugal com surtos psicóticos e que as hospitalizações de consumidores de canábис aumentaram quase 30 vezes em 15 anos. Os surtos psicóticos são graves e ocorrem sobretudo nos homens com idades próximas dos 30 anos.

Neste quadro, gostaria de deixar o meu contributo e opinião pessoal sobre as tendências que se verificam em Portugal neste domínio, nomeadamente no que concerne aos movimentos de legalização de drogas para fins recreativos e aos ajustes que considero necessários e urgentes na legislação sobre novas substâncias psicoativas.

LEGALIZAÇÃO DAS DROGAS PARA FINS RECREATIVOS

O parlamento prepara-se para discutir e votar dois projetos de lei sobre a “Legalização da canábис para uso pessoal”. Esta iniciativa não pretende resolver um problema que Portugal tenha superior aos dos restantes países europeus, não responde aos pedidos dos técnicos de saúde das comunidades terapêuticas ou das famílias que são destroçadas com o consumo de drogas no seu seio, nem está em sintonia com o que defende o SICAD, que reitera que o consumo de canábис, ou de qualquer outra droga, é um problema de saúde pública que não se resolve através da sua legalização. O SICAD tem vindo também a referir a necessidade de se reforçar e priorizar as ações preventivas, as quais devem ser a pedra de toque no modelo de resposta integrado, de se equacionar a criação de novas respostas que atendam às necessidades dos utentes da área da redução de riscos e minimização de danos, bem como facilitar o encaminhamento destes utentes para as estruturas de tratamento. Esses sim, deveriam ser os pontos que os nossos deputados deveriam estar a discutir e a dar soluções que passam essencialmente pelo reforço de dotação orçamental para esta área.

Embora se possa compreender o esforço político legislativo sobre a canábis em países onde o consumo é crime, em Portugal há 20 anos que esse problema não existe. De facto, desde novembro de 2001 que a aquisição, a posse e o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Consumir substâncias psicoativas ilícitas, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social. Esta mudança na legislação portuguesa, vulgarmente chamada de Lei da descriminalização do consumo (Lei nº30/2000, de 29 de novembro) alterou a forma como se olha para um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considerá-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado. A lei da descriminalização tornou Portugal um exemplo e um caso de estudo a nível global.

São muitos os problemas de saúde causados pela canábis, que passam pelo seu efeito aditivo e a toxicodependência, efeitos adversos decorrentes da utilização durante a gravidez e na adolescência, o desenvolvimento de psicoses e esquizofrenias, os efeitos carcinogénicos da canábis fumada, e uma miríade de outro tipo de efeitos tóxicos e adversos, como os pensamentos suicidas, a redução da capacidade de concentração e de memória, as distorções nas percepções de profundidade do espaço e de tempo, a descoordenação motora, os problemas na fala e visão desfocada (efeitos frequentemente relacionados com dificuldades de aprendizagem dos jovens e, ainda, de acidentes de trabalho ou de viação nos adultos) ou a síndrome de abstinência.

Fica assim por perceber a razão que leva a que os nossos representantes na Assembleia da República a apresentar legislação que não é solicitada pelos que mais sofrem com as consequências do abuso de drogas e pelos técnicos de saúde que tratam as suas vítimas. Por outro lado, sabemos que as pressões dos *lobbies* dos produtores de canábis, cujo único objetivo é apenas comercial, são cada vez mais determinantes nas movimentações dos meios de comunicação social, e, na minha opinião, de certas opções políticas. Duas questões pertinentes que se devem colocar são (1) “que tipo de mensagem se dá aos jovens?” – não será difícil de perceber que a perceção de risco irá diminuir com a legalização, tal como aconteceu anteriormente com as NSP, quando estas eram legais, levando a um grave problema de consumo e alarme social; (2) “Que tipo de mensagem se dá aos pais e outros encarregados de educação ou aos técnicos de saúde?” – aqui a legalização será desmoralizante, retirando-lhes argumentos dissuasores.

Acresce o facto de que os argumentos que são utilizados pelos movimentos de legalização de canábis e por alguns políticos, como o negócio do narcotráfico, a corrupção e as questões de qualidade do produto consumido, são aplicáveis a qualquer droga (e.g. cocaína, heroína, LSD, psilocibina, ketamina, canabinóides sintéticos, ...). É isso que os nossos políticos pretendem para o nosso futuro? A legalização de todas as drogas, começando pela canábis? A este respeito, um olhar atento nos meios de comunicação social dá já conta da movimentação que se tem verificado no sentido da legalização das drogas psicadélicas (incluindo, claro, o apelo à utilização terapêutica da psilocibina, *ecstasy*, LSD, ou a *ayahuasca*, como aconteceu anteriormente com a canábis).

Outro argumento recorrente dos defensores da legalização da canábis refere-se à comparação da canábis com o álcool, no que concerne ao respetivo impacto na saúde pública. Aqui eu diria que a sociedade tem, de facto, um problema grave de saúde pública causado pelo abuso de outras substâncias psicotrópicas como o tabaco e o álcool. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabaco é a maior causa de morte evitável no mundo de hoje. Mata 5,4 milhões de pessoas por ano. Se não for controlado, esse número aumentará para mais de 8 milhões por ano até 2030. Relativamente ao álcool, a OMS refere que a nível mundial, 3,3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,9 % de todas as mortes, constituindo também um fator causal em mais de 200 condições de doença e lesões. Estes dois exemplos constituem um paradigma relativamente ao fardo que as substâncias com potencial aditivo podem constituir para a sociedade, uma vez fazendo parte permanente do seu quadro social. O problema com a legalização da canábis para uso recreativo poderá ser o agravamento do fardo de saúde pública na nossa sociedade, pois o tabaco e o álcool não desaparecem, nem tão pouco o tráfico da canábis no mercado negro (através de preços mais competitivos e maior potência da droga). Pessoalmente, considero que alguns deputados estão a jogar os dados da sorte e do azar num jogo de elevado risco para todos, numa atitude de consequências imprevisíveis e sem retorno.

A NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (NSP)

No virar do século, o mundo foi confrontado com um desafio excecional na área das drogas e toxicodependências – o aparecimento e ressurgimento de novas substâncias psicoativas (NSP) – substâncias estupefacientes ou psicotrópicas, puras ou em preparação, que não se encontram controladas pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, mas que podem representar uma ameaça à saúde pública comparável às substâncias incluídas nestas convenções. Têm sido incluídas neste grupo novas substâncias obtidas: a partir da modificação da estrutura molecular de drogas conhecidas; através do desenvolvimento de novas substâncias que, embora não possuam estrutura semelhante às drogas clássicas, atuam nos mesmos recetores, resultando em efeitos psicoativos semelhantes; plantas ou fungos com efeitos psicoativos. Como exemplos bem conhecidos podem ser referidas as catinonas, os canabinóides e os opióides sintéticos, o *Kratom*, a *Salvia divinorum*, alguns derivados da cocaína, as fenilalquilaminas e as indolaminas. Estas NSP foram durante muito tempo facilmente adquiridas através de websites na Internet ou através de lojas especializadas – as chamadas *smartshops* ou *headshops*, de forma completamente livre e legal, por falta de legislação específica. No final de 2020, o OEDT monitorizava mais de de 800 NSP, das quais 46 foram comunicadas pela primeira vez na Europa em 2020. De notar que, desde 2015, são detetadas todos os anos na Europa cerca de 400 NSP anteriormente comunicadas. A velocidade, sem precedentes, com que as NSP têm aparecido e sido distribuídas em

todo o mundo torna difícil ou mesmo impossível avaliar em tempo útil os perigos para a saúde pública e os riscos sociais decorrentes do seu consumo e, portanto, uma boa compreensão dos potenciais danos dessas substâncias leva muito tempo a avaliar, o que explica a dificuldade do ajuste rápido da legislação sobre drogas a estas substâncias.

Como se poderá então legislar sobre este assunto?

Tal como é referido na página do SICAD, o “Conselho da Europa nos finais dos anos 90 criou uma *Joint Action* (1997) para se debruçar sobre as substâncias psicoativas que não se enquadravam dentro das regras definidas pelas convenções internacionais sobre drogas. A partir da Decisão n.º 2005/387/JAI, de 10 de maio de 2005, é ampliado o âmbito da referida *Joint Action* e definido o conceito de NSP, assim com é definido o intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo das NSP por instâncias Europeias, designadamente através do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA, OEDT) e do Conselho da Europa e a *European Union’s law enforcement agency* (EUROPOL). Nesta fase, é ainda criado o Mecanismo de Alerta Rápido (Early-Warning System - EWS) – um sistema europeu para a sinalização permanente e para a investigação sobre o surgimento de Novas Substâncias Psicoativas. Este dispositivo, no qual Portugal se encontra representado através do SICAD, possibilita o intercâmbio rápido de informação sobre Novas Substâncias Psicoativas entre os Estados-Membros, prevê uma avaliação dos riscos associados ao seu consumo e permite que as medidas aplicáveis ao controlo de

estupefacientes e substâncias psicotrópicas sejam também aplicáveis a estas novas substâncias. Em termos práticos, quando é detetada uma nova substância psicoativa no mercado europeu os vários Estados-Membros asseguram a transmissão de informações sobre o fabrico, o tráfico e o consumo dessa substância ao EMCDDA e à Europol através dos pontos focais nacionais da Rede Europeia de Informação sobre Droga e Toxicodependência (REITOX) e das Unidades Nacionais da Europol. A função-chave deste sistema é, portanto, assegurar a recolha e análise de informação rápida, relevante e fiável sobre as NSP, bem como sustentar a tomada de iniciativas para sujeitar as mesmas a medidas de controlo.”

A Comissão de Estupefacientes da União Europeia altera regularmente as listas das substâncias anexas às convenções com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que é aconselhada pelo seu Comité de Peritos em Toxicodependência. Portugal não tem neste momento direito de voto na Comissão de Estupefacientes, uma vez que tem o estatuto de observador e não de membro efetivo, mas deverá concertar a sua posição com os demais Estados Membros da União Europeia. O procedimento para a inclusão de novas substâncias psicoativas na definição de droga tem, então, como base uma avaliação dos riscos ou uma avaliação combinada dos riscos. A Comissão Europeia toma em consideração a questão de saber se o grau ou os padrões de utilização da NSP, a sua disponibilidade e o seu potencial de difusão na União são significativos e se os danos para a saúde causados pelo consumo da NSP, associados à sua toxicidade aguda ou crónica, e o risco de consumo excessivo ou o potencial de criar dependência, representam uma ameaça para a vida. Os danos para a saúde são

considerados uma ameaça para a vida se a nova substância psicoativa for suscetível de causar a morte ou uma lesão letal, uma doença grave, um grave distúrbio físico ou mental ou uma importante propagação de doenças, incluindo a transmissão de vírus pelo sangue. Além disso, a Comissão toma em consideração a questão de saber se os danos sociais causados pela nova substância psicoativa aos indivíduos e à sociedade são graves e, em particular, se o impacto da nova substância psicoativa no funcionamento da sociedade e na ordem pública é de molde a perturbar a ordem pública ou a provocar comportamentos violentos ou antissociais que causem danos ao utilizador ou a outras pessoas ou danos patrimoniais, ou se as atividades criminosas, incluindo a criminalidade organizada, associadas à nova substância psicoativa são sistemáticas, geram lucros ilegais importantes, ou implicam custos económicos significativos. Embora o modelo em funcionamento para inclusão de NSP nas listas do Decreto-Lei n.º 15/93, de 15 de janeiro (Lei de Combate à Droga), em que participa o SICAD e o INFARMED, sendo posteriormente aprovado em Conselho de Ministros, seja um modelo robusto, tem-se manifestado insuficiente e demasiado lento para fazer face ao aparecimento rápido de NSP no mercado europeu. São ainda poucas as drogas que foram incluídas nas listas do Decreto-Lei n.º 15/93, comparativamente às reais necessidades nesta matéria.

Na Região Autónoma da Madeira, a Assembleia Legislativa foi pioneira, a nível nacional, com a aprovação do Decreto Legislativo Regional n.º 28/2012/M, de 25 de outubro, que proíbe a venda livre e comercialização das «drogas legais», determinando o encerramento das *smartshops* e criando um regime contraordenacional de proibição das novas drogas não integradas nas tabelas

previstas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, baseado no sistema de alerta rápido e avaliação dos riscos das novas formas de consumo destas novas substâncias identificadas em listas próprias e atualizadas anualmente pelo OEDT. Neste decreto legislativo, foi aplicado um período de quarentena de 18 meses para as drogas não incluídas na lista, com inversão do ónus da prova. Ou seja, as novas substâncias psicoativas, com estrutura química e ou efeitos biológicos similares aos das drogas incluídas nas tabelas I e II de substâncias proibidas, do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ficam sujeitas a um regime cautelar de suspensão de venda, pelo período de 18 meses, o qual só poderá ser superado mediante comprovativo da entidade competente quanto à ausência de risco para a saúde. De notar que uma medida semelhante é implementada pela Agência Mundial de Antidopagem para as substâncias que podem ser utilizadas dentro e fora de competição.

Por sua vez, e na sequência do diploma da Região Autónoma da Madeira, a Assembleia da República pela Resolução n.º 5/2013, de 28 de janeiro, recomendou ao Governo da República a tomada urgente de medidas de combate ao consumo e comercialização de substâncias psicoativas não especificamente controladas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 15 de janeiro. O Governo, através de Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, definiu o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio de novas substâncias psicoativas, definindo-as como substâncias não especificamente enquadradas e controladas ao abrigo de legislação própria que, em estado puro ou numa preparação, podem constituir uma ameaça para a saúde pública, comparável às substâncias previstas nas tabelas previstas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Este decreto tem um

regime de quarentena de apenas 30 dias, que caduca se as substâncias detetadas não forem adicionadas à respetiva lista, o que ainda não aconteceu para qualquer caso até à presente data. Um aspeto a notar, quer para o Decreto Legislativo Regional n.º 28/2012/M, quer para o Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, é que ambas preveem a atualização das respetivas listas das NSP, embora tal nunca tenha sido concretizado, com a consequente diminuição do seu impacto e utilidade.

Outro aspeto importante é que apesar do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, prever a contraordenação da detenção de substância psicoativa para mero consumo próprio, com a remissão para a denominada «Lei da Droga», o legislador não criou o quadro legal que permita a identificação dos limites quantitativos máximos para cada dose média individual diária. Neste ponto, a Região Autónoma da Madeira foi uma vez mais pioneira na legislação, ao ter realizado a primeira alteração ao Decreto Legislativo Regional n.º 28/2012/M, através do Decreto Legislativo Regional n.º 7/2017/M, de 25 de outubro, que

aprova normas para a proteção dos cidadãos e medidas para a redução da oferta de «drogas legais», fazendo a adaptação dos valores do mapa que se refere o n.º 9.º da Portaria n.º 94/96, de 26 de março, de acordo com os mecanismos de ação das novas substâncias psicoativas e ou dados de utilização humana referidos na literatura científica. Espera-se que uma medida semelhante possa também ser concretizada a nível nacional, pelo menos no que concerne às NSP que foram já incorporadas nas listas do Decreto-Lei n.º 15/93.

O problema das NSP foi atenuado com o fecho das *smartshops*, mas está longe de se poder considerar satisfatoriamente resolvido. Sabe-se que as NSP continuam a estar disponíveis no mercado ilícito, tornando-se assim imperioso assegurar a proteção da saúde pública contra as novas ameaças decorrentes destas substâncias, evitando ao mesmo tempo o impacto negativo e os danos irreversíveis físicos e mentais decorrentes da sua utilização isolada ou em associação com outras drogas clássicas.

REFERÊNCIAS

Gonçalves-Pinho, M., Bragança, M. & Freitas, A. (2020). Psychotic disorders hospitalizations associated with cannabis abuse or dependence: a nationwide big data analysis. *International Journal Methods in Psychiatric Research*, 29 (1), e1813.

<https://doi.org/10.1002/mpr.1813>

OEDT (2021). *Relatório Europeu sobre Drogas 2021: tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

SICAD (2020). *Relatório Anual 2019 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: SICAD.

A diversificação dos padrões de consumo: atualizações que se impõem



Ximene Rêgo

[NOTA BIOGRÁFICA] Licenciada em psicologia (FPCE-UP) e doutorada em antropologia (ISCTE-IUL). Atualmente, é investigadora integrada no Centro de Investigação em Justiça e Governação (JusGov) da Universidade do Minho. Tem como interesses de investigação o Fenómeno Droga e as Políticas de Droga, a Justiça, a Insegurança e o Crime.

Purificação Anjos

[NOTA BIOGRÁFICA] Licenciada em psicologia. É profissional de saúde da área dos comportamentos aditivos e dependências desde 2001. Trabalhou na Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto, e atualmente exerce funções nas áreas da Prevenção e Redução de Riscos no CRI Porto Central – DICAD/ARSNorte.

INTRODUÇÃO

O mote da Lei nº 30/2000 de 29 de novembro – conhecida por lei da descriminalização – é o alargamento da *protecção sanitária e social* das pessoas que utilizam drogas ilegais, o que tem vindo a ser alcançado com sucesso (ver Quintas, 2014). O número de utilizadores enquadrados por alguma forma de resposta oferecida pelo dispositivo das drogas nunca foi tão elevado.¹ Entre as virtudes da nova lei, se considerarmos o conjunto de dispositivos forjados e implementados a par da mudança legislativa – e que lhe terá conferido o reconhecimento de modelo português das drogas – estará a deslocação, ainda que por vezes vacilante, da resposta da esfera da justiça para a esfera da saúde.

Esta mudança de paradigma é inextrincável do seu contexto sócio-histórico. Em 2000, o consumo problemático de heroína era o segundo mais elevado da Europa (EMCDDA, 2011) e a disseminação de doenças infecciosas entre utilizadores de drogas (e.g. HIV) era explosiva (Csete *et al.*, 2016). O repto consistia em elaborar políticas que se revestissem de um lado social e humano capaz de responder à situação de vulnerabilidade em que aqueles se encontravam. Todavia, a “realidade” revelou-se mais complexa do que a problematização do fenómeno poderia fazer prever, problematização essa que estava presa ao lado mais visível da questão – os consumos em contextos relegados de rua. As transformações que permearam as duas últimas décadas não fizeram

mais do que acentuar essa complexidade, convocando uma atualização das políticas de drogas a vários níveis. A conjuntura encerra oportunidades e desafios.

Entre os mais inescapáveis, estará o desafio colocado pela diversificação dos padrões de consumo. O panorama é marcado por uma expressiva heterogeneidade que afronta uma dicotomia simplista: aquela que aparta um pequeno número de consumidores de risco – muitas vezes, dependentes de heroína ou de base de cocaína, que alcançam grande visibilidade no espaço público, gerando alarme social – de uma vasta maioria de consumidores não dependentes (EMCDDA, 2014). Esse olhar binário faz ainda esbater as marcadas diferenças inter e intra tipologias de consumo, construindo e acentuando o estigma. A par, vai-se estabelecendo a normalização do uso de certas drogas – a canábis, o MDMA, a cocaína – sobretudo entre os mais jovens (Measham, Newcombe & Parker 1998; Parker, Williams & Aldridge 2002), mas não exclusivamente, introduzindo-se também e, cada vez mais, especificidades etárias e geracionais.

Portugal não é alheio a estas dinâmicas (ver Trigueiros e Carvalho, 2010) e tem tomado nota, sobretudo através da investigação etnográfica, dos comportamentos de autocuidado evidenciados pelos utilizadores (Carvalho, 2007) e dos seus usos não-problemáticos, que são a generalidade (Cruz, 2015). Nestes, as motivações hedonísticas (Ibid.) e valores como a fuga, a celebração e o contraquotidiano (Calado, 2006) alcançam uma

1 Ver dados disponibilizados pelo SICAD: relatórios anuais sobre *A Situação do País Em Matéria de Drogas* entre 2003 e 2020, disponível em <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes>.

preponderância central.² A diversidade de motivações subjacente ao uso de drogas e os sentidos sociais e culturais atribuídos às experiências psicotrópicas assinalam uma ampla variedade de cosmovisões entre os seus utilizadores (Rêgo, Grèn & Cruz, 2019). Entretanto, o policonsumo, para o qual o uso de álcool concorre, será o padrão mais comum (EMCDDA, 2009), tornando as fronteiras normativas, que distinguem substâncias legais de ilegais, cada vez mais contraditórias e menos operantes enquanto referencial do risco.

O uso de drogas constituirá, então, um traço relevante da diáde lazer-prazer, central a alguns estilos de vida (Pennay & Measham, 2016), em que a busca constante por novidade e por diversidade se estabelece como pilar da identidade individual, esta definida, em larga medida, pelo que se elege consumir (Giddens, 1996). Em linha, e porque à ampliação da procura tende a corresponder a ampliação da oferta, o panorama psicotrópico é descrito como particularmente dinâmico, a disponibilidade de substâncias elevada ou crescente e as novas substâncias psicoativas, apesar de limitadas – e de discutíveis enquanto categoria (Potter & Chatwin, 2017) – continuam a colocar desafios (EMCDDA, 2018), ainda que pareçam estar ao largo das preferências dos utilizadores portugueses (Calado, Lavado & Dias, 2017).

O tropel de transformações não está circunscrito aos padrões de consumo e à expansão da oferta. Os processos de “globalização” e as inovações no campo das tecnologias de informação têm

coadjuvado a emergência do comércio de drogas *online*, o que revoluciona parcialmente estes mercados (Bartlett, 2014; Martin, 2014), fazendo deslocar parte das transações para territórios virtuais (Sui *et al.*, 2015; Aldrige & Decary-Hétu, 2016), ao mesmo tempo que facilita o acesso a novas e a velhas drogas (EMCDDA, 2014; 2018). Em consonância, surgem comunidades de consumidores que interagem, comprando e trocando experiências *online* (Calado, 2006; Van Buskik *et al.*, 2017; Van Hout & Bingham, 2014; Rêgo, Grèn & Cruz, 2019).

Outros desafios vêm ainda a ser colocados ao proibicionismo global (Levine, 2003), nomeadamente a oposição a políticas públicas punitivas (Tupper, 2012) e a ampla defesa quer de políticas baseadas na evidência-científica (MacGregor, Singleton & Trautman, 2014) quer de políticas que contemplem os Direitos Humanos (Bone, 2020), consubstanciando o que alguns designam de movimento transformador (Anjos, 2019). Não obstante o texto final da UNGASS (2016) continuar a pugnar por uma sociedade livre de drogas (ver Maia Costa, 2017), observa-se uma multiplicidade de regimes jurídicos que pulverizam o proibicionismo, ensaiando-se alternativas legislativas, nacionais, estaduais e locais, que procuram maior concertação com as realidades que enfrentam.

O presente artigo analisa criticamente alguns dos desenvolvimentos registados no dispositivo das drogas desde 2001, nomeadamente: 1) o restabelecimento do crime de consumo para as quantidades acima do estipulado; 2) algumas das

2 Outros trabalhos têm chamado a atenção para a existência de usos recreativos (Aldridge, Measham & Williams, 2011), socialmente integrados (Pavarin, 2016), funcionais (Smith & Smith, 2005) ou religiosos (Feeney & Labate, 2014), para mencionar apenas alguns.

contradições que as práticas das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência encerram e 3) as hesitações que têm marcado a implementação de medidas de Redução de Riscos. O argumento é o de que, em diversos momentos e a diferentes níveis, essa resposta se tem mostrado conservadora, erodindo o carácter da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga (1999), seja por contrariar o espírito da lei da descriminalização, seja por dificultar o acompanhamento da evolução do fenómeno com a construção de respostas seguras, adequadas e que mais claramente apartem os danos do estigma historicamente associado às drogas e aos seus utilizadores. Terminamos com um conjunto de sugestões para a prática.

1. O CRIME DE CONSUMO E O ESCALAR DA PUNITIVIDADE

Em 2008, não sem certa dose de controvérsia ou mesmo de névoa jurídica (Fonseca, 2006; Maia Costa, 2017; Cardoso, 2021), o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) restabeleceu o crime de consumo (art.º 40º do Decreto-Lei nº 15/93 de 22 de janeiro), revogado em 2000 pela lei da descriminalização, recriminalizando, por essa via, o uso de drogas, sempre que as quantidades identificadas são superiores ao consumo médio individual para dez dias (acórdão nº 8/2008 de 5 de agosto).³ Em 2014,

o Tribunal Constitucional validou aquela posição (acórdão nº 587/2014 de 3 de dezembro). A jurisprudência produzida, embora não sendo vinculativa, é atualmente utilizada como instrumento uniformizador das decisões judiciais, atingindo especificamente a situação dos utilizadores de drogas. De salientar que as sanções aplicadas, nestes casos, pelos tribunais não são dirigidas a consumidores-trafficantes ou a trafficantes *tout court*, os quais permanecem enquadrados pelo Decreto-Lei nº 15/93 de 22 de janeiro, mas exclusivamente a pessoas que são apenas, e comprovadamente, utilizadores de drogas.⁴

A posição do STJ pode ser vista como conservadora, na medida em que entende que a Lei nº 30/2000 de 29 de novembro pretendia “apenas, e tão só, descriminalizar as situações que (...) considerava revestirem-se de menor gravidade” (acórdão nº 8/2008 de 5 de agosto: 5236). Dessa interpretação, resulta um paradoxo – ainda que tendo descriminalizado o uso de todas as drogas ilegais, Portugal regista um número crescente de pessoas sancionadas criminalmente pelo uso de drogas (Maia Costa, 2017; SICAD, 2020; Rêgo *et al.*, 2021). Em 2019, o acórdão nº 8/2008 de 5 de agosto foi explicitamente citado em cerca de 99% das condenações, que têm registado um acréscimo significativo (SICAD, 2020:128). Algumas delas, ainda que minoritárias, incluem penas de prisão

3 As quantidades são estabelecidas pela portaria nº 94/96 de 26 de março de 1996.

4 A lei da descriminalização estabelece quantidades que não devem ser excedidas, mas não prevê sanções legais para aqueles que, sendo consumidores, detêm quantidades superiores ao estabelecido. A posição do STJ visou esclarecer uma das incertezas abertas pela nova lei, nomeadamente sobre a possibilidade (desconcertante) de um consumidor identificado com quantidades inferiores ao estabelecido ver o seu comportamento sancionado como contra-ordenação e outro, com quantidades superiores, não sofrer qualquer sanção, visto estas escaparem à direta previsão da lei. A dificuldade em categorizar certos casos está descrita (ver Domoslawski 2011).

efetiva. É assim que, nesse ano, foram condenadas 1883 pessoas sob a Lei da Droga: 42% pelo crime de consumo e 58% pelo crime de tráfico (Ibid.).

Entre 2010 e 2019, enquanto as condenações pelo crime de consumo registam um aumento, as condenações pelo crime de tráfico registam uma diminuição (SICAD, 2020). Esta circunstância pode indiciar uma mudança nas prioridades das forças de segurança, que gozam de certo poder discricionário (Quintas & Arana, 2017), de diferentes práticas sentenciárias (Laqueur, 2014; Quintas & Firmiano, 2018) ou de uma combinação de ambas. As medidas administrativas – ou seja, operadas pelas CDT – e, em particular, as tendências de 2010 a 2019, também registaram um aumento global (SICAD, 2020). Apesar das medidas suspensivas serem predominantes (80%), é de notar que a punitividade não é um exclusivo penal.

2. AS CONTRADIÇÕES DAS CDT

O modelo português opera a censura social sobre o uso ilegal de determinadas substâncias, responsabilizando o consumidor pelo incumprimento desse dever normativo através das medidas administrativas que aplica. Estas dependem quer da natureza do consumo quer da aceitação voluntária de tratamento. À luz dos princípios humanistas, o desenho empírico do corpo de trabalho das CDT permite equacionar como a bondade do desígnio “antes tratar que punir”, configura uma visão protecionista (Quintas & Antunes, 2015) e paternalista (Laqueur, 2014) do utilizador de drogas, a quem se pretende “estimular a (...) adesão ao tratamento, ou a decisão de abstinência de consumo” (Decreto-Lei nº 130 A/2001:2334 de 23 de abril).

Completados 20 anos de funcionamento das CDT e olhando para a consistência dos dados recolhidos (ver Relatórios Anuais do SICAD), é inequívoco afirmar que o perfil das pessoas que nelas se apresentam praticamente se reduz ao de consumidores não toxicodependentes. Desde a sua abertura, a expectativa de que estas estruturas se destinassem especialmente a toxicodependentes – tal como a própria designação das Comissões estabelece – tem sido repetidamente malograda. Logo em 2001, a categoria “não toxicodependentes” correspondeu a 68% dos utilizadores identificados pelas autoridades, valores que se mantêm em crescimento, traduzindo-se, nos últimos anos, em 90% dos casos. Acresce que a maioria dos utilizadores toxicodependentes integra já a rede nacional de cuidados de saúde especializados.

Considerado o perfil da larga maioria dos utilizadores trazidos à presença das CDT, é de observar que a aplicação da lei transporta o anacronismo de ter deixado de se destinar àqueles para quem foi primordialmente criada e que se comprometia cuidar, restando agora um investimento dirigido a utilizadores cuja natureza dos consumos não requer tratamento e para os quais não tem vocação expressa. Por outro lado, a comparência dos consumidores nestas estruturas de saúde é obrigatória. Este trâmite faz concorrer os princípios de salvaguarda das liberdades e garantias dos cidadãos e da necessária autorização esclarecida perante qualquer intervenção no domínio da saúde, especialmente quando não estão em causa questões criminais ou sanitárias associadas, nem aquela é expressamente requerida pela pessoa. A questão é a de esclarecer quais são os limites e os alcances éticos da arquitetura atual da dissuasão, sobretudo perante a sua população de consumidores de perfil não toxicodependente (Stevens, 2012).

3. AS HESITAÇÕES NA REDUÇÃO DE RISCOS

À semelhança do que sucedia com as CDT, o objetivo inicial das políticas de Redução de Riscos – que constituem, no terreno, a alternativa ao modelo médico-psicológico da droga-doença e das terapias centradas na abstinência – era o de dar resposta a utilizadores de difícil acesso, resistentes à abordagem dos serviços sócio-sanitários tradicionais; grosso modo, os consumidores de heroína e de base de cocaína, ditos “de carreira”, especialmente marginalizados e fragilizados do ponto de vista psicossocial e da saúde (Pinto *et al.*, 2015). Tal veio a ocorrer com razoável sucesso, se atendermos à cobertura (quase) nacional dos programas de troca de seringas e dos programas de substituição opiácea, bem como da intervenção dirigida às doenças infecciosas (HRI, 2020). Não se pode dizer o mesmo acerca da implementação de salas de consumo assistido, uma medida prevista na lei há duas décadas, e que continua a enfrentar resistências.⁵ Há outras dificuldades a apontar.⁶

A reboque da diversificação dos padrões de consumo, a intervenção tem vindo a alargar o seu espectro a uma população distinta daquela que havia sido o seu alvo inicial, percorrendo assim o caminho da rua para a festa (ver Soares *et al.*, 2017).

Com uma história indissociável do ativismo anti-proibicionista, o trabalho desenvolvido pelas equipas vocacionadas para os usos recreativos, festivos ou lúdicos concede que a utilização de substâncias psicoativas não é necessariamente problemática, admitindo também que as pessoas não se servem unicamente de parâmetros de segurança, mas igualmente de outros relacionados com o prazer, cujo equilíbrio deve ser gerido. Por este motivo, tendem a preferir abordagens de gestão de prazeres e de riscos.

É a intervenção que privilegia o bem-estar do utilizador de drogas, e menos a patologia e as questões sanitárias, a que tem enfrentado alguns dos maiores obstáculos, desde logo a hesitação na implementação alargada de serviços de *drug checking*, cruciais para assistir o utilizador de drogas numa escolha segura e informada.⁷ Este percurso ilustra bem a disrupção com o paradigma proibicionista, mas afastando-se dos discursos tradicionais hegemónicos, centrados ora no crime ora na patologia, constitui frequentemente uma abordagem periférica, vulnerável e subfinanciada (HRI 2016).

⁵ Lisboa conta com uma sala de consumo assistido, a funcionar desde maio de 2021, e de uma unidade móvel a funcionar desde abril de 2019. Há, neste momento, um concurso aberto para a instalação de uma sala de consumo assistido no Porto.

⁶ Entre elas, a ausência de programas de troca de seringas em meio prisional e a escassez na prescrição de naloxona para uso ambulatorio, nomeadamente para uso entre Pares, de programas elaborados para intervir sobre o policonsumo (incluindo o uso de álcool quando combinado com substâncias ilegais) e de programas que evidenciem maior sensibilidade às questões de género.

⁷ Há algumas exceções a apontar. O projeto Check-!N Free Mind e a associação Kosmicare fazem intervenções pontuais em festivais e festas, e a Kosmicare opera um serviço de drug checking, em Lisboa, dois dias por semana, desde novembro de 2019.

NOTAS FINAIS – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As políticas portuguesas de drogas – não obstante o carácter inovador da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga (1999) – têm sido marcadas, a diferentes níveis, por certa dose de conservadorismo, revelando os resquícios de argumentos que tendem a olhar o fenómeno droga através das lentes da transgressão. A “realidade” revela que as “drogas” estão longe de se desdobrar somente nas margens da sociedade e que a ampliação da procura de uma maior variedade de substâncias psicoativas pode bem constituir um traço da transformação sociocultural contemporânea.

A manter-se, na esfera jurídica, a escalada da punitividade dirigida aos utilizadores de drogas ilegais contraria a inclinação, na Europa e noutros pontos do globo, para adoptar políticas menos sancionatórias do consumo (EMCDDA, 2008). Parece, pois, necessário reforçar o espírito da lei da descriminalização, devolvendo o uso de drogas exclusivamente à esfera contraordenacional. Tal, pode implicar um ajustamento das medidas, a atualização da antiga portaria nº 94/96, entre vários outros aspetos específicos de redação legislativa, que especialistas da área do Direito têm também vindo a reclamar (Cardoso, 2021; Maia Costa, 2017).

A diversidade de padrões de consumo não se coaduna com a categorização binária de toxicodependente/não toxicodependente utilizada pelas CDT, que se tornou extemporânea e inapropriada na sua comunicação com a maioria dos utilizadores de drogas que nelas se apresentam. São necessárias classificações inscritas na lei com níveis mais precisos para melhor acomodar a transformação sociocultural das últimas décadas.

Estes níveis podem considerar ainda a eventual gravidade social do ilícito e ter especial atenção aos casos de jovens menores de idade. Além disso, considerando que o consentimento e a autodeterminação são aspetos cruciais de salvaguarda dos Direitos Humanos e de qualquer intervenção no âmbito da saúde, endossamos que a comparência perante as CDT, ao invés de obrigatória, esteja condicionada ao consentimento, aspeto que não inibe a determinação de medidas administrativas aplicáveis. A decisão de se submeter a qualquer tipo de diagnóstico, avaliação ou intervenção em saúde cabe ao cidadão, no âmbito dos seus direitos, liberdades e garantias – como o reconhece, por exemplo, a Lei de Saúde Mental. Caso contrário, criar-se-ia um regime de exceção.

Por fim, considerando que os utilizadores de drogas ilegais com padrões não problemáticos são a larga maioria, é necessária a multiplicação das equipas e a ampliação da oferta de serviços psicossociais que desenvolvam abordagens compreensivas inspiradas nos princípios da Redução de Riscos, com capacidade de se mover em contextos diversificados: *indoor*, *outdoor* e *online*. Entre outras, a necessidade emerge do facto de Portugal ser um país com tradição de festivais organizados em territórios ao ar livre, não “urbanos”, frequentemente isolados, e que, na generalidade, carecem da presença de equipas de Redução de Riscos, quando não mesmo de serviços de emergência médica básicos. Outra emerge do reconhecido hábito das comunidades *online* recorrerem à *web* para recolher informação sobre drogas ilegais, incluindo estratégias de Redução de Riscos. O recurso a ferramentas *online* tende a aumentar quando a informação procurada é complexa e as experiências com determinadas substâncias são escassas nas comunidades *offline* (Rêgo, Grèn & Cruz, 2019).

As redes sociais e os fóruns virtuais de utilizadores representam assim, como avançado por Vale Pires e colaboradores (2016), uma oportunidade para a implementação de medidas de Redução de Riscos.

A sensibilização para estes desafios é crucial, bem como a permanente monitorização e atualização, com base na evidência científica, do dispositivo das drogas, na pretensão de melhor responder aos cidadãos e manter vivo o espírito da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.

REFERÊNCIAS

- Anjos, P. (2019). O movimento transformador do sistema internacional de controle das drogas – desafios para o modelo português de descriminalização e para a intervenção em dissuasão. In P. Fraga P & M. Carvalho (Eds.), *Drogas e Sociedade: estudos comparados Brasil e Portugal*. Rio de Janeiro: Letra Capital Ed, 71-87.
- Aldridge, J., Measham, F. & Williams, L. (2011). *Illegal Leisure Revisited: changing patterns of alcohol and drug use in adolescents and young adults*. Londres: Routledge (2ª ed.).
- Aldridge, J. & Décary-Héту, D. (2016). Cryptomarkets and the future of illicit drug markets. In J. Mounteney & P. Griffiths (Eds.), *The Internet and Drug Markets*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 23-30.
- Bartlett, J. (2014) Dark net markets: the eBay of drug dealing. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/society/2014/oct/05/dark-net-markets-drugs-dealing-ebay>
- Bone, M. (2020). *Human Rights and Drug Control*. Londres: Routledge.
- Calado, V. (2006). *Drogas sintéticas. Mundos culturais, música trance e ciberespaço*. Lisboa: IDT.
- Calado, V., Lavado, E. & Dias, L. (2017). *Novas Substâncias Psicoativas e Outras Drogas. Inquérito ao público do festival NOS Alive - 2017*. Lisboa: SICAD.
- Cardoso, R. (2021). O crime de consumo de estupefacientes. In R. Cardoso et al., *Tráfico e Consumo de Estupefacientes e Substâncias Dopantes*, Lisboa: CEJ, 261-304. http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/penal/eb_Trafico_Droga.pdf
- Carvalho, M. (2007). *Culturas Juvenis e Novos Usos de Drogas em Meio Festivo. O trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Csete, J. et al (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-1480.
- Cruz, O. (2015). Nonproblematic illegal drug use: drug use management strategies in a Portuguese sample. *Journal of Drug Issues*, 45(2), 133-150.
- Domosławski, A. (2011). *Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*. Varsóvia: Open Society Foundations.
- Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga (1999). www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/48/ENcomissao.pdf
- EMCDDA (2008). *Selected Issue: towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- EMCDDA (2009). *Polydrug Use: patterns and responses*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- EMCDDA (2011). *Drug Policy Profiles – Portugal*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

- EMCDDA (2014). *European Drug Report: trends and developments*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- EMCDDA (2018). *European Drug Report: trends and developments*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Feeney, K. & Labate, B. (2014). The expansion of Brazilian Ayahuasca religions: law, culture and locality prohibition. In B. Labate & C. Cavnar (Eds), *Religious Freedom and Human Rights: regulating traditional use*. Berlim: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-40957-8_6
- Fonseca, C. (2006). Consumo de drogas: crime ou contra-ordenação?. *Saúde Mental*, 8 (4), 39-51.
- Giddens, A. (1996). *Modernity and Self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- HRI (2016). *The Global State of Harm Reduction 2016*. Londres: Harm Reduction International.
https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf
- HRI (2020). *The Global State of Harm Reduction 2020*. Londres: Harm Reduction International.
https://www.hri.global/files/2021/03/04/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA_Web.pdf
- Laqueur, H. (2014). Uses and abuses of drug decriminalization in Portugal. *Law Soc Inq.*, 40(3), 746-81.
- Levine, H. (2003). Global drug prohibition: its uses and crises. *International Journal of Drug Policy*, 14(2), 145-53.
- MacGregor, S., Singleton, N, & Trautman, F. (2014). Towards good governance in drug policy: evidence, stakeholders and politics. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 931-934.
- Maia Costa, E. (2017) Consumo de estupefacientes: evolução e tensões no direito português. *Julgar*, 32, 161-80.
- Martin, J. (2014). Lost on the Silk Road: online drug distribution and the 'cryptomarket'. *Criminology & Criminal Justice*, 14(3), 351-367.
- Measham, F., Newcombe, R. & Parker, H. (1998). The normalization of recreational drug use amongst young people in North-West England. *British Journal of Sociology*, 45(2), 287-312.
- Parker, H., Williams, L. & Aldridge, J. (2002). The normalization of 'sensible' recreational drug use: further evidence from the North West England longitudinal study. *Sociology*, 36(4), 941-64.
- Pavarin, R. (2010). First consumers, then socially integrated: results of a study on 100 Italian drug users who had never turned to public or private addiction services. *Substance Use and Misuse*, 51(7), 892-901.
- Pennay, A. & Measham, F. (2016). The normalisation thesis: 20 years later. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(3), 187-189.
- Pinto, M. et al. (2015). *The Austerity Measures and the Portuguese Model on Drugs: an exploratory mixed method research*. Vila Nova de Gaia: APDES.
- Potter, G. & Chatwin, C. (2017). Not particularly special: critiquing 'NPS' as a category of drugs. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 25(4), 329-336.
- Quintas J. (2014). Estudos sobre os impactos da descriminalização do consumo de drogas em Portugal. In C. Lemos, C.A. Marona & J. Quintas (Eds.), *Drogas: uma nova perspectiva*. S. Paulo: Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 65-81.
- Quintas, J. & Antunes, H. (2015). Das leis das drogas, seus públicos e seus limites. Ensinaamentos das experiências contemporâneas de descriminalização. In M. I. Cunha (Org.), *Do Crime e do Castigo: temas e debates contemporâneos*. Lisboa: Mundos Sociais, 23-43.

- Quintas, J. & Arana, X. (2017). Decriminalization, different models in Portugal and Spain. In E. Savona, M. Kleiman & F. Calderoni (Eds.), *Dual Markets. Comparative approaches to regulation*. Berlim: Springer, 121–144.
- Quintas, J. & Firmiano, J. (2018). Decisões judiciais em matéria de drogas em São Paulo e em Portugal: Estudo comparativo de sentencing. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 143, 245-287.
- Rêgo, X. et al. (2021). 20 years of Portuguese drug policy - developments, challenges and the quest for human rights. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, 59. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00394-7>
- Rêgo, X., Grèn, J. & Cruz, O. (2019). From ancient organic to the newest synth: building trust in drug users' communities. In Z. Kaló Z, J. Tieberghien & D. Korf (Eds.), *Why? Explanations for drug use and drug dealing in social drug research*. Berlim: Pabst Science Publishers, 137-53.
- SICAD (2020). *Relatório Anual 2019. A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: SICAD.
- Smith, M. & Smith, P. (2005). The problem of drug prohibition for drug users: a Mertonian analysis of everyday experience. *Electronic Journal of Sociology*, 7.
- Soares, M et al. (2017). Tackling harm reduction, human rights and drug uses on recreational environments: tensions, potentialities and learnings from the Kosmicare project (Portugal). *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 112, 3-24.
- Stevens, A. (2012). The ethics and effectiveness of coerced treatment of people who use drugs. *Human Rights and Drugs*, 2(1), 7-15.
- Sui, D., Caverlee, J. & Rudesill, D. (2015). *The Deep Web and the Darknet: a look inside the Internet's massive black box*. Washington: Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Trigueiros, L. & Carvalho, M. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Toxicodependências*, 16(3), 29-44.
- Tupper K. (2012). Psychoactive substances and the English language: 'drugs', discourses, and public policy. *Contemporary Drug Problems*, 39(3), 461-492.
- UNODC (2016). *Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*. Nova York: United Nations publications.
- Vale Pires, C., Caudevilla Gálligo, F. & Valente, H. (2016). Netreach work: implementing web-based harm reduction. Evaluating potential hazards of new trends in psychoactive substance use – literature review of 'risk assessment' procedures". *Adiktologie*, 16(2), 182-187.
- Van Burskirk, J. et al. (2017). Trends in new psychoactives substances from surface and "dark" net monitoring. *The Lancet*, 4(1), 16-18.
- Van Hout, M. C. & Bingham, T. (2014). Responsible vendors, intelligent consumers: Silk Road, the online revolution in drug trading. *The International journal of drug policy*, 25(2), 183–189.

Saúde pública e redução de riscos: o espaço dos discursos subjugados



Helena Valente

|NOTA BIOGRÁFICA| Psicóloga, pós-graduada em Direitos Humanos pela Escola de Direito da Universidade do Minho e doutoranda em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, com foco na avaliação de programa de intervenção comunitária. Trabalha desde 2004 com pessoas que usam drogas e atualmente é membro da Associação Kosmicare onde faz supervisão científica e técnica.

Daniel Martins

|NOTA BIOGRÁFICA| Químico, trabalha na área de redução de riscos há mais de 10 anos. É membro da Associação Kosmicare, onde coordena o serviço de Drug Checking. Actualmente é também investigador no centro de Investigação em Química, na Faculdade de Ciências da Universidade do Porto onde está a desenvolver um projecto de doutoramento na área das Novas Substâncias Psicoativas.

A maioria dos programas de educação para a saúde e intervenções disponíveis para as pessoas que consomem drogas é alicerçada nos princípios básicos da saúde pública, com uma atenção centrada nos riscos e na saúde. Contudo, a experiência de serviços que contactam com pessoas que usam drogas, como a Kosmicare¹, tem-nos mostrado que a decisão de consumir drogas é construída ponderando outros fatores, sendo o prazer um dos mais importantes. Tal não significa que as pessoas que consomem drogas não valorizam uma ideia de saúde, mas sim que este é apenas um dos fatores em negociação no momento de decidir consumir drogas. O desencontro na definição de saúde, bem-estar e autocuidado entre profissionais e pessoas que consomem drogas continua a constituir-se como um dos principais obstáculos ao sucesso das intervenções nesta área.

Apesar da redução de riscos e minimização de danos (RRMD) ter surgido enquanto resposta auto-organizada de pessoas que consumiam drogas num momento de crise, é atualmente uma estratégia de intervenção maioritariamente promovida por organizações governamentais e não-governamentais, concentrando a sua abordagem na redução dos potenciais riscos do consumo. No recente livro *Drug use for Grown-ups* (2021), Carl Hart reflete sobre o termo redução de riscos, assumindo que este é demasiado simplista ao focar a intervenção num fenómeno tão complexo como é o uso de drogas apenas nos riscos, reforçando as suas conotações negativas e ofuscando o facto da maioria das pessoas consumir drogas como uma forma de

alcançar a felicidade. De alguma forma, a redução de riscos poderá hoje ser vista como uma abordagem essencialmente sanitária ao consumo de drogas. Apesar de se ter constituído como uma mudança de paradigma no que toca à intervenção e ao papel das pessoas que usam drogas, não deixa de reforçar um discurso hegemónico que associa sempre o consumo de drogas à ideia de risco.

Partindo da discussão que temos realizado enquanto Kosmicare acerca dos programas de intervenção, propomos uma reflexão sobre o presente da RRMD e a construção de novas abordagens para o futuro.

OS RISCOS E A SAÚDE

A RRMD apoia-se no conceito de saúde para a definição dos seus objetivos interventivos e na avaliação dos seus resultados. Desta forma, a discussão do que é saúde torna-se central na discussão do estado atual da RRMD.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”(WHO, 1948). Apesar de revolucionária quando proposta em 1948, esta visão tem desde então sido alvo de diversas críticas (e.g. Jadad, 2008; Lancet, 2009). Do ponto de vista operacional, os requisitos necessários para uma “saúde completa” colocariam a maioria da população fora desta definição de saudável. A rápida evolução da tecnologia médica e metodologias de diagnóstico permitem detetar anomalias e categorizar condições que, na maioria dos casos, não são causadoras

1 www.kosmicare.org – A Kosmicare é uma organização sem fins lucrativos que trabalha para a promoção de padrões de consumo seguros e informados e para a implementação de políticas e intervenções mais humanas e baseadas na evidência.

de doença. No caso das drogas, os discursos medico-científicos dominantes, incluindo, por vezes, o de quem trabalha em RRMD, patologizam qualquer uso de substâncias psicoativas ilícitas. Esta definição de consumo como algo problemático incompatibiliza necessariamente o uso de drogas com um estado de saúde completa. Nesta abordagem, ninguém que consuma drogas poderá ser considerado saudável.

No texto *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943) o médico Georges Canguilhem rejeita a ideia de estados de saúde normais e anormais, defendendo que a saúde varia de pessoa para pessoa dependendo das circunstâncias. A visão de Canguilhem põe a pessoa, e não a médica², no centro da definição de saúde. A pessoa é considerada autoridade autodeterminada para definir o seu estado e objetivos de saúde. A médica torna-se uma mera parceira no trabalho de atingir metas definidas pelas próprias pessoas (Lancet, 2009). Huber *et al.* (2011) argumentam que a definição de saúde da OMS é contraproducente ao minimizar a capacidade humana de gerir os sucessivos desafios físicos, emocionais e sociais com que se depara, assim como de funcionar na plenitude com um sentimento de bem-estar, mesmo com uma doença crónica ou incapacidade.

De igual forma, as abordagens positivistas consideram que o risco é preexistente na natureza, sendo um fenómeno objetivo e mensurável. Por

oposição, a perceção do risco formada pelas pessoas é invariavelmente considerada subjetiva e não-científica. A antropóloga Mary Douglas (1990) questionou este modelo realista do risco e defendeu que noções dominantes de risco e segurança são construídas através de processos sociais, culturais e políticos, e não por processos meramente científicos. Douglas (1992) afirmou que o Risco é o substituto secular do Pecado nas sociedades ocidentais, tendo a função de inibir determinados comportamentos, incutindo nas pessoas a necessidade de não abalar a ordem e o status quo.

Em certos contextos, alguns perigos tornam-se riscos e outros não – enquanto o perigo é algo que pode causar dano, o risco é a possibilidade, alta ou baixa, do perigo causar de facto dano. Pensemos por exemplo no caso do consumo de metanfetamina e de d-anfetamina. A metanfetamina é uma das drogas socialmente mais demonizadas, sendo frequentemente o seu consumo relacionado com dependência, deficiências cognitivas, destruturação individual e social. A d-anfetamina é um composto ativo de fármacos (e.x. adderal) aprovados pelas autoridades reguladoras do medicamento para o tratamento do transtorno hiperatividade e défice de atenção, estando indicado para utilização diária em crianças a partir dos 6 anos. A estrutura química destas moléculas é muito semelhante e estudos mostram que as diferenças em termos de farmacocinética, efeitos subjetivos e toxicidade entre

2 Reconhecemos que o carácter binário e neutro da língua Portuguesa contribui para a invisibilização histórica, institucional e estrutural de mulheres e pessoas com identidades de género não-binárias. Sendo a transversalidade de género, os Direitos Humanos e a justiça social princípios basilares à intervenção da Kosmicare, fazemos um uso intencional dos pronomes femininos para destacar a presença, o estatuto e o papel das mulheres e das pessoas com identidades não binárias na sociedade.

estas duas moléculas são pequenas (Hall, Stanis, Marquez Avila, & Gulley, 2008; Kirkpatrick *et al.*, 2012). Ou seja, em termos do perigo que apresentam para o indivíduo estas moléculas são muito semelhantes, no entanto a percepção pública e mediática não podia ser mais discrepante. Podemos considerar aqui que o risco da metanfetamina é uma construção social e política, fabricada a partir de discursos dominantes da guerra às drogas. A percepção sobre o risco das substâncias, e a sua categorização legal, irá então impactar na forma e no contexto do seu consumo. O facto dos fármacos contendo d-anfetamina serem obtidos via prescrição médica com garantias de pureza e formulação irá, certamente, modular os riscos. Não deixam, no entanto, de ser duas drogas toxicologicamente semelhantes. Daí, a luta pela regulamentação de todas as drogas ser algo pertinente em qualquer intervenção que se proponha a lutar pela melhoria da qualidade de vida das pessoas que usam drogas. Ao remover as penalizações legais e alterar o contexto dos consumos está a remover-se em larga medida a bagagem social e mediática associada a uma determinada substância, promovendo um ajuste das percepções de risco. Não estando ainda reunidas as condições sociais e políticas para a regulamentação de todas as substâncias, é importante criar intervenções que suportem as pessoas que consomem drogas a melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida.

Na reflexão sobre as abordagens com pessoas que consomem drogas, consideramos imprescindível o questionamento de definições objetivas de saúde e o risco. O assumir de uma postura crítica sobre estes conceitos, além da vantagem de considerar aspetos complexos que facilitam a compreensão dos fenómenos, abre um espaço para a integração das

pessoas, que deixam de ser meros alvos da intervenção e passam a ser co-construtoras dos processos que as visam.

DE INSUBMISSA A FERRAMENTA DE CONTROLO SANITÁRIO

As origens da RRMD remontam aos anos 20 do século passado (Ogborne, 1974), mas é a partir dos anos 70 nos Estados Unidos e ligeiramente mais tarde na Europa que a RRMD se afirma enquanto um conjunto de estratégias postas em prática pelas pessoas que consomem drogas como forma de responder à epidemia do VIH/SIDA (Fernandes, 2009; Friedman *et al.*, 2007). As pessoas que usam drogas desempenharam sempre um papel fundamental na resposta aos problemas relacionados com o consumo de drogas, frequentemente agindo mais rapidamente do que as autoridades quando confrontadas com problemas graves (Friedman *et al.*, 2007). As estratégias de RRMD constituíram uma mudança de paradigma na abordagem ao fenómeno do uso de drogas, repensando toda a atitude social face às pessoas que consomem drogas (Fernandes, Pinto, & Oliveira, 2006). O sucesso das intervenções RRMD no controlo das infeções como VIH/SIDA e Hepatite C levou a que este tipo de programas fosse implementado por organizações governamentais e não governamentais (Fernandes *et al.*, 2006), sendo atualmente considerada pelo Observatório Europeu das Drogas como uma resposta mainstream de saúde pública (Rhodes & Hedrich, 2010).

Contudo, autores como Roe (2005), Bourgois e Schonberg (2009) ou Barratt, Allen & Lenton (2014) argumentam que a institucionalização da RRMD em diversos países levou a que esta se afastasse

progressivamente da sua matriz alternativa e ativista. O trabalho pela defesa das pessoas que consomem drogas e do direito ao consumo substituiu-se por uma intervenção que, muitas vezes, se limita a ser uma resposta de saúde pública, assumindo o discurso médico-psicológico, nomeadamente nos possíveis riscos e danos do consumo de drogas. Ao veicular ideias normativas de saúde, a RRMD parece ter esquecido que um conceito restrito de saúde não é sinónimo de bem-estar, e que as pessoas que consomem são aquelas que melhor conhecem a sua circunstância (Duff & Moore, 2014).

Apesar da sua origem subversiva e ativista, pode-se alegar que a RRMD foi ao longo dos tempos, fruto do seu sucesso e eficácia, apropriada pelas autoridades de saúde como forma de alcançar os seus interesses. A apropriação governamental de uma intervenção de sucesso não é problemática em si mesma, não fosse o caso de os interesses das autoridades governamentais serem frequentemente diferentes dos das pessoas que usam drogas. De estratégia bottom-up, que nasce de pessoas que se desviam da norma para outras pessoas que se desviam da norma, a RRMD tornou-se uma estratégia de poder disciplinar, um dispositivo de controlo e normalização social.

Foucault (1998) define poder não como algo que se possui, mas antes um conjunto de estratégias e técnicas que vão para além do uso da violência ou da repressão direta, operando de maneiras subtis e ocultas. O exercício de poder disciplinar usa as pessoas como polícias de si próprias e das outras criando conceitos de normalidade, na qual a maioria das pessoas se esforça por enquadrar e de desviância, através dos quais se segrega e penaliza quem não se encaixa (Foucault, 2014). O discurso

institucionalizado da RRMD, pautado pelo primado de uma ideia normativa de saúde, pode ser visto como uma ferramenta para o exercício de poder sobre as pessoas que consomem drogas, e os discursos que oferecem resistência ao imperativo da saúde serão aquilo que Foucault apelidava de discursos subjugados.

PÚBLICOS E CONTRA PÚBLICOS EM SAÚDE PÚBLICA

As intervenções de saúde pública, nomeadamente a RRMD, assentam numa série de pressupostos normativos sobre o carácter, comportamento, preferências e motivações das pessoas que se acreditam constituírem um determinado grupo social. As intervenções de saúde pública dirigidas a pessoas que usam drogas propõe-se então nomear uma série de normas de conduta e de comportamentos ditos saudáveis (ou normais) que a população deve adotar como estratégia para atingir essa normalidade (Race, 2009) – que, no caso do tratamento será a abstinência e no caso da RRMD será o consumo com o menor número de riscos possível (Greco, 2009).

Contudo, as pessoas que consomem drogas estão longe de ser um grupo homogéneo que encaixa em respostas pré-definidas e formatadas. Aos grupos que se diferenciam de um grupo considerado dominante, Race (2009) chama contra públicos. Há sempre uma história de opressão ligada a estas populações, a subordinação ligada ao facto de ser jovem, de se ser mulher, de se ser negra, ser LGBTQI+, ou a interseção de grupos oprimidos e do estigma de consumir drogas. O estigma e a história de subordinação em que estes públicos estão inscritos são as condições que promovem a

emergência destes discursos subjugados, que surgem em espaços próprios de encontro onde são produzidas narrativas alternativas aos discursos oficiais e onde a maioria das respostas nesta área não chega. Hunt, Evans & Kares (2007) referem que frequentemente o discurso oficial, ou modelo profissional, tenta demonizar certos tipos de contextos e certos tipos de drogas, sendo esse discurso absorvido, interiorizado (e construído) pelas instituições de saúde, deixando de lado a capacidade das pessoas autodeterminarem o que é melhor para o seu bem-estar.

Power *et al.* (2018) explora as associações entre drogas usadas no *chemsex*, como metanfetamina, ketamina ou GHB, e o bem-estar entre homens que fazem sexo com homens (HSH) VIH positivos. Sociologicamente o *chemsex* é uma subcultura que participa em festas onde é promovido o consumo de drogas e práticas sexuais consideradas de alto risco (Power *et al.*, 2018). Apesar das autoridades de saúde levantarem muitas preocupações com o consumo destas drogas nestes contextos, como potencial de dependência, psicose, depressão, ansiedade, overdose ou infeções, o estudo com mais de 700 participantes não revelou um bem-estar físico, emocional ou social inferior nos consumidores, quando comparado com não-consumidores que participavam nessas festas. Pelo contrário, nas medidas de resiliência e perceção do estigma, as pessoas que consumiam ocasional ou regularmente reportaram melhores resultados. De alguma forma o consumo destas drogas pode facilitar o contacto social, íntimo e sexual, sendo a sensação de pertença e conexão social essencial para o bem-estar. Isto é mais verdade para comunidades estigmatizadas e segregadas como HSH. De igual modo, a maioria dos serviços disponíveis para as jovens consumidoras de drogas

é alicerçada nos princípios básicos da saúde pública e da promoção da saúde como ideal último, contudo a nossa experiencia no terreno, nas festas e *online*, mostra que uma fatia considerável das pessoas que usam drogas considera vários outros fatores, para além da saúde, quando decide consumir drogas, sendo o prazer um dos mais importantes (Holt & Treloar, 2008; Moore, 2008; Ritter, 2014). Assim, a compreensão e aceitação destas subjetividades alternativas pode ser útil para os serviços, ajudando-os a criar novas estratégias de envolvimento e ação com as pessoas que consomem drogas. O prazer não dever ser visto como a antítese da segurança, do controlo ou da saúde, mas deve ser reconhecido como uma motivação válida para determinados comportamentos e considerado nos discursos oficiais e não-oficiais produzidos acerca do consumo de drogas, ajudando a minimizar a resistência de uma franja considerável de pessoas que consomem drogas aos discursos oficiais (Race, 2009).

FUTURO PÓS-SANITÁRIO

A RRMD tentou abrir um espaço social que admitisse o consumo de drogas, podemos chamar uma nova norma, trabalhando para que as pessoas adotassem comportamentos que aí se enquadrassem. Esta normalização de certos consumos permitiu aumentar o acesso a informação e à saúde para algumas pessoas. No entanto, continuou a deixar uma enorme franja das pessoas que consomem drogas fora dos limites da sua intervenção. A institucionalização, além de reconhecimento do sucesso da metodologia RRMD, permitiu alargar e generalizar estratégias importantes para um número considerável de pessoas. Mas, ao tornar-se também o que aqui consideramos ferramenta de

vigilância e promoção de uma nova normatividade, contribui para a estigmatização de certas práticas e padrões de consumo.

Acreditamos na ocupação da RRMD pelas pessoas que dela beneficiam como estratégia de encontro de objetivos, entre as pessoas e as intervenções. A integração de pares nas equipas RRMD tem sido um passo na direção certa, mas é necessário que esta integração seja efetiva e não meramente simbólica. É fundamental que a definição dos objetivos de bem-estar seja de facto determinada pelas pessoas e as equipas RRMD funcionem apenas como coadjuvantes deste processo. O conhecimento e as estratégias RRMD nascem da partilha entre as diferentes pessoas que consomem e as que compõem as equipas. Não de imperativos generalistas sobre um ideal de saúde.

Em Portugal, as respostas de RRMD continuam a ser na sua maioria implementadas através de um *outsourcing* do Estado a organizações não-governamentais. São as instituições públicas, como o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) juntamente com as Administrações Regionais de Saúde, que definem, em larga medida, a natureza, o contexto, a duração e o valor monetário das respostas de RRMD a serem implementadas. A maioria das respostas no nosso país continua a ser desenhada a pensar essencialmente em homens cisgénero e heterossexuais, não estando adaptadas a outro tipo de pessoas, não as considerando nem as suas necessidades e, portanto, afastando-as dos serviços onde não se sentem bem recebidas. Na prática, as

organizações que já estão a trabalhar no terreno auxiliam os organismos públicos na criação dos diagnósticos dos territórios a intervir, apesar desta participação ativa das organizações ter inúmeras vantagens não é suficiente para dar voz às pessoas que usam drogas mas não estão em contato com os serviços disponíveis. Este sistema reforça o carácter *top-to-bottom*, que ameaça a natureza participativa e progressista das intervenções RRMD no nosso país, dificultando a criação de respostas inovadoras que respondam às necessidades de públicos específicos.

A RRMD precisa de restaurar o seu carácter político e emancipatório para promover intervenções construídas pelas e para as pessoas que dela beneficiam. O desafio proposto para o futuro é o desenho de respostas verdadeiramente compreensivas e humanistas que se centrem nas pessoas e na multiplicidade de experiências subjetivas de uso de drogas, considerando a forma como estas se cruzam com questões estruturais que afetam de forma desigual determinados grupos sociais. Não há verdadeiro humanismo sem interseccionalidade, sem considerar a classe, a etnia, a diversidade de género, a orientação sexual, a nacionalidade, entre outras características. Refletir sobre isto é um primeiro passo fundamental para promover o envolvimento das pessoas e a consequente criação de programas mais adequados.

REFERÊNCIAS

- Barratt, M. J., Allen, M., & Lenton, S. (2014). "PMA sounds fun": negotiating drug discourses online. *Substance Use & Misuse*, 49(8), 987-998.
- Bourgois, P. & Schonberg, J. (2009). *Righteous Dopefiend*. Oakland: University of California Press.
- Canguilhem, G. (1943). Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. *Revue Philosophique de la France*, 134(10).
- Douglas, M. (1992). *Risk and Blame: essays in cultural theory*. Londres: Routledge.
- Douglas, M. (1990). Risk as a forensic resource. *Daedalus*, 119(4), 1-16.
- Duff, C. & Moore, D. (2014). Counterpublic health and the design of drug services for methamphetamine consumers in Melbourne. *Health*, 19(1), 51-66.
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Toxicodependências*, 15 (1), 3-18.
- Fernandes, L., Pinto, M. & Oliveira, M. (2006). Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal. *Toxicodependências*, 12(2), 71-82.
- Foucault, M. (1998). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal editora.
- Foucault, M. (2014). *Vigiar e Punir*. Alfragide: Leya.
- Friedman, S. R. et al. (2007). Harm reduction theory: users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 107-117.
- Greco, M. (2009). Thinking beyond polemics: Approaching the health society through Foucault. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), 13-27.
- Hall, D. A. et al. (2008). A comparison of amphetamine- and methamphetamine-induced locomotor activity in rats: evidence for qualitative differences in behavior. *Psychopharmacology*, 195(4), 469-478.
- Hart, C. L. (2021). *Drug Use for Grown-Ups: chasing liberty in the land of fear*. Nova York: Penguin.
- Holt, M., & Treloar, C. (2008). Pleasure and drugs. *International Journal of Drug Policy*, 19(5), 349-352.
- Huber, M. et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hunt, G. P., Evans, K. & Kares, F. (2007). Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies*, 10(1), 73-96.
- Jadad, A. R. & Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, 337, a2900. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>
- Kirkpatrick, M. G. et al. (2012). Comparison of intranasal methamphetamine and d-amphetamine self-administration by humans. *Addiction*, 107(4), 783-791.
- Lancet. (2009). What is health? The ability to adapt. *The Lancet*, 373(9666), 781.
- Moore, D. (2008). Erasing pleasure from public discourse on illicit drugs: on the creation and reproduction of an absence. *International Journal of Drug Policy*, 19(5), 353-358.
- Ogborne, A. (1974). Addicts, their associations and behaviour. *Social Science & Medicine*, 8(11-12), 557-563.
- Power, J. et al. (2018). Sex, drugs and social connectedness: wellbeing among HIV-positive gay and bisexual men who use party-and-play drugs. *Sex Health*, 15(2), 135-143.

Race, K. (2009). *Pleasure Consuming Medicine*. Durham: Duke University Press.

Rhodes, T. & Hedrich, D. (2010). *Harm Reduction and the mainstream. EMCDDA monographs – Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Ritter, A. (2014). Where is the pleasure? *Addiction*, 109(10), 1587-1588.

Roe, G. (2005). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health*, 15(3), 243-250.

WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Nova York: Organização Mundial da Saúde

20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido



Adriana Curado

[NOTA BIOGRÁFICA] Coordenadora de projetos na área das drogas no Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT): Programa de Consumo Vigiado Móvel desde 2019 (GAT, MdM, CML); Estudo de Hepatite C – avaliação da prevalência (e dos comportamentos de risco) em ambiente de consumo injetado de drogas entre 2017 e 2020 (ISAMB, ANF, GAT, CEFAR); Projeto EUROSIDER – A *European Safer Injecting Drug Use Education* entre 2018 e 2019 (Grant do Programa de Justiça, coordenada pelo INSERM). Representante do GAT no Fórum Europeu da Sociedade Civil para as Drogas (2018-2021). Licenciada em Psicologia.

Elsa Belo

[NOTA BIOGRÁFICA] Diretora Técnica em Ares do Pinhal e no Projeto Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência da cidade de Lisboa desde 2015. Desenvolvimento da estratégia de tratamento das doenças infectocontagiosas da Associação Ares do Pinhal desde 1998. Formação de médicos internos de psiquiatria das Equipas de Tratamento (SICAD, ARSLVT) desde 2016. Técnica Superior de Serviço Social no projeto de “Prevenção do Uso de Drogas e outras substâncias no meio Escolar” no Município de Santarém (IDT, 2004-2005). Técnica Superior de Serviço Social graduada pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 1998.

Ricardo Fuertes

[NOTA BIOGRÁFICA] Técnico na Sala de Consumo Assistido SAPS da Cruz Vermelha de Barcelona (2006 - 2009). Mediador de pares com homens que têm sexo com homens no Checkpoint Barcelona (2009 - 2010) e CheckpointLX (2011 - 2013). Coordenador do centro de redução de Danos IN-Mouraria (2012 - 2017). Assessor para as áreas LGBTQI+, VIH e Dependências no Gabinete do Vereador Manuel Grilo, Câmara Municipal de Lisboa (2018 - 2021). Licenciado em Psicologia.

INTRODUÇÃO

Cumpridos 20 anos do atual modelo de políticas de drogas em Portugal é tempo de olhar para o futuro, sendo o presente texto uma reflexão a partir da experiência de implementação dos programas de consumo vigiado em Lisboa. À data estão em funcionamento um programa móvel, a intervir desde abril de 2019 em três freguesias de Lisboa, e um programa fixo, aberto em maio de 2021 no bairro da Quinta do Loureiro. Ambos são da iniciativa da Câmara Municipal de Lisboa, com gestão de organizações não governamentais¹ e acompanhamento técnico e institucional por parte do SICAD e da ARSLVT.

O surgimento destes programas acontece mais de 30 anos depois da primeira experiência europeia, na Suíça em 1986 (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010), e quase 20 anos depois do Decreto-Lei n.º 183/2001 que regula as respostas de redução de danos em Portugal², onde se incluem os programas de consumo vigiado. Ainda assim, a implementação dos programas em Lisboa coloca Portugal no restrito grupo de doze países que contam com este tipo de estrutura, dez na Europa, mais Canadá e Austrália (HRI, 2020).

Não obstante tentativas anteriores e a pressão que já existia por parte de organizações da sociedade civil e ativistas, este processo de implementação inicia-se com o diagnóstico realizado pela ARSLVT em 2015 no qual é reconhecida a necessidade de

criar vários programas de consumo vigiado (DICAD/ARSLVT, 2015), descentralizados, para complementar a rede existente de respostas. Depois, em 2017, a Câmara Municipal de Lisboa apoiou a realização de diagnósticos locais e iniciativas de capacitação técnica das equipas e parceiros, tendo-se depois comprometido no Programa de Governo da Cidade³ a criar, durante o mandato 2018-2021, três salas de consumo – duas fixas e uma móvel. O novo diagnóstico, atualizado pela ARSLVT em 2019, veio confirmar essa necessidade (DICAD/ARSLVT, 2019).

O facto de terem existido no passado várias tentativas de implementação fez com que se tivesse optado, desta vez, por uma estratégia que tornasse o processo mais sólido, apesar de não existirem fórmulas garantidas *a priori*. Assim, escolheu-se um discurso comum entre todas as entidades e pessoas envolvidas, utilizando os mesmos dados de diagnóstico, comunicando de forma cuidada e articulada, recorrendo a uma terminologia legalista (Programa de Consumo Vigiado), nomeando frequentemente os resultados expectáveis na área da saúde e segurança; e salientando em todo o processo a solidez da proposta em termos institucionais – através da realização e divulgação de protocolos de colaboração – e em termos políticos. As duas propostas de financiamento dos programas foram votadas favoravelmente em reuniões da câmara de Lisboa, por partidos do

1 O Programa de Consumo Vigiado Móvel é gerido pela Médicos do Mundo e GAT; e o programa fixo pela Ares do Pinhal.

2 <https://dre.pt/pesquisa/-/search/362322/details/maximized>

3 Assembleia Municipal de Lisboa: Grandes Opções do Plano para a cidade de Lisboa 2018-2021. Disponível em <https://www.am-lisboa.pt/451200/1/008906.000500/index.htm>

executivo e da oposição, com o voto contra apenas de um partido^{4 5}.

Fora da discussão alargada na comunicação social ficaram algumas questões importantes para as pessoas que usam drogas e para os profissionais da área, mas que tornariam o processo mais confuso para a população geral e para a opinião pública. Por isso, não foram aprofundadas análises sobre as prevalências de consumo a nível local; sobre a designação do programa, que alguns técnicos e ativistas preferiam ter chamado de “Espaços de Consumo Protegido”; sobre o desequilíbrio de género entre utentes que acedem aos programas; sobre o perfil dos profissionais que atuam nas salas e os limites da sua intervenção, ou até mesmo reflexões sobre o direito ao prazer e a autogestão de espaços de consumo, entre outros.

Agora, estando duas salas a funcionar, é um momento oportuno para refletir sobre o processo de implementação e desafios futuros.

O PAPEL DAS CIDADES

O papel de algumas cidades na implementação de respostas de redução de danos já era uma realidade no final dos anos 80 e início dos 90, devido à urgência de atuar face ao crescimento de casos de SIDA e a fenómenos de consumo a céu aberto.

Ainda assim, prevê-se que esse papel, em Portugal e em várias regiões do mundo, seja cada vez mais ativo, tanto na área do VIH – veja-se, por exemplo, a iniciativa *Fast Track Cities*⁶ – como na das drogas.

Tal deve-se à cada vez maior concentração de população nas cidades e à elevada pressão para que, a nível local, sejam encontradas respostas, que na maior parte das vezes não se cingem às questões de consumo, mas que interseccionam com diversas outras problemáticas que ameaçam a coesão social e a qualidade de vida das populações, como a pobreza, as desigualdades ou a marginalização de certos territórios ou grupos de pessoas. Outra das grandes possibilidades que se abre às cidades é a capacidade de desenhar e implementar projetos-piloto adaptados ao contexto local e com uma abordagem participativa.

Este papel cada vez maior das cidades nas intervenções sociais e de saúde tem, no imediato, impacto no desenho de medidas que assegurem o acesso à saúde, promoção da coesão social e segurança, em articulação com as comunidades e parceiros da cidade. E, ainda mais além, abre o caminho a que num futuro próximo as cidades possam estar envolvidas em experiências de regulamentação do acesso a substâncias atualmente consideradas ilícitas (*Global Commission on Drug Policy*, 2021). Alguns princípios sobre o papel das

4 Câmara Municipal de Lisboa. 3º Suplemento ao Boletim Municipal nº1340. Disponível em <https://www.am-lisboa.pt/documentos/1582295425Y1qNC7ow6Id97HN4.pdf>

5 Câmara Municipal de Lisboa. Ordem de Trabalhos da Reunião da Câmara Municipal de 28 de novembro de 2018. Disponível em <https://informacoese-servicos.lisboa.pt/informacao-administrativa/publicacoes-e-notificacoes?category=49&cPage=5>

6 <https://www.fast-trackcities.org/>

idades nas políticas de drogas estão já descritos na Declaração de Praga lançada em 2010⁷.

A IMPORTÂNCIA DO QUADRO LEGAL

Os programas de consumo vigiado estão incluídos no decreto-lei que regulamenta as respostas de redução de danos em Portugal. A legislação define que os Programas devem ser da iniciativa de municípios ou entidades particulares com intervenção na área das dependências, e dependem de autorização renovável anualmente pelo IPDT (atualmente pelo SICAD). É regulada a constituição da equipa (técnicos psicossociais, profissionais de saúde), horário (fixo, mas adaptado às necessidades dos utentes), localização (fora de áreas urbanas consolidadas) e perfil dos utentes (maiores de idade, com dependência de substâncias) e número máximo de utentes a utilizar o programa em simultâneo (10 nos programas fixos, 2 nos programas móveis).

A avaliação é baseada em indicadores também contemplados na legislação, como o número de pessoas atendidas; número de pessoas que aceitaram programas de tratamento; número de utentes que aceitaram rastreios de doenças infecciosas; número de pessoas que aceitaram transitar para outros programas e ações de redução de riscos; número de mortes por dose excessiva ocorridas e evitadas no âmbito do funcionamento do programa.

Ao contrário do que aconteceu em Portugal, a ausência de legislação específica levou muitas cidades a optar por implementar salas de consumo assistido ao abrigo de estudos, de regulamentos genéricos sobre serviços de saúde, ou a alterar legislação nacional (Schatz & Nougier, 2012) ou mesmo a optar por estratégias de “better to ask forgiveness than permission”, como vimos acontecer em Espanha.

Consideramos que o facto de existir em Portugal legislação que enquadra estes programas foi uma vantagem. Ainda assim, sendo uma legislação com 20 anos, nunca atualizada, faz com que vários aspetos sejam insuficientes ou ambíguos, nomeadamente a obrigatoriedade de instalar programas em zonas de grande concentração (como se mede?) de consumidores por via endovenosa fora de zonas urbanas e residenciais, a limitação do número de pessoas que podem utilizar o dispositivo em simultâneo, o deixar de fora o consumo fumado ou mesmo os indicadores escolhidos para a sua monitorização.

EMERGÊNCIA OU PERMANÊNCIA?

Os programas de redução de danos e os espaços que permitem um consumo mais seguro, como já foi referido, têm a sua génese em cenários de emergência (epidemia VIH e consumo a céu aberto no centro das cidades) (Csete & Grob, 2011; Köthner, Langer & Klee, 2011; Kerr *et al.*, 2017). Atualmente parte da discussão sobre a sua implementação ainda radica num contexto de crise

7 https://www.praga.eu/public/8d/1/35/1216959_176129_PrgDeclEN.pdf

e também, importa dizê-lo, num paradigma proibicionista em que o mercado de drogas ilícito e desregulado não proporciona qualquer segurança aos consumidores. Na América do Norte trata-se da crise dos opioides (71 000 mortes por overdose em 2019 só nos EUA) (Mattson *et al.*, 2021), inscrita numa crise mais ampla de falência do modelo proibicionista (Tsai *et al.*, 2019; Tyndall & Dodd, 2020), e em França e Paris a discussão sobre as salas é feita em pleno debate sobre uma alegada epidemia do *crack*⁸. Se, por um lado, é de valorizar a capacidade destes programas para responder de forma eficaz e pragmática a situações de crise, consideramos que é necessário contemplá-los para contextos em que os problemas não são agudos nem de emergência, mas em que persistem pessoas em situação muito vulnerável e marginal. Sem essa visão, mais qualitativa do que quantitativa, torna-se difícil pensar estes equipamentos para a realidade contemporânea de muitas cidades europeias. A existência de fenómenos de consumo menos visíveis, mais integrados na malha urbana, aparentemente menos numerosos, pode ter impossibilitado a abertura de salas nalgumas cidades, como foi recentemente o caso de Dublin⁹ ou Glasgow¹⁰ (Lloyd *et al.*, 2016) e poderá dificultar a criação de salas em Portugal, em zonas de consumo nos centros urbanos e centros históricos onde esse consumo existe e a necessidade de salas

tem sido identificada, como por exemplo na Mouraria, em Lisboa, ou na Sé, no Porto.

A experiência das salas já em funcionamento em Lisboa tem mostrado um perfil de consumidores que continua a precisar desta resposta, consumidores com muitos anos de consumo, com consumos de alto risco (injeções na virilha e pescoço), e com uma situação social e de saúde muito deteriorada (Curado *et al.*, 2020). Também não podemos ser alheios à grande adesão que se verifica no programa de consumo vigiado fixo – com mais de 870 utentes inscritos nos primeiros seis meses de funcionamento – e à elevada procura por parte dos consumidores por via fumada. Num país com maior tradição e experiência na intervenção sobre consumos injetados, tal facto abre espaço para se refletir sobre o futuro das estratégias e programas de redução de danos, o que poderá reforçar a necessidade de um maior investimento em espaços para consumo fumado e na disponibilização de cachimbos para consumo de cocaína crack de forma mais permanente.

8 Crack à Paris : Anne Hidalgo veut ouvrir quatre nouveaux sites pour les consommateurs https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/08/31/a-paris-anne-hidalgo-veut-ouvrir-quatre-nouveaux-sites-pour-les-consommateurs-de-crack_6092870_823448.html

À Paris, l'épineuse gestion de la crise du crack <https://www.la-croix.com/France/A-Paris-lepineuse-gestion-crise-crack-2021-08-04-1201169346>

9 High Court decision on supervised injecting centre will cost lives, claims TD <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/high-court-decision-on-supervised-injecting-centre-will-cost-lives-claims-td-1.4621680>

10 <https://www.sdf.org.uk/impassioned-pleas-westminster-debate-drug-consumption-rooms-rejected-uk-government/>

ALGUMAS NOTAS SOBRE O MODELO

A maior parte das salas de consumo assistido na Europa privilegia a integração de vários serviços num mesmo espaço (EMCDDA, 2018) e a opção por um modelo mais técnico do que comunitário, no sentido em que são raras as experiências de autogestão por pessoas que usam drogas ou mesmo o emprego formal de pares nas equipas. Em Lisboa, o modelo de implementação adotou uma via mista, com uma clara vertente comunitária, que incluiu a integração de pares e mediadores comunitários nas equipas; não esquecendo também a vertente técnica que este tipo de programas habitualmente implica, sobretudo no consumo injetado e quando uma parte da intervenção é medicalizada e exige a presença de profissionais de saúde para garantir o funcionamento do programa. Assim, tornou-se inevitável, numa fase piloto, a opção por um modelo misto, sobretudo quando foi necessário definir uma série de procedimentos e protocolos de atuação e o acesso à naloxona, e em particular à formulação nasal, não estava disponível na comunidade. Não quer isto dizer que outros modelos não possam vir a ser viáveis no contexto português ou que haja uma única via possível ou desejável. O modelo é função das necessidades e recursos locais, dos objetivos da intervenção, do contexto político, das condições de participação da própria comunidade e de uma infinidade de outros fatores, alguns difíceis de prever, porque intimamente ligados a dinâmicas locais. Nesse sentido, pode ser importante garantir uma fase estruturada de pré-implementação, como foi o caso de Lisboa (Taylor *et al.*, 2019), em que estes elementos possam ser ponderados.

Outra característica do modelo adotado em Lisboa foi a opção pela integração. Os programas de consumo vigiado nunca foram vistos de forma isolada da rede de respostas existente na cidade, nem como sendo uma intervenção estrita no consumo e condições envolventes. Assim, foi com naturalidade que se desenharam serviços com componentes sociais e de saúde, e também preparados para fazer a ligação com outros níveis de cuidados. Além disso, foram implementados com uma filosofia de baixo limiar, com o mínimo de barreiras possível, contrastando com a experiência e dificuldades enfrentadas noutras salas europeias. Assim, as restrições sobre o tipo de substância ou o local de injeção permitidos, ou sobre a ajuda disponibilizada para encontrar veias ou puncionar foram reduzidas ao mínimo, sendo sempre privilegiada a inclusão do máximo de pessoas possível. Eventualmente, o quadro regulatório existente e o seu carácter genérico permitiram uma maior liberdade na definição de procedimentos específicos. Mas houve outros aspetos em que a lei condicionou o modelo adotado, nomeadamente quando se tratou de oferecer este serviço no centro da cidade ou em áreas urbanas consolidadas, como já foi mencionado. A opção pelo formato móvel foi em parte para ultrapassar estas limitações e outras eventualmente decorrentes de uma maior oposição social ou de custos de investimento iniciais associados a um espaço fixo. Tal como noutras cidades, a implementação em unidade móvel permitiu obviar algumas destas dificuldades por levantar muito menos objeções e ser mais barata num primeiro momento, o que podem ser aspetos importantes quando se está numa fase de construir consensos públicos acerca da necessidade e efetividade deste tipo de resposta.

Para além de Lisboa, várias outras cidades optaram por unidades móveis¹¹ (Dietze *et al.*, 2012; Mesma *et al.*, 2019), de forma independente ou em complementaridade com salas fixas, com serviços mínimos (só disponibilizando primeiros socorros e um espaço para consumir) ou num modelo mais alargado, para abrir caminho ou responder a uma emergência. O carácter transitório ou a flexibilidade em alterar paragens, o responder rapidamente a reconfigurações nos territórios psicotrópicos urbanos ou a fenómenos pequenos e dispersos de consumo ditam muita da atratividade do formato móvel. Contudo, é uma opção em que as limitações também são conhecidas, como a falta de espaço e menor capacidade, a dificuldade em controlar a temperatura no interior das instalações, a maior vulnerabilidade a interrupções no serviço devido a fatores externos, a falta de privacidade, a impossibilidade de agregar outros serviços que impliquem espaço ou um maior tempo de permanência (duches, refeições, zonas de descanso ou de lazer). Algumas destas limitações podem de facto condicionar ou ter um impacto na qualidade do serviço prestado, e por isso é muito importante avaliar cuidadosamente todos os benefícios e custos desta opção.

Os programas fixos, por outro lado, oferecem condições para realizar uma intervenção mais completa, com a possibilidade de se disponibilizar um conjunto de serviços básicos, essenciais para promover a adesão e o autocuidado de uma população que é essencialmente uma população em situação de sem abrigo. No entanto, os

processos de implementação de estruturas fixas podem levantar maior oposição política ou por parte de moradores, sendo os principais motivos, comuns a outros países e cidades, o receio de estigmatização do bairro onde a sala se localiza, um eventual efeito-chamada de consumidores que não frequentam a zona, receios acerca da possível desvalorização dos imóveis, apesar da literatura não confirmar estas expectativas (Belackova & Salmon, 2017). No Lumiar, por exemplo, a oposição por parte de associações de empresários e moradores condicionou fortemente a implementação de um programa de consumo vigiado fixo, ainda sem data prevista de abertura. Na Quinta do Loureiro foi possível implementar o programa, tendo havido fatores que, na articulação com os moradores e outros parceiros institucionais, podem ter tido um papel favorável: o edifício municipal onde foi instalado o programa era já um espaço de consumo e pernoita, sendo a realidade do consumo muito visível para a população; as reuniões com moradores e uma maior atenção institucional sobre os problemas locais coincidiram com a possibilidade de criar uma carreira de bairro, substituir a rede de abastecimento de água, e demolir grandes edifícios devolutos (como a piscina ou a escola), primeiro passo antes da construção de um pavilhão municipal, melhorias todas elas há muito reivindicadas pela população local, que nas reuniões sobre a implementação do programa de consumo nunca aceitou discutir apenas os consumos.

11 <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-53991090>

Ambas as experiências de implementação, móvel e fixa, valorizaram muito a relação com os bairros e os seus moradores, tanto na definição de aspetos operacionais do programa, como em todo o trabalho feito fora de portas para divulgar os programas ou fazer operações de limpeza e recolha de material de consumo deixado em espaços públicos, em contacto diário com moradores e com envolvimento dos próprios consumidores. Na Quinta do Loureiro foi constituída uma equipa comunitária, associada ao programa fixo, que começou a sua intervenção ainda antes da abertura, recolhendo resíduos e dando a conhecer o programa a moradores e consumidores, e assegurando já alguns serviços (*drop-in* e balneários), o que permitiu um começo progressivo e tranquilo. No programa móvel, com a criação de uma bolsa de pares no segundo ano de implementação, e aberta a possibilidade dos utentes do programa colaborarem de forma regular e remunerada em diversas atividades do programa, intensificou-se a intervenção nos bairros onde o programa intervém, com ações de limpeza e manutenção dos espaços de consumo a céu aberto.

Na Quinta do Loureiro, este pensamento estruturado sobre as necessidades do bairro esteve também na origem da intervenção de prevenção e capacitação de pais e professores realizada pela equipa da DICAD/ ARSLVT em projetos com crianças e jovens (Programa Escolhas), reforçando a ideia de que a intervenção das equipas que trabalham na área dos comportamentos aditivos e dependências num bairro de consumo/tráfico deve ser multidimensional, não se limitando à área da redução de danos.

Por último, foi também muito importante que no decurso destes processos tenha havido uma articulação cuidada com a comunicação social, dando tempo às equipas, consumidores e moradores de conhecerem e de se apropriarem da resposta.

MAS AFINAL PARA QUE SERVEM AS SALAS?

Há muito que estão enunciados, em mais de 30 anos de experiência europeia, os objetivos das salas de consumo e que passam pela criação de um ambiente mais seguro para a realização do consumo, atração de consumidores em maior risco, redução das consequências imediatas associadas à morbilidade e mortalidade, promoção do acesso a outros serviços de saúde, e diminuição dos impactos do consumo em espaços públicos e nas comunidades envolventes. São objetivos que aliam a saúde pública à segurança das comunidades. Não obstante, as experiências de implementação são muito mais ricas do que o cumprimento estrito destes objetivos e trazem à luz múltiplas possibilidades e reflexões. Há alguns aspetos que gostaríamos de realçar. O primeiro é o contributo que as salas podem ter na aproximação entre vários elementos que habitam a mesma comunidade, o mesmo bairro, e que, muitas vezes, por processos de marginalização, estigma e isolamento, estavam desligados e raramente haviam ensaiado uma aproximação. Temos visto que as salas podem ser o motor de alguma aproximação, solidariedade e até identificação, sobretudo quando há experiência de pobreza nessas comunidades. Assim, é frequente vermos moradores virem conhecer os programas e as suas equipas, e a quererem ativamente contribuir com donativos ou outras formas de entreaajuda.

Também não é infrequente que os consumidores sejam olhados de forma mais empática pelos bairros depois da implementação das salas, e que a necessidade de intervenção e mediação das equipas seja reconhecida e muito menos controversa do que seria de esperar. Outro dos aspetos que nos trouxe alguma surpresa, e que nos é dado pela imensa procura dos consumidores por via fumada, é que a motivação para consumir numa sala vai muito além dos motivos óbvios de segurança, higiene e privacidade. A vontade de evitar a violência de rua, a procura por um ambiente calmo e acolhedor, a valorização de experiências de socialização e afeto, com pares e profissionais, sobrepõe-se muitas vezes às razões da saúde pública. Assim, as salas podem ter um efeito empoderador e de redução do estigma associado ao uso de drogas, proporcionando ferramentas para uma melhor gestão dos consumos e das práticas de risco. Um outro aspeto que queremos realçar é que quase sempre nas experiências de implementação, se

forem privilegiadas abordagens participativas e houver abertura para a mudança, as equipas podem realmente encontrar pequenas soluções com inovação e criatividade que podem fazer toda a diferença na criação de um ambiente favorável à intervenção. Falamos, referindo exemplos concretos, de arranjar solução para um consumidor que vem com o seu cão, de um jardim que alguém quer cuidar ou de uma música que é tão importante ouvir naquele momento.

Por fim, gostaríamos de dizer que alguns dos esforços dos primeiros tempos de implementação não devem ser abandonados e um deles é o constante investimento na comunidade e nos bairros onde se localizam os programas, tendo sempre noção que a intervenção fora de portas é igualmente importante (e implica recursos), seja no constante contacto com os moradores e as suas expectativas, seja com os consumidores que, sempre em maior risco, ainda consomem fora de um espaço mais seguro.

REFERÊNCIAS

Belackova, V. & Salmon, A.M. (2017). *Overview of International Literature. Supervised injecting facilities & drug consumption rooms - issue 1*. Sydney: Uniting Medically Supervised Injecting Centre.

Csete, J. & Grob, P.J. (2011). Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development. *International Journal of Drug Policy*, 23, 82–6.

Curado, A. et al. (2020). *Programa de Consumo Vigiado Móvel em Lisboa: resultados do primeiro ano de implementação*. Poster. 12ª Jornadas de Atualização em Doenças Infeciosas do Hospital Curry Cabral. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/349662487_Programa_de_Consumo_Vigiado_Movel_em_Lisboa_resultados_d_o_primeiro_ano_de_implementacao

DICAD/ARSLVT (2015). *PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas. Resumo do diagnóstico do território: concelho de Lisboa*. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/PORI/Lists/SICAD_DOCUMENTOS/Attachments/18/PORI_Resumo%20Diagn%C3%B3sticoTerrit%C3%B3rio%20Concelho%20de%20Lisboa%202015.pdf

- DICAD/ARSLVT (2019). *PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas. Diagnóstico do território. Relatório de atualização do diagnóstico do território «Concelho de Lisboa»*. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Concursos_v2/Documents/2020/Concurso_28_02/PORI_Relat%C3%B3rio_Final_Diagn_Lx_2019.pdf
- Dietze, P. et al. (2012). Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *International Journal of Drug Policy*, 23(4), 257–60.
- EMCDDA (2018). *Perspectives on Drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*. Disponível em https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf
- Hedrich, D., Kerr, T. & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: EMCDDA, editor. *EMCDDA MONOGRAPHS Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. p. 305–31.
- Global Commission on Drug Policy (2021). *Drug Policy and City Government*. Geneva: Global Commission on Drug Policy. Disponível em <https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2021/06/210607-Position-paper-cities-FINAL-EN.pdf>
- HRI (2020). *The Global State of Harm Reduction 2020*. Londres: Harm Reduction International. https://www.hri.global/files/2021/03/04/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA_Web.pdf
- Kerr, T. et al. (2017). Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1–9.
- Köthner, U., Langer, F. & Klee, J. (2011). *Drug Consumption Rooms in Germany. A situational assessment by the AK Konsumraum*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Lloyd, C. et al. (2016). Similar problems, divergent responses: drug consumption room policies in the UK and Germany. *Journal of Substance Use*, 22(1), 66–70.
- Mattson, C.L. et al. (2021). Trends and Geographic Patterns in Drug and Synthetic Opioid Overdose Deaths — United States, 2013–2019. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(6), 202–207.
- Mema, S.C. et al. (2019). Mobile supervised consumption services in Rural British Columbia: lessons learned. *Harm Reduction Journal*, 16(4). <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0273-3>
- Schatz, E. & Nougier, M. (2012). *Drug Consumption Rooms. Evidence and practice. International Drug Policy Consortium*. Disponível em https://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf
- Taylor, H. (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*, 16(49). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0319-1>
- Tsai, A.C. et al. (2019). Stigma as a fundamental hindrance to the United States opioid overdose crisis response. *PLoS Medicine*, 16(11). e1002969. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002969>
- Tyndall, M. & Dodd, Z. (2020). Policy forum: how structural violence, prohibition, and stigma have paralyzed north American responses to opioid overdose. *AMA Journal of Ethics*; 22(8),723–8.

Panorama e evolução dos comportamentos aditivos dos adolescentes portugueses



Cátia Branquinho

[NOTA BIOGRÁFICA] Psicóloga Clínica e da Saúde e doutorada em Ciências da Educação. Investigadora da Equipa Aventura Social e do Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Membro da rede internacional *Health Behaviour in School-aged Children* / Organização Mundial de Saúde, tem especial foco na participação social, consumos e dependências, e saúde ambiental.

Tânia Gaspar

[NOTA BIOGRÁFICA] Psicóloga Clínica e da Saúde e doutorada em Psicologia. Diretora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa. Investigadora da Equipa Aventura Social e do Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Investigadora principal do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* / Organização Mundial de Saúde.

Margarida Gaspar de Matos

[NOTA BIOGRÁFICA] Psicóloga Clínica e da Saúde, Psicoterapeuta e Professora Catedrática da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. Coordenadora do “G2 – *Supportive Environments*” do Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Coordenadora Nacional do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* / Organização Mundial de Saúde.

Estreitamente ligados à história, cultura, economia, e políticas públicas nacionais, os comportamentos aditivos dos adolescentes portugueses têm revelado mudanças significativas ao longo dos anos. Com base nos dados do estudo Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde (HBSC/OMS), uma rede de 50 países que de quatro em quatro anos analisa o estado de saúde dos adolescentes em idade escolar (6º, 8º e 10º ano) nos seus contextos de vida, e a qual Portugal integra sob a coordenação da Prof. Dra. Tânia Gaspar, percebemos que desde 1998 os comportamentos de dependência se mantêm, mas as dependências têm apresentado variações (ver Matos *et al.*, 2003; 2006; 2012; 2014; 2018).

Alguns resultados podem representar a evolução sociocultural que a tecnologia veio proporcionar nos últimos vinte anos, mas outros podem ser associados a um conservadorismo político que tarda no estabelecimento/alteração de medidas preventivas ou de promoção da saúde dos adolescentes.

Numa tabela-resumo (Tabela 1), apresentamos o panorama e evolução dos comportamentos aditivos dos adolescentes portugueses no período de 1998 a 2018, com base no estudo HBSC/OMS Portugal.

Relativamente ao consumo de tabaco, se por um lado percebemos que este comportamento apresenta uma diminuição contínua desde o ano de 2006, sendo que no último estudo 93,7% dos adolescentes portugueses afirmavam não fumar e 2,4% fumar todos os dias, percebemos também que

o ano de 2002 foi o que revelou uma maior incidência deste comportamento (81,4% não fumavam; 8,5% fumavam todos os dias).

No consumo de álcool a tendência revela-se contrária. Se por um lado existe também uma diminuição dos episódios de embriaguez durante toda a vida no último estudo (88,2% nunca; 2,9% 4 vezes ou mais), quando comparado com 2014, primeiro ano que inclui esta questão, o consumo de bebidas destiladas e de cerveja não apresenta esta tendência. Com uma maior incidência no consumo de bebidas destiladas no ano de 2002 (87,8% raramente ou nunca; 1% todos os dias), e um decréscimo nos estudos seguintes, volta a observar-se um aumento e a maior percentagem de consumo diário em 2018 (89,4% raramente ou nunca; 3,7% todos os dias). Identicamente, e na generalidade decrescente ao longo dos anos, o consumo diário de cerveja (3,6%) é mais elevado no último estudo realizado.

No estudo HBSC/OMS 2018, numa investigação das diferenças de género no consumo de tabaco e álcool, não são observadas diferenças estatisticamente significativas, contudo, estes variam em função do ano de escolaridade dos adolescentes (Cerqueira *et al.*, 2019).

Com o trajeto menos constante observa-se o consumo de drogas no último mês. Ainda que o maior consumo se apresente no estudo de 2002 (93,4% nunca; 4,2% mais do que uma vez), revela variações até ao estudo de 2018 (96,1% nunca; 2,3% mais do que uma vez).

Tabela 1: Panorama e Evolução dos Comportamentos Aditivos dos Adolescentes Portugueses

Consumos	1998 (%)	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	2014 (%)	2018 (%)
Consumo tabaco – não fuma	86,9	81,4	87,8	88,2	92,5	93,7
Consumo tabaco – todos os dias	5,4	8,5	5	4,5	2,6	2,4
Consumo bebidas destiladas – raramente ou nunca	90,1	87,8	88,8	89,8	94,2	89,4
Consumo bebidas destiladas – todos os dias	0,4	1	0,7	0,3	0,4	3,7
Consumo cerveja – raramente ou nunca	87,9	91,5	90,4	91,7	95	91
Consumo cerveja – todos os dias	1	0,8	1	0,5	0,5	3,6
Embriaguez (toda a vida) – nunca	-	-	-	-	88	88,2
Embriaguez (toda a vida) – 4 vezes ou mais	-	-	-	-	3,6	2,9
Consumo drogas último mês – nunca	97,5	93,4	95,5	93,9	96,7	96,1
Consumo drogas último mês – mais do que 1 vez	1,4	4,2	2,6	3,4	2,1	2,3

Podemos atribuir um papel preponderante às políticas públicas na prevenção destes comportamentos? Acreditamos que sim, mas, sob um ponto de vista ecológico, importa considerar a influência dos diversos ambientes no desenvolvimento e comportamentos dos adolescentes. Se, por um lado, os comportamentos exercem influência nos ambientes, são também uma consequência dos mesmos, e um trabalho de proximidade a nível autárquico pode revelar-se uma importante estratégia de prevenção e promoção da saúde dos adolescentes portugueses.

Num trabalho colaborativo recente com a Câmara Municipal de Famalicão (Matos *et al.*, 2021), foram investigados os comportamentos de consumo dos adolescentes residentes em Famalicão, constatando-se hábitos de consumo antes não incluídos nos estudos HBSC nacionais, como é o caso do tabaco aquecido (13,2%) e do uso de medicamentos no último mês pelo menos uma vez, neste (3,9% para a dor de cabeça, 3,4% para adormecer, 4,3% para o nervosismo, 2,7% para a tristeza, 3,6% para a hiperatividade/deficit de atenção, 2,9% para o cérebro, e 6,2% vitaminas)

e no estudo HBSC nacional 2018 (52,6% para a dor de cabeça, 9% para adormecer, 11,2% para o nervosismo, 6,5% para a tristeza, 6% para a hiperatividade/deficit de atenção, 7,6% para o cérebro, e 17% vitaminas).

Conhecidas as necessidades e especificidades locais, a escola, amplamente reconhecida na literatura enquanto importante agente de prevenção e promoção da saúde no que respeita os comportamentos aditivos, e ambiente no qual os adolescentes passam a maior parte do seu tempo, pode revelar-se um importante ator na promoção da saúde e do desenvolvimento positivo dos adolescentes.

Numa perspetiva de escola global e integradora, não só de educação, mas também de saúde; e não apenas de alunos, mas de todos os atores da comunidade educativa (Aventura Social, 2020), propomos as seguintes estratégias preventivas de comportamentos aditivos e na promoção de melhor saúde:

- Sensibilizar e consciencializar as instituições de ensino, famílias e profissionais (incluindo

professores) para os perigos dos comportamentos aditivos, promovendo nos últimos as suas competências de promoção de literacia em saúde, prevenção, identificação dos sinais de alerta, e intervenção;

- Identificar junto da escola a eventual necessidade de intervenção nestas temáticas, e partilhar com as mesmas boas práticas que ajudem a melhorar os comportamentos dos adolescentes;
- Implementar, de preferência desde o início da idade escolar, iniciativas de desenvolvimento de autonomia e responsabilidade, e de programas de desenvolvimento da resiliência e das competências socioemocionais, incluindo a

empatia, autorregulação emocional e de conflitos;

- Incluir os adolescentes na conceção, desenvolvimento, avaliação e disseminação dos programas de prevenção de comportamentos aditivos e na promoção de melhor saúde da sua geração. Estudos desenvolvidos no país têm revelado a importância da participação juvenil nos assuntos que diretamente os afetam, na promoção de melhor saúde, bem-estar e desenvolvimento positivo da sua geração (ex. Branquinho, Gómez-Baya, & Matos, 2019; Branquinho & Matos, 2018; Matos & Branquinho, 2020).

REFERÊNCIAS

Aventura Social (2020). *EsABE: Ecosistemas de aprendizagem e bem-estar- trajetórias de evolução e recomendações*. FMH/DGE (Documento de trabalho DGE).

Branquinho, C. & Matos, M. G. (2018). Why “Dream Teens”: was there an impact after a two-year participatory action-research program? *Child Indicators Research*, 11(46), 1-15.

Branquinho, C., Gómez-Baya, D. & Matos, M. G. (2019). Dream Teens: dar una "voz" a la juventud – el impacto de un proyecto de participación social con los jóvenes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 45, 25-36.

Cerqueira, A. et al. (2019). Sofrimento psicológico, consumo de tabaco, álcool e outros fatores psicossociais em adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do adolescente*, 10(1), 219-228.

Matos, M. G., & Aventura Social (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão. Relatório do estudo 2018 do HBSC/OMS em Portugal* (e-book). Disponível em www.aventurasocial.com

Matos, M. G., & Aventura Social (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão. Relatório do estudo 2014 do HBSC/OMS em Portugal*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. Disponível em www.aventurasocial.com

Matos, M. G. & Branquinho, C. (Coord.) (2020). *Dream Teens: um projeto onde as ideias ganham voz*. Brasil: Novas Edições Académicas.

Matos, M. G. et al. (2021). *Comportamento e Saúde dos Adolescentes do Concelho de Vila Nova de Famalicão – Relatório preliminar*. Lisboa: Aventura Social.

Matos, M. G. *et al.* (2012). *Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses – relatório final do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; FMH/Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em www.aventurasocial.com

Matos, M. G., *et al.* (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – relatório preliminar do Estudo HBSC 2006*. Disponível em www.aventurasocial.com

Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana, PEPT & CMDT.

Canábis – onde estamos e para onde vamos?



Manuel Gonçalves-Pinho

| NOTA BIOGRÁFICA | Médico de Psiquiatria e professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Assistente Convidado de Bioestatística, Introdução à Investigação e Análise de dados de Sistemas de Informação em Saúde no Mestrado Integrado em Medicina da FMUP. Doutorando do Programa Doutoral em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde (PDICSS) dedicando-se à utilização, aplicação de dados secundários e Big Data na área da Saúde Mental.

O consumo de substâncias psicoativas, tal como a canábis, acompanha a espécie humana desde os primórdios da sua existência.

A canábis é uma planta que deriva de uma espécie conhecida, podendo apresentar diferentes componentes e constituições. A heterogeneidade da composição da canábis tem aumentado, registando-se crescentes teores em $\Delta 9$ -THC ($\Delta 9$ -tetra-hidrocanabinol) ao longo dos anos (Dujourdy & Besacier, 2017; Zamengo *et al.*, 2013). O $\Delta 9$ -THC, para além de ser o principal responsável pelos efeitos psicoativos da canábis, é também o componente mais associado aos seus efeitos adversos graves (episódios psicóticos) (Di Fortie *et al.*, 2018). Existe um equilíbrio descrito entre o $\Delta 9$ -THC e o CBD (canabidiol) que parece contrabalançar alguns dos efeitos mais nefastos do THC.

PORTUGAL E CANÁBIS

Em Portugal, a canábis é a droga com maior prevalência de consumo, de acordo com o Relatório Anual 2019 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências (SICAD, 2020). Este grau de utilização destaca-se não só na quantidade de consumidores, mas também nas características dos mesmos: jovens e com elevada continuidade de utilização. Estas duas variáveis devem motivar uma reflexão profunda acerca das possíveis consequências sociais de um eventual aumento do consumo nos próximos anos.

A questão atual da canábis origina-se do seu papel como droga para consumo recreativo (uso social/ocasional; experimental), terapêutico, e consumo dependente. A multiplicidade de consumos deve orientar o debate acerca da utilização da

canábis, uma vez que existem riscos/benefícios bastante diferentes consoante o tipo de consumo.

Não obstante, não nos devemos esquecer que existe a possibilidade de intermutabilidade nos padrões de consumo com a passagem de um consumo recreativo para um consumo dependente. Esta mudança é mais frequente entre os consumidores com padrão diário ou frequente de consumo, embora exista evidência que descreva um maior risco de passagem a consumo dependente entre consumidores com problemas sociais/pessoais ou história familiar de doença mental (Coffey *et al.*, 2018; Van der Pol *et al.*, 2013; von Sydow *et al.*, 2002).

Vários estudos têm demonstrado resultados díspares em relação ao potencial que a canábis apresenta para a transição para consumo de outras substâncias com maior potencial aditivo (gateway theory) (Jorgensen & Wells, 2021; Hall & Lynskey, 2005).

A grande algazarra de pontos de vista extremados que abraçam a canábis como porta-estandarte partem muitas vezes do desconhecimento e da confusão generalizada no debate público entre os vários tipos de consumo existente.

A maior parte do consumo recreativo reportado não se consubstancia num padrão de consumo dependente. No entanto, dados recentes demonstram que em Portugal o consumo total de canábis e o consumo associado a dependência têm vindo a aumentar. Cerca de 19% dos consumidores recentes apresentavam sintomas de dependência, uma tendência que reforça o potencial aditivo da canábis (SICAD, 2020).

Um estudo recente demonstrou que as hospitalizações por episódio psicótico nos hospitais públicos portugueses têm registado cada vez mais frequentemente um diagnóstico secundário de consumo ou dependência de canábis (Gonçalves-Pinho, Bragança & Freitas, 2020). O desenvolvimento de um episódio psicótico e a possível contribuição para o espoletar de uma patologia no espectro da esquizofrenia representam os efeitos adversos mais danosos que podem advir do consumo de canábis.

LEGALIZAÇÃO DO CONSUMO RECREATIVO

O consumo recreativo de canábis encontra-se cada vez mais generalizado, sendo que em algumas regiões do globo (Norte de África e Ásia) a perspetiva social do seu consumo se assemelha à do álcool nos países ocidentais.

A eventual legalização do consumo recreativo da canábis poderá permitir um maior controlo da canábis legalmente produzida, oferecendo aos consumidores a possibilidade de adquirirem um produto cujo teor em THC/CBD seja conhecido e regulado. Esta regulamentação não elimina, no entanto, o mercado negro, que irá continuar a fornecer canábis não regulamentada com elevados teores em THC. Esta procura da canábis “ilegal” derivará não só do eventual preço de venda ao público da canábis regulamentada, mas também do elevado teor em THC da canábis “ilegal” fornecer os efeitos psicoativos que os consumidores procuram (e que também são responsáveis pelos seus efeitos adversos) (Mahamad *et al.*, 2020).

Portugal deve observar e analisar as consequências epidemiológicas, sociais e culturais que a legalização do consumo recreativo originou em países/regiões que o aprovaram recentemente (Canadá, Uruguai, alguns estados dos EUA) (Goodman *et al.*, 2020).

Em estados dos EUA que legalizaram o consumo recreativo, evidência recente apontou para um aumento estatisticamente significativo no consumo dependente de canábis em adolescentes (Cerdá *et al.*, 2020). Este é precisamente o grupo etário onde o consumo pode ser mais danoso e contribuir para uma alteração da arquitetura cerebral nas redes neuronais em desenvolvimento (Jacobus, 2019).

PARTE ECONÓMICA

A temática da legalização do consumo recreativo de canábis apresenta-se na ordem do dia não apenas pela evolução valorativa e social do seu consumo, mas também pelo seu potencial impacto económico. O crescente aumento da procura do produto em vários países e regiões gerou uma indústria em tudo comparável à indústria do tabaco no século XX, estimando-se um consumo anual de 66.3 mil milhões de dólares americanos de canábis (legal) para o ano de 2025 (Murray & Hall, 2020).

O interesse económico é e será um importante carburante que alimentará o debate público e político da legalização do consumo recreativo. O seu impacto deve ser conhecido pela população e reconhecido pelos decisores políticos, não se limitando a tomada de posições por valores ideológicos que ofusquem as consequências do consumo ou da sua proibição.

O FUTURO?

Caso a legalização do consumo recreativo avance em Portugal, as entidades reguladoras e governamentais deverão seguir o exemplo do Canadá, onde foram criadas estruturas de educação para a saúde e redes de suporte e divulgação de informação aos consumidores.

Elencam-se aqui um conjunto de 12 tópicos que considero fundamentais (adaptados da literatura) na análise e implementação de medidas de saúde pública relativas ao consumo recreativo de canábis (Hall & Lynskey, 2020; Shover & Humphreys, 2019):

1. A canábis para uso terapêutico deverá ser regulada por entidades de regulamentação do medicamento ou em colaboração com entidades do mercado recreativo;
2. Limitar a potência da canábis (teor em THC e rácio THC/CBD) pode reduzir os efeitos nefastos da canábis, incluindo o consumo associado a dependência.
3. A regulamentação do preço da canábis deverá ser utilizada por forma a promover a saúde pública;
4. As entidades governamentais deverão proteger o setor científico e a saúde pública de interesses corporativos (tal como os que ocorreram com as indústrias tabaqueira e dos refrigerantes);
5. A legalização do consumo recreativo deverá ser acompanhada de uma mudança do enquadramento legal associado à produção, venda, posse e consumo de canábis;
6. Acompanhar a legalização do consumo recreativo de financiamento para investigação e análise epidemiológica dos seus efeitos, bem como a promoção do conhecimento da população acerca dos efeitos associados ao consumo;
7. Avaliação das vendas, custo e teor em THC da canábis utilizada em Portugal;
8. Acompanhamento epidemiológico da prevalência e frequência de utilização de canábis em adolescentes;
9. Quantificação de acidentes de viação e incidentes que envolvam consumidores de canábis;
10. Avaliação das idas aos serviços de urgência relacionados com o consumo de canábis;
11. Avaliação da procura para o tratamento de doenças relacionadas com o consumo de canábis (abuso/dependência);
12. Avaliação junto das escolas, sistema judicial e serviços de saúde mental da prevalência de utilização habitual de canábis entre jovens vulneráveis.

DESAFIO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde terão de se adaptar às prováveis realidades que surgirão com as alterações legais e sociais associadas ao consumo de canábis (e outras substâncias).

Se, atualmente, os serviços de desabituação se encontram sobrelotados, com listas de espera consideráveis, alvo de um completo esquecimento por parte das entidades regionais e nacionais de saúde (e até governativas), deve existir a noção de que, com o mais fácil acesso a qualquer droga, também existirão mais casos de abuso/dependência a recorrer a estes serviços.

Dessarte, se apressamos o desenrolar da legalização, deveremos também apressar o investimento nestes serviços de saúde e nos seus profissionais.

REFERÊNCIAS

- Cerdá, M. *et al.* (2020). Association between recreational marijuana legalization in the United States and changes in marijuana use and cannabis use disorder from 2008 to 2016. *JAMA psychiatry*, 77(2), 165-171.
- Coffey, C. *et al.* (2018). Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 330-336.
- Di Forti, M., *et al.* (2018). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 488-491.
- Dujourdy, L. & Besacier, F. A. (2017). Study of cannabis potency in France over a 25 years period (1992–2016). *Forensic Science International*, 272, 72-80.
- Gonçalves-Pinho, M., Bragança, M. & Freitas, A. (2020). Psychotic disorders hospitalizations associated with cannabis abuse or dependence: a nationwide big data analysis. *International Journal Methods in Psychiatric Research*, 29 (1), e1813. <https://doi.org/10.1002/mpr.1813>
- Goodman, S. *et al.* (2020). Prevalence and forms of cannabis use in legal vs. illegal recreational cannabis markets. *International Journal of Drug Policy*, 76, 102658, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102658>
- Hall, W. & Lynskey, M. (2020). Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: the US experience. *World Psychiatry*, 19(2), 179-186.
- Hall, W. & Lynskey, M. (2005) Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 24(1), 39-48.
- Jacobus, J. *et al.* (2019). Cannabis and the developing brain: What does the evidence say? *Birth Defects Research*, 111(17), 1302-1307.
- Jorgensen, C. & Wells, J. (2021). Is marijuana really a gateway drug? A nationally representative test of the marijuana gateway hypothesis using a propensity score matching design. *Journal of Experimental Criminology*. <https://doi.org/10.1007/s11292-021-09464-z>
- Mahamad, S. *et al.* (2020). Availability, retail price and potency of legal and illegal cannabis in Canada after recreational cannabis legalisation. *Drug and Alcohol Review*, 39(4), 337-346.
- Murray, R.M. & Hall, W. (2020). Will legalization and commercialization of cannabis use increase the incidence and prevalence of psychosis? *JAMA Psychiatry*, 77(8), 777-778.
- Shover, C.L. & Humphreys, K. (2019). Six policy lessons relevant to cannabis legalization. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45(6), 698-706.
- SICAD (2020), *Relatório anual 2019. A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: SICAD.
- Van der Pol, P. *et al.* (2013). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: a three-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 352-359.
- von Sydow, K. *et al.* (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence?: A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(1), 49-64.
- Zamengo, L. *et al.* (2014). Cannabis potency in the Venice area (Italy): update 2013. *Drug Testing and Analysis*, 7(3), 255-258.

A propósito do consumo de canábis em Portugal – por uma política baseada na prevenção



Paulo Dias

|NOTA BIOGRÁFICA| Psicólogo, mestre em Ciências da Educação e Doutoramento em Psicologia da Saúde. É Professor Auxiliar e na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa (UCP), liderando a Linha de Investigação de «Cognição, intersubjectividade e desenvolvimento humano», do Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos (CEFH) na UCP (Braga). Desde 2009 que está envolvido em diversos projetos financiados, nacionais e europeus, na área da educação e das dependências. Durante este período, tem publicado em revistas nacionais e internacionais com revisão por pares.

Diana Moreira

|NOTA BIOGRÁFICA| Professora universitária e investigadora na Universidade Fernando Pessoa, investigadora no Laboratório de Neuropsicofisiologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, psicoterapeuta e neuropsicóloga no IPNP Saúde, colaboradora/revisora de várias revistas e publicações científicas, e membro da *European Society for Cognitive and Affective Neuroscience*, da *Association for Psychological Science* e da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça. Autora de quatro capítulos de livros e aproximadamente trinta publicações, nacionais e internacionais. Doutorada em Psicologia e mestre em Psicologia Forense/Justiça.

Atualmente, a canábis é a substância ilícita mais utilizada a nível global (UNODC, 2021), sendo estimado que à volta de 4% da população mundial entre os 15 e os 64 anos (entre 2.8 e 5.1%) consumiu canábis pelo menos uma vez em 2019. Isso significa o equivalente a 200 milhões de pessoas, o que constitui um aumento de cerca de 18% nos últimos 10 anos e cerca de 30% desde 1998. Na Europa, o consumo estimado entre os europeus de 15 a 34 anos ronda os 15%, subindo para os 19.2% entre os 15 e os 24 anos (EMCDDA, 2021). Estes dados estão em linha com os obtidos nos inquéritos realizados pelo European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2020), com uma média de 17% dos adolescentes entre os 15 e os 16 anos a consumir canábis nos últimos 12 meses. Em Portugal, na sinopse estatística sobre substâncias ilícitas, encontramos uma imagem deste fenómeno no nosso contexto (SICAD, 2021). Considerando dados de 2016-2017, estimava-se a prevalência do consumo ao longo da vida de canábis de 9.7% entre os 15 e os 74 anos, sendo que 4.5% referiram o consumo nos últimos 12 meses. De acordo com o inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (Carapinha & Calado, 2020), com 18 anos de idade em 2019, a prevalência de consumo de canábis no último ano chega aos 26.9%. Dados que nos permitem compreender a dimensão deste problema de saúde pública.

Sendo claro que se trata da substância ilícita mais consumida, e conhecido que a percentagem de Tetra-hidrocannabinol tenha aumentado em quatro vezes, de 1995 a 2019, não deixa de ser relevante perceber que a perceção de risco entre os adolescentes tem vindo a diminuir (UNODC, 2021). Embora continuem a ser reconhecidos os seus efeitos sobre o sistema nervoso central (WHO, 2016), na alteração das suas funções, perceções,

emoções, atitudes e comportamentos. E publicados estudos que relacionam o consumo com risco de depressão, ansiedade, suicídio, episódios psicóticos (e.g., Gobbi *et al.*, 2019), em particular quando há uma experiência e consumo precoces (e.g., Stiby *et al.*, 2015).

De acordo com a literatura, percebemos que é mais consumida entre os rapazes (e.g., Moor *et al.*, 2020), frequentemente em contextos recreativos (e.g., Keyhani *et al.*, 2018), associado a práticas parentais desajustadas (e.g., Miller *et al.*, 2017), num ambiente de grande complacência ou permissividade com esta substância que é vista como natural e inofensiva (e.g., Carliner *et al.*, 2017). Associado, a presença de amigos consumidores (e.g., Helmer *et al.*, 2021; Patrick *et al.*, 2016) ajuda a perceber um aumento da probabilidade de uso de canábis em faixas etárias cada vez mais jovens. Dados que devem fazer a comunidade científica, os agentes de saúde pública e os decisores políticos, discutir e refletir sobre as ações legislativas, conhecer fatores precipitantes e decidir sobre ações preventivas.

MOTIVAÇÃO E PERCEÇÃO DE RISCO ASSOCIADO AO CONSUMO DE CANÁBIS

Para compreender o consumo, importa perceber os seus motivos. Em grande medida, a investigação tem sido adaptada dos trabalhos de Mary Lynne Cooper (e.g., Cooper *et al.*, 2015; Martins *et al.*, 2019) sobre o consumo de álcool, que, desde 1994, identifica motivos sociais (*social motives*) como estratégia de coping (*coping motives*), como forma de melhoria pessoal/aprimoramento (*enhancement*) ou de conformidade (*confirmity motives*). Estudos

mais recentes têm apresentado instrumentos mais específicos, desenvolvidos a partir de *focus groups* sobre o consumo de canábis, como o apresentado por Lee e colaboradores (2007), com 36 itens representando 12 fatores diferentes (motivos) com um boa validade e fidelidade. Os resultados permitiram perceber que os motivos mais relatados entre os adolescentes incluíam diversão, conformidade, experimentação, facilitação social, lidar com o tédio ou relaxamento (Lee *et al.*, 2007). A adaptação do instrumento para o nosso contexto, junto de consumidores, permitiu perceber a replicação do modelo teórico com boas propriedades psicométricas (Dias *et al.*, 2020). Analisando os motivos mais invocados para o consumo, foram indicados a celebração de dias ou ocasiões especiais, por prazer, porque é divertido ou gostam dos seus efeitos, e pela experiência/para experimentar. Sendo que o uso de canábis aparece mais fortemente correlacionado com a dificuldade de dormir, a percepção alterada e a experiência. Embora não existam muitos estudos no nosso contexto, estes dados estão genericamente em linha com estudos internacionais. Mas mais estudos, seja com consumidores como com a população geral, podem ajudar-nos a conhecer o que leva adolescentes a experimentar, por forma a desenhar estratégias preventivas adequadas.

Para além dos motivos, outro determinante, especialmente na adolescência e junto de jovens adultos, é a percepção de risco. Sabemos que as estratégias preventivas, especialmente quando focadas na informação, relacionam-se diretamente com a percepção de risco do destinatário da mensagem (Garcia del Castillo *et al.*, 2014). Considerando, em particular, que os adolescentes e jovens recebem abundante informação através da Internet e de redes sociais, importa avaliar em

detalhe as suas percepções para ajustar as estratégias preventivas. A percepção aparece como um fator importante para a experiência de uso de canábis (Parker & Anthony, 2018). Aparece associado a uma menor percepção de risco, físico, psicológico e social, não apenas entre os adultos, mas também entre os adolescentes. Apesar da canábis estar claramente relacionada com problemas de saúde mental e física, alguns estudos recentes apontam para uma diminuição na percepção de risco, resultando numa visão inofensiva dessa substância (Carliner *et al.*, 2017). Também no nosso contexto (Martínez-Vispo & Dias, 2020), estudos sugerem que os consumidores percebem maior risco e dificuldades em deixar de fumar, em enfrentar problemas legais, ter acidentes de viação, problemas financeiros. Comparando com os que não consomem, os consumidores têm uma menor percepção de risco, em geral, e em dimensões específicas como no risco agudo de paranoia, problemas de saúde física, dificuldades em deixar de fumar, falta de motivação e começar a usar outras drogas.

POR UMA POLÍTICA BASEADA NA PREVENÇÃO

Diversos estudos têm apontado as normas sociais e a relação com os pares, como determinantes do consumo de canábis (e.g., Helmer *et al.*, 2021; Patrick *et al.*, 2016). Como aconteceu, em rigor, com outras substâncias no passado. A percepção de que a maior parte dos amigos consome (Helmer *et al.*, 2021), aliada a baixo apoio parental, menor cumprimento de regras e baixo desempenho escolar, foram encontradas no ESPAD (ESPAD Group, 2020) como os mais fortes determinantes. Também nos Estados Unidos, a percepção de

consumo de canábis por parte dos pares aparece como determinante entre adolescentes e jovens adultos (Patrick *et al.*, 2016). Dados que sugerem a necessidade de um claro investimento em estratégias preventivas. Estudos realizados no nosso contexto sugerem as potencialidades de estratégias de prevenção seletiva (Pereira & Dias 2019), recorrendo a metodologias ativas e com recurso a materiais multimédia. Embora se tenha assistido a mudanças curriculares e à introdução da educação para a saúde em contexto nacional, há poucos dados relativamente à sua eficácia na prevenção do consumo de substâncias. Importaria avaliar e, eventualmente, criar orientações mais específicas para prevenir o consumo de substâncias em contexto escolar. Isto porque, seja pelo efeito direto ou na associação com outras substâncias, o consumo cada vez mais precoce de substâncias parece reforçar a probabilidade de escalada para outras substâncias (e.g., Mayet *et al.*, 2012; Rabiee *et al.*, 2020; Secades-Villa *et al.*, 2015). De facto, a *gateway theory* sugere uma sequência na progressão, do uso de tabaco, álcool ou canábis, para o uso de outras substâncias, a terminar em uso

nocivo e dependência. Para além disso, considerando a evolução tecnológica e o seu papel no acesso à informação e nas interações sociais, importa não esquecer a prevenção em contexto digital (Garcia del Castillo *et al.*, 2020). As substâncias têm um papel muito relevante na criação de norma social e movimentos de contágio, como descrevem Christakis e Fowler (2013), pelo que estratégias intencionais dirigidas a destinatários diferenciados devem também ser operacionalizadas neste contexto.

Se se entendem como notáveis os avanços ao nível da legislação no nosso contexto, que dela fazem um caso de estudo internacional, tal não significa a eliminação de um problema. Pelo contrário, assistiu-se também a uma diminuição da capacidade de investigação na área das dependências, sendo escassos os grupos de investigação dedicados a esta temática e ainda menos os projetos financiados. Não tendo deixado de existir o problema, como os dados bem o demonstram, importa retomar uma agenda de investigação e de prevenção destes comportamentos de risco.

REFERÊNCIAS

- Carapinha, L. & Calado, V. (2020). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional – 2019*. Lisboa: SICAD.
- Carliner, H. *et al.* (2017). Cannabis use, attitudes, and legal status in the U.S.: a review. *Preventive Medicine*, 104, 13-23.
- Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2013). Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Statistics in Medicine*, 32, 556-577.
- Cooper, M., O'Hara, R. & Martins, J. (2015). Does drinking improve the quality of sexual experience? Sex-specific alcohol expectancies and subjective experience on drinking versus sober sexual occasions. *AIDS and Behavior*, 20(S1), 40-51.
- Dias, P.C. *et al.* (2020). Motives for cannabis use in a sample of Portuguese users. *Journal of Substance Use*, 25(6), 672-676.
- EMCDDA (2021). *Relatório Europeu sobre Drogas 2021: tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

- ESPAD Group (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- García del Castillo, J.A. *et al.* (2020). Social networks as tools for the prevention and promotion of health among youth. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33, 13.
- García del Castillo, J.A. *et al.* (2014). Análisis de la información en la prevención de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions*, 14(1), 5-14.
- Gobbi, G. *et al.* (2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426-434.
- Helmer, S.M. *et al.* (2021). "Tell me how much your friends consume" – Personal, behavioral, social, and attitudinal factors associated with alcohol and cannabis use among European school students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1684.
- Keyhani, S. *et al.* (2018). Risks and benefits of marijuana use: A national survey of U.S. Adults. *Annals of Internal Medicine*, 169(5), 282-290.
- Lee, C. M., Neighbors, C. & Woods, B. A. (2007). Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1384-1394.
- Martínez-Vispo, C. & Dias, P.C. (2020). Risk perceptions and cannabis use in a sample of Portuguese adolescents and young adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00392-z>
- Martins, J. *et al.* (2019). Interactive effects of naturalistic drinking context and alcohol sensitivity on neural alcohol cue-reactivity responses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(8), 1777-1789.
- Mayet, A. *et al.* (2012). Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: Use of a multi-state model. *Addictive Behaviors*, 37(2), 160-166.
- Miller, S., Siegel, J. T. & Crano, W. D. (2017). Parent's influence on children's cannabis use. In V. R. Preedy (Ed.), *Handbook of Cannabis and Related Pathologies: Biology, pharmacology, diagnosis, and treatment*. Cambridge: Elsevier Academic Press, 215–222.
- Moor, I. *et al.* (2020). Alcohol, tobacco and cannabis use in adolescence – Cross-sectional results of the 2017/18 HBSC study. *Journal of Health Monitoring*, 5(3), 69-86.
- Parker, M. A. & Anthony, J. C. (2018). Population-level predictions from cannabis risk perceptions to active cannabis use prevalence in the United States, 1991–2014. *Addictive Behaviors*, 82, 101–104.
- Patrick, M. E. *et al.* (2016). Perceived friends' use as a risk factor for marijuana use across young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(8), 904-914.
- Pereira, V. & Dias, P.C. (2018). Atitudes e consumo de cannabis em estudantes do ensino geral e vocacional. *Psicologia, Saúde & Doença*, 19(3), 535-549.
- Rabiee, R. (2020). Cannabis use, subsequent other illicit drug use and drug use disorders: A 16-year follow-up study among Swedish adults. *Addictive Behaviors*, 106, 1-6.
- Secades-Villa, R. *et al.* (2015). Probability and predictors of the cannabis gateway effect: A national study. *International Journal of Drug Policy*, 26(2), 135-142.

SICAD (2021). *Sinopse Estatística 2019 – Substâncias ilícitas*. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2021/SinopseEstatistica19_substanciasilicitas_PT.pdf

Stiby, A.I. *et al.* (2015). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: A birth cohort study. *Addiction*, 110, 658–668.

UNODC (2020). *World Drug Report 2020*. Vienna: United Nations.

World Health Organization. (2016). *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use*. Geneva: World Health Organization.

Neuroinflamação e substâncias psicoativas

– uma relação negligenciada



Ana Isabel Silva

[NOTA BIOGRÁFICA] Licenciada em Bioquímica pela Faculdade de Ciências da Universidade do Porto e mestre em Neurobiologia pela Faculdade de Medicina pela mesma Universidade. Atualmente, é doutoranda no grupo de investigação *Addiction Biology* no Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S, UP) sob orientação da Doutora Teresa Summavielle. Estuda o impacto da metanfetamina nas células gliais e abordagens farmacológicas que possam reverter a neuroinflamação causada por este psicoestimulante.

Teresa Summavielle

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutorada em Ciências Biomédicas pela Universidade do Porto (UP). Atualmente é Diretora do grupo de investigação *Addiction Biology* no Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S, UP), e docente convidada na Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, na FMUP e no ICBAS. É também membro da Direção da Sociedade Portuguesa de Neurociências. A sua investigação centra-se nos mecanismos moleculares que regulam a ação das substâncias psicoativas.

O último *World Drug Report* (UNODC, 2021) estima um total de 275 milhões de utilizadores de drogas ilícitas, em que se incluem 36,3 milhões de utilizadores problemáticos. Destes, apenas cerca de 20% terão acesso a tratamento. A estes números, acrescem elevadas taxas de recaída, o que justifica a necessidade urgente de novas abordagens terapêuticas.

As substâncias psicoativas são tradicionalmente conhecidas pelo impacto profundo que têm nos sistemas monoaminérgicos e glutamatérgico (Nestler & Luscher, 2019), levando a alterações comportamentais persistentes e disfunção prolongada do tecido cerebral. No entanto, mais recentemente, a sua capacidade de afetar também as células da glia tem vindo a ser reconhecida, sendo hoje progressivamente bem aceite que as alterações impostas pelas diferentes substâncias psicoativas, ao regular funcionamento destas células, são uma componente relevante na formação do processo de dependência (Buttner, 2011; Cadet & Bisagno, 2014; Clark, Wiley, & Bradberry, 2013; Miguel-Hidalgo, 2009). A interação entre a microglia e os diferentes tipos de neurónios no controlo do comportamento é agora inegável, tendo sido já verificado que é modulada quer por fatores solúveis – de que se destacam as citocinas e quimocinas (Gundersen, Storm-Mathisen, & Bergersen, 2015; Pocock & Kettenmann, 2007) e os neurotransmissores tradicionais (Pocock & Kettenmann, 2007) –, quer por um número crescente de pares ligando-recetor que têm vindo a ser descritos ao longo dos últimos anos (Chavarría & Cardenas, 2013). Estas interações são cruciais para o desenvolvimento do sistema nervoso central, para a regulação da árvore dendrítica neuronal, e para determinar o número e tipo de

espículas e sinapses funcionais (Fields *et al.*, 2014; Lim *et al.*, 2013; Waisman *et al.*, 2015).

De entre as células da glia, os astrócitos e microglia têm sido alvo de particular atenção no contexto das substâncias psicoativas (Cadet & Bisagno, 2014; Lacagnina, Rivera, & Bilbo, 2017). As células da microglia são as principais constituintes da população imune do sistema nervoso central (CNS). São células altamente ramificadas, permanentemente vigilantes, e que reagem a alterações da homeostasia do tecido nervoso, adquirindo perfis pró-inflamatórios (ou reativos) quando confrontadas com eventos negativos; ou perfis anti-inflamatórios (ou resolutivos) após resolução do problema inicial, promovendo assim o regresso a condições normais (Salter & Beggs, 2014; Smolders *et al.*, 2019). Neste processo, intensificam a sua atividade fagocítica, eliminam sinapses e modelam a atividade neuronal, tendo grande impacto na regulação comportamental (Schafer *et al.*, 2012). Uma das primeiras indicações interessantes no contexto de um possível papel da glia na mediação comportamento dependente foi a observação de que no período inicial de abstinência a microglia parece estar altamente responsiva, adotando um perfil muito semelhante ao descrito para o síndrome de *sickness behaviour* (Clark *et al.*, 2013). Alguns trabalhos apontam ainda para a possibilidade da exposição a substâncias psicoativas promover na microglia um estado de hiper-reatividade que resulta numa libertação exacerbada de citocinas pró-inflamatórias e conseqüentemente em toxicidade acrescida (Perry & Teeling, 2013). No entanto, é igualmente possível que o uso crónico destas substâncias tenha como consequência a perda de capacidade de resposta da microglia, como foi já descrito noutras patologias neurodegenerativas (Lecours *et al.*, 2018; Rojo *et al.*, 2010; Socodato *et al.*, 2020b; Spangenberg &

Green, 2017), e como é proposto num trabalho recente de imagiologia em utilizadores crónicos de metanfetamina (Leal *et al.*, 2001).

Os astrócitos, por seu lado, são as células mais abundantes do parênquima cerebral (Summavielle & Relvas, 2012). Classicamente são vistos como células cruciais na comunicação com a vascularização do cérebro e no suporte trófico de neurónios. No entanto, a descoberta da sua participação na regulação sináptica, dando origem ao conceito de sinapse tripartida (Perea, Navarrete, & Araque, 2009), foi o ponto de partida para o reconhecimento do astrócito como uma célula multifuncional, com diversos fenótipos, e cujo o potencial tem gradualmente vindo a ser reconhecido. Estas células estão envolvidas na formação e estabilização de sinapses e na regulação de neurotransmissores e excitabilidade neuronal, assumindo assim um controlo parcial sobre a função neuronal e sobre o comportamento (Bezzi *et al.* 2001b). Os astrócitos são também reguladores importantes da função imune no cérebro, tendo capacidade de responder a diversas citocinas, bem como de as produzir e libertar (Balasingam & Yong, 1996; Bezzi *et al.*, 2001a). Existem já vários trabalhos que referem a importância dos gliotransmissores na resposta a drogas de abuso, com um foco muito relevante na ação do glutamato (Mark *et al.*, 2007; Scofield & Kalivas, 2014; Tzschentke & Schmidt, 2003), que foi recentemente confirmado como um modelador crítico da resposta a drogas como a cocaína (Corkrum *et al.*, 2020). No entanto, tal como acontece com a microglia, os mecanismos moleculares que regulam a atividade dos astrócitos, quando expostos a diferentes substâncias psicoativas, continuam a ser maioritariamente desconhecidos, o que, apesar do número crescente de trabalhos descrevendo os

efeitos destas substâncias sobre as células da glia, impede que este conhecimento possa ser utilizado para o desenho de novas abordagens terapêuticas para um velho o problema.

No nosso laboratório descrevemos recentemente que, em murganhos adultos, a exposição aguda a drogas psicoativas como a metanfetamina, induz uma expansão significativa da população de células de microglia, promovendo um estado pró-inflamatório ativo que a nível comportamental se reflete na diminuição da capacidade de avaliação de risco (Canedo *et al.*, 2021). Mostrámos ainda, que esta ativação da microglia depende de um aumento de produção e libertação de TNF (*fator necrosante tumoral*, uma das principais citocinas pró-inflamatórias) pelos astrócitos, e leva à libertação, também pelos astrócitos, de grandes quantidades de glutamato, que por sua vez age sobre as células da microglia causando a sua ativação. De modo semelhante, demonstrámos que o consumo excessivo de álcool, também com recurso a modelo de exposição em murganho, leva a uma eliminação aberrante de terminais sinápticos pela microglia a nível pré-frontal, promovendo comportamentos relacionados com níveis de ansiedade aumentados (Socodato *et al.*, 2020a). Em ambos os trabalhos, demonstrámos que quer usando modelos de murganhos transgénicos que não produzem TNF (Canedo *et al.*, 2021; Socodato *et al.*, 2020a), quer usando diferentes inibidores da produção de TNF, como o AZD0530 ou *saracatinib* (inibidor da cinase *Src*) e a pomalidomida, já aprovados para uso terapêutico no contexto de outras patologias, ou usando o anticorpo anti-TNF *adalimumab* (Socodato *et al.*, 2020a), conseguíamos reduzir de forma relevante os efeitos da metanfetamina e/ou do álcool. Estes resultados permitem-nos antever que há de facto um potencial

importante nestas estratégias terapêuticas, em particular nos períodos iniciais de abstinência, em que as células da glia parecem estar a responder de forma excessiva, com libertação exacerbada de citocinas e glutamato, potenciando a probabilidade de comportamentos de ansiedade e impulsividade, e consequentemente de recaída.

Note-se que diferentes substâncias psicoativas agem sobre as células da glia usando mecanismos potencialmente diferentes. Por exemplo, nos trabalhos que publicámos recentemente descrevemos que o excesso de TNF na resposta ao álcool tem origem na microglia, enquanto na resposta a metanfetamina o TNF é libertados pelos astrócitos. Também não é surpreendente que compostos com estruturas químicas variadas ajam sobre recetores diferentes, ainda que, para a maiorias destas substâncias estes recetores estejam ainda por identificar. Este é um campo de investigação que pelo seu potencial terapêutico deverá merecer a melhor atenção num futuro próximo.

Tanto drogas psicostimulantes como a cocaína, a metanfetamina, ou outras anfetaminas modificadas, como drogas com características inibitórias como a heroína ou o álcool parecem ser claramente pro-inflamatórias (Clark *et al.*, 2013; Coelho-Santos *et al.*, 2016; Kolb *et al.*, 2003; Merighi *et al.*, 2013; Schwarz & Bilbo, 2013; Thomas *et al.*, 2004). Os canabinoides, no entanto, têm sido alvo de alguma controvérsia. Numa revisão recente, olhamos para os trabalhos publicados nos últimos 10 anos e concluímos que não existem estudos que nos permitam afirmar com certeza qual o papel de extratos de canábis na regulação da atividade das células da glia, sobretudo por haver variabilidade excessiva na constituição dos extratos estudados, mas também pelas diferenças na metodologia (Silva,

2021). No entanto, nos trabalhos que avaliaram o efeito da exposição a tetrahydrocannabinol (THC), os resultados mostram claramente um efeito pró-inflamatório, enquanto a exposição a canabidiol (CBD) ou a conjugações 1:1 de THC e CBD apontam para efeitos anti-inflamatórios (Silva, 2021). A impossibilidade de avaliar corretamente o efeito dos extratos de canábis vai ao encontro de uma preocupação bem expressa numa importante publicação da National Academies of Sciences and Medicine (2017), que elenca uma série de recomendações de boas práticas a adotar com urgência na investigação dos efeitos da canábis.

Contrastando com os efeitos negativos do aumento de citocinas pró-inflamatórias, tais como o TNF, a IL-1 β ou IL-6 (entre muitas outras), as citocinas anti-inflamatórias como a IL-10 atenuam a reatividade glial e diminuem a probabilidade de respostas imunes exageradas (Kwilasz *et al.*, 2015; Lobo-Silva *et al.*, 2016). Dados preliminares do nosso laboratório, indicam que a exposição a metanfetamina diminui os níveis de IL-10, e que a sua sobre expressão, usando modelos que permitem uma regulação temporal desta citocina, reduz a reatividade da microglia induzida por metanfetamina. Em concordância com estes dados, outros investigadores descreveram níveis diminuídos de IL-10 circulante em associação com maior ansiedade, interação social limitada e alterações de memória em utilizadores crónicos de metanfetamina (Swanepoel, Moller & Harvey, 2018). O uso de álcool e drogas e consequentes alterações de citocinas em circulação foi também relacionado com *distress* psicológico, revelando associações positivas entre níveis aumentados de IL-6, TNF e interferon- γ (IFN- γ) e sintomas depressivos, e associações negativas entre a diminuição de IL-10 e os níveis ansiedade (Martinez

et al., 2018). Apesar do *distress* e os níveis excessivos de ansiedade serem fatores potenciadores de recaída (Engel *et al.*, 2016; Willinger *et al.*, 2002), muito poucos estudos se debruçaram sobre a relação ente níveis alterados de citocinas e recaída, ou sobre a resposta destes moduladores neuro-imunes aos diferentes tipos de tratamentos de desabituação.

Neste cenário, o aumento dos níveis de IL-10 pode vir a revelar-se uma estratégia terapêutica interessante. Em roedores, a sobre expressão específica de IL-10 no *nucleus accumbens* reduziu a autoadministração de remifentanil (Lacagnina *et al.*, 2017), e a injeção de IL-10 diretamente na região da amígdala basolateral atenuou o consumo de álcool (Marshall *et al.*, 2017). Também com interesse terapêutico,

foi demonstrado recentemente que a administração de CBD promove o aumento dos níveis de IL-10 (Elliott *et al.*, 2018). O CBD, por sua vez, também tem demonstrado potencial terapêutico na desabituação (Hay *et al.*, 2018; Karimi-Haghighi & Haghparast, 2018).

Em resumo, seria de grande interesse conhecer o perfil de citocinas circulantes ao longo do período de abstinência, em pacientes que iniciam um tratamento de desintoxicação, e correlacionar essas citocinas com avaliações psicológicas com poder preditivo na recaída. Este conhecimento, permitiria verificar a existência de um paralelismo com os resultados descritos em modelos animais, e desenhar investigação pré-clínica com maior valor translacional, e consequentemente maior probabilidade de sucesso.

REFERÊNCIAS

- Balasingam, V. & Yong, V. W. (1996). Attenuation of astroglial reactivity by interleukin-10. *J Neurosci*, 16(9), 2945-2955.
- Bezzi, P. *et al.* (2001). CXCR4-activated astrocyte glutamate release via TNF α : amplification by microglia triggers neurotoxicity. *Nat Neurosci*, 4(7), 702-710.
- Bezzi, P. *et al.* (2001). Neuron-astrocyte cross-talk during synaptic transmission: physiological and neuropathological implications. *Prog Brain Res*, 132, 255-265.
- Buttner, A. (2011). Review: The neuropathology of drug abuse. *Neuropathol Appl Neurobiol*, 37(2), 118-134.
- Cadet, J. L. & Bisagno, V. (2014). Glial-neuronal ensembles: partners in drug addiction-associated synaptic plasticity. *Front Pharmacol*, 5, 204. <https://doi.org/10.3389/fphar.2014.00204>
- Canedo, T. *et al.* (2021). Astrocyte-derived TNF and glutamate critically modulate microglia activation by methamphetamine. *Neuropsychopharmacology*. doi:10.1038/s41386-021-01139-7
- Chavarria, A. & Cardenas, G. (2013). Neuronal influence behind the central nervous system regulation of the immune cells. *Front Integr Neurosci*, 7, 64. doi:10.3389/fnint.2013.00064
- Clark, K. H., Wiley, C. A. & Bradberry, C. W. (2013). Psychostimulant abuse and neuroinflammation: emerging evidence of their interconnection. *Neurotox Res*, 23(2), 174-188.
- Coelho-Santos, V. *et al.* (2016). Methylphenidate-triggered ROS generation promotes caveolae-mediated transcytosis via Rac1 signaling and c-Src-dependent caveolin-1 phosphorylation in human brain endothelial cells. *Cell Mol Life Sci*, 73(24), 4701-4716.

- Corkrum, M. *et al.* (2020). Dopamine-evoked synaptic regulation in the nucleus accumbens requires astrocyte activity. *Neuron*, 105(6), 1036-1047 e1035. doi:10.1016/j.neuron.2019.12.026
- Elliott, D. M. *et al.* (2018). Cannabidiol attenuates experimental autoimmune encephalomyelitis model of multiple sclerosis through induction of myeloid-derived suppressor cells. *Front Immunol*, 9, 1782. doi:10.3389/fimmu.2018.01782
- Engel, K. *et al.* (2016). The role of psychological distress in relapse prevention of alcohol addiction. Can high scores on the SCL-90-R predict alcohol relapse? *Alcohol Alcohol*, 51(1), 27-31.
- Fields, R. D. *et al.* (2014). Glial biology in learning and cognition. *Neuroscientist*, 20(5), 426-431.
- Gundersen, V., Storm-Mathisen, J. & Bergersen, L. H. (2015). Neuroglial Transmission. *Physiol Rev*, 95(3), 695-726.
- Hay, G. L. *et al.* (2018). Cannabidiol treatment reduces the motivation to self-administer methamphetamine and methamphetamine-primed relapse in rats. *J Psychopharmacol*, 32(12), 1369-1378.
- Karimi-Haghighi, S. & Haghparast, A. (2018). Cannabidiol inhibits priming-induced reinstatement of methamphetamine in REM sleep deprived rats. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 82, 307-313.
- Kolb, B. *et al.* (2003). Amphetamine or cocaine limits the ability of later experience to promote structural plasticity in the neocortex and nucleus accumbens. *Proc Natl Acad Sci USA*, 100(18), 10523-10528.
- Kwilasz, A. J. *et al.* (2015). The therapeutic potential of interleukin-10 in neuroimmune diseases. *Neuropharmacology*, 96(Pt A), 55-69.
- Lacagnina, M. J. *et al.* (2017). Opioid self-administration is attenuated by early-life experience and gene therapy for anti-inflammatory IL-10 in the nucleus accumbens of male rats. *Neuropsychopharmacology*, 42(11), 2128-2140.
- Lacagnina, M. J., Rivera, P. D. & Bilbo, S. D. (2017). Glial and neuroimmune mechanisms as critical modulators of drug use and abuse. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 156-177.
- Leal, M. B. *et al.* (2001). Ibogaine alters synaptosomal and glial glutamate release and uptake. *Neuroreport*, 12(2), 263-267.
- Lecours, C. *et al.* (2018). Microglial implication in Parkinson's disease: loss of beneficial physiological roles or gain of inflammatory functions? *Front Cell Neurosci*, 12(282). doi:10.3389/fncel.2018.00282
- Lim, S. H. *et al.* (2013). Neuronal synapse formation induced by microglia and interleukin 10. *PLoS One*, 8(11), e81218. doi:10.1371/journal.pone.0081218
- Lobo-Silva, D. *et al.* (2016). Balancing the immune response in the brain: IL-10 and its regulation. *J Neuroinflammation*, 13(1), 297. doi:10.1186/s12974-016-0763-8
- Mark, K. A. *et al.* (2007). Dynamic changes in vesicular glutamate transporter 1 function and expression related to methamphetamine-induced glutamate release. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 27(25), 6823-6831.
- Marshall, S. A. *et al.* (2017). Modulation of Binge-like Ethanol Consumption by IL-10 Signaling in the Basolateral Amygdala. *J Neuroimmune Pharmacol*, 12(2), 249-259. doi:10.1007/s11481-016-9709-2
- Martinez, P. *et al.* (2018). Circulating cytokine levels are associated with symptoms of depression and anxiety among people with alcohol and drug use disorders. *Journal of neuroimmunology*, 318, 80-86.
- Merighi, S. *et al.* (2013). Morphine mediates a proinflammatory phenotype via mu-opioid receptor-PKCvarepsilon-Akt-ERK1/2 signaling pathway in activated microglial cells. *Biochem Pharmacol*, 86(4), 487-496.

- Miguel-Hidalgo, J. J. (2009). The role of glial cells in drug abuse. *Curr Drug Abuse Rev*, 2(1), 72-82.
- National Academies of Sciences, E. & Medicine. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research*. Washington: The National Academies Press.
- Nestler, E. J. & Luscher, C. (2019). The Molecular Basis of Drug Addiction: linking epigenetic to synaptic and circuit mechanisms. *Neuron*, 102(1), 48-59.
- Perea, G., Navarrete, M. & Araque, A. (2009). Tripartite synapses: astrocytes process and control synaptic information. *Trends Neurosci*, 32(8), 421-431.
- Perry, V. H., & Teeling, J. (2013). Microglia and macrophages of the central nervous system: the contribution of microglia priming and systemic inflammation to chronic neurodegeneration. *Seminars in Immunopathology*, 35(5), 601-612.
- Pocock, J. M., & Kettenmann, H. (2007). Neurotransmitter receptors on microglia. *Trends Neurosci*, 30(10), 527-535.
- Rojo, A. I. et al. (2010). Nrf2 regulates microglial dynamics and neuroinflammation in experimental Parkinson's disease. *Glia*, 58(5), 588-598.
- Salter, M. W. & Beggs, S. (2014). Sublime microglia: expanding roles for the guardians of the CNS. *Cell*, 158(1), 15-24.
- Schafer, D. P. et al. (2012). Microglia sculpt postnatal neural circuits in an activity and complement-dependent manner. *Neuron*, 74(4), 691-705.
- Schwarz, J. M., & Bilbo, S. D. (2013). Adolescent morphine exposure affects long-term microglial function and later-life relapse liability in a model of addiction. *J Neurosci*, 33(3), 961-971.
- Scofield, M. D. & Kalivas, P. W. (2014). Astrocytic dysfunction and addiction: consequences of impaired glutamate homeostasis. *Neuroscientist*, 20(6), 610-622.
- Silva, M. C. (2021). *The Impact of Natural Cannabinoids on Neuroinflammation*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto.
- Smolders, S. M. et al. (2019). Microglia: brain cells on the move. *Prog Neurobiol*, 178, 101612. doi:10.1016/j.pneurobio.2019.04.001
- Socodato, R. et al. (2020a). Daily alcohol intake triggers aberrant synaptic pruning leading to synapse loss and anxiety-like behavior. *Sci Signal*, 13(650), eaba5754. doi:10.1126/scisignal.aba5754
- Socodato, R. et al. (2020b). Microglia dysfunction caused by the loss of rhoA disrupts neuronal physiology and leads to neurodegeneration. *Cell Rep*, 31(12), 107796. doi:10.1016/j.celrep.2020.107796
- Spangenberg, E. E. & Green, K. N. (2017). Inflammation in Alzheimer's disease: lessons learned from microglia-depletion models. *Brain Behav Immun*, 61, 1-11.
- Summavielle, T. & Relvas, J. B. (2012). Células do sistema nervoso. In C. Azevedo & C. Sunkel (Eds.), *Biologia Molecular e Celular* (5ª edição.). Porto: Lidel.
- Swanepoel, T., Moller, M., & Harvey, B. H. (2018). N-acetyl cysteine reverses bio-behavioural changes induced by prenatal inflammation, adolescent methamphetamine exposure and combined challenges. *Psychopharmacology (Berl)*, 235(1), 351-368. doi:10.1007/s00213-017-4776-5
- Thomas, D. M. et al. (2004). Methamphetamine neurotoxicity in dopamine nerve endings of the striatum is associated with microglial activation. *J Pharmacol Exp Ther*, 311(1), 1-7.

Tzschentke, T. M. & Schmidt, W. J. (2003). Glutamatergic mechanisms in addiction. *Mol Psychiatry*, 8(4), 373-382.

UNODC (2021). *Global Overview: Drug demand, drug supply. World Drug Report 2021, Booklet 2*. Vienna: United Nations.

Waisman, A. *et al.* (2015). Homeostasis of microglia in the adult brain: review of novel microglia depletion systems. *Trends Immunol*, 36(10), 625-636.

Willinger, U. *et al.* (2002). Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 609-612.

Álcool e gravidez: algumas reflexões em torno de um fenómeno complexo



Maria Raul Lobo Xavier

[NOTA BIOGRÁFICA] Psicóloga. Professora Auxiliar da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa e membro do Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano desta Universidade. Concluiu o Doutoramento em Ciências Biomédicas em 2001 na Universidade do Porto. Leciona nas áreas da Psicologia do desenvolvimento, da família, da parentalidade e da intervenção psicológica nestes domínios. Tem como áreas de interesse clínico e de investigação científica: gravidez (nomeadamente consumos de álcool durante a gravidez) e infertilidade, parentalidade e desenvolvimento nos primeiros anos de vida.

De acordo com a OMS (WHO, 2018), a Europa é a região do mundo em que os consumos são mais elevados e as mulheres europeias são as que mais consomem. Em Portugal, a produção e consumo de bebidas com álcool são parte integrante da história e da cultura (Baeza, 2020; Kilian *et al.*, 2021). O álcool é a substância psicoativa mais consumida no nosso país e dados de 2016/2017 mostram que (entre os 15 e os 74 anos) a prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica foi de 85% ao longo da vida (92% nos homens e 79% nas mulheres), 58% nos últimos 12 meses (68% nos homens e 49% nas mulheres) e 49% nos últimos 30 dias (61% nos homens e 37% nas mulheres) (Balsa, Vital & Urbano, 2018). No *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH), as estimativas para Portugal quanto a 2019 indicam um consumo médio (maiores de 15 anos) de 12,1 litros de álcool puro por ano (5,6 nas mulheres e 19,5 nos homens) – maior que a média da região europeia da OMS (WHO, 2021b). Dados de um estudo que representa 2,7 milhões de mulheres Portuguesas (Sagnier & Morell, 2019), revelou que 86% bebem bebidas com álcool, sendo que 21% descrevem consumo frequente de 2 ou mais tipos de bebidas, 22% descrevem consumo frequente de um único tipo de bebida, 20% consomem 3 ou mais tipos de bebidas mas nenhum de modo frequente e 23% descrevem 1 ou 2 tipos de bebidas mas não frequentemente.

O consumo – nocivo e perigoso de álcool – tem consequências não só para o próprio como também para os outros, para a sociedade em geral. Os consumos dos mais novos, a relação entre álcool e problemas graves de saúde, acidentes rodoviários e implicações na atividade laboral e os consumos durante a gravidez/exposição pré-natal ao álcool são exemplos das áreas que têm sido alvo de preocupação (e.g., WHO, 2021a).

A exposição ao álcool durante a gestação tem historicamente sido associada ao risco para resultados desenvolvimentais negativos no período pré-natal, neonatal e ao longo do desenvolvimento (e.g., Popova *et al.*, 2016b). A associação entre consumos durante a gravidez e consequências negativas terá já centenas de anos (Brown *et al.*, 2019a), mas só nas décadas de 60 e 70 do sec XX passou a ser aceite a evidência científica da relação entre a exposição pré-natal ao álcool e anomalias no feto. Os trabalhos de Lemoine (e.g., Lemoine *et al.*, 1968) em língua francesa não tiveram impacto notório e Jones e Smith são os nomes mais referidos ao fazer a história do tema. Estes autores (Jones & Smith, 1973; Jones *et al.*, 1973) cunharam o termo Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), apresentando critérios para o seu diagnóstico. Os trabalhos posteriores corroboram as primeiras publicações e levaram a considerar o álcool como uma substância teratogénica, com diversos tipos de consequências quer físicas quer comportamentais.

O álcool passa facilmente a barreira placentária interferindo no desenvolvimento e organização celular e na organogénese, nomeadamente do cérebro (e.g., Popova *et al.*, 2016b). O termo Perturbações do Espetro do Alcoolismo Fetal (PEAF) é atualmente utilizado para integrar o *continuum* das consequências, em que a SAF corresponde às consequências mais severas (e.g., Cook *et al.*, 2016; Brown *et al.*, 2018b) e aos maiores consumos. Habitualmente considera-se que para além da SAF, as PEAF incluem ainda a Síndrome Alcoólica Fetal Parcial e a Perturbação do Neurodesenvolvimento relacionado com o álcool (May *et al.*, 2018; Popova *et al.*, 2019).

O consumo de grandes quantidades tem vindo a ser claramente associado a consequências negativas e diversos trabalhos têm apontado a gravidade dos consumos *binge* (quatro ou mais bebidas numa só ocasião) (e.g., Gupta *et al.*, 2016; Popova *et al.*, 2018) mas a investigação parece apresentar resultados por vezes menos conclusivos quando as doses são mais baixas (Mamluk *et al.*, 2017) e/ou quanto à associação entre consumos e saúde mental. No entanto, uma revisão sistemática de 2019 (Easey, *et al.*, 2019) identificou que mesmo doses mínimas e moderadas estão associadas a problemas de saúde mental, como por exemplo ansiedade e depressão ou perturbação de comportamento.

As alterações no desenvolvimento pré-natal, especificamente no respeitante ao cérebro e Sistema nervoso Central, manifestam-se depois do nascimento sob a forma de problemas neurológicos, no desenvolvimento cognitivo e psicossocial, designadamente na memória, atenção e interação social (e.g., Brown *et al.*, 2018). Para alguns indivíduos expostos durante a gestação, as consequências são diretamente observáveis na anatomia e fisiologia, nomeadamente alterações da face ou atraso do crescimento pré e pós-natal (Cook *et al.*, 2016; Brown *et al.*, 2018). Os indivíduos que nascem com PEAf podem ainda apresentar outros tipos de consequências físicas/doenças ao longo do ciclo de vida: estão descritos problemas cardíacos, dos rins, problemas de audição, problemas ortopédicos e articulatorios ou problemas de sono, entre outros (e.g., Cook *et al.*, 2016; Jonsson, 2019). As PEAf estão também relacionadas com outros efeitos “secundários” como o abandono escolar, conflito familiar, desemprego, problemas de habitação, abuso de álcool e outras substâncias, bem como com problemas legais (e.g., Binnie *et al.*,

2015). Podemos, pois, antever como a condição de exposição pré-natal ao álcool trará consequências sérias para a vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade em geral.

Até hoje não existe um instrumento de avaliação e diagnóstico para o espectro das PEAf aceite universalmente e isso por certo dificulta o trabalho de clínicos e investigadores, nomeadamente no que diz respeito à Perturbação do Neurodesenvolvimento relacionado com o álcool (e.g., Popova *et al.*, 2016b). Apesar das dificuldades e limitações, internacionalmente é notório o interesse e a dedicação ao tema, patente por exemplo nos programas das *International Conference on Fetal Alcohol Spectrum Disorder* organizados pela The University of British Columbia, na criação de abordagens diagnósticas com recurso às novas tecnologias (Valentine *et al.*, 2017) ou na organização de grupos específicos (clínicos e de investigação) dedicados a este assunto (e.g., Franco *et al.*, 2020; Mårdby *et al.*, 2017).

A gravidade das consequências que atingem diferentes domínios da sociedade: saúde, educação, economia e social/legal (e.g., Popova *et al.*, 2016a), deverá ser avaliada e tida em conta, assumindo-se a sua dimensão de problema de saúde pública e problema social. Por exemplo no Canadá – um dos países onde o tema é mais considerado – estima-se que existam 350,000 pessoas com PEAf e que cerca de 4000 bebés nasçam por ano com PEAf (os autores consideram que esta é uma estimativa conservadora) (Valentine, *et al.*, 2017). O custo anual das PEAf, considerando os problemas diretos e indiretos associados, foi calculado em 9,7 mil milhões de dólares (Thanh *et al.*, 2018). Os dados da EUROCARE - European Alcohol Policy Alliance apontam para

que, em cada ano, nasçam na Europa 5 milhões de crianças com problemas associados à exposição pré-natal ao álcool (European Alcohol Policy Alliance, 2011). Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe registo de dados nacionais atuais.

Ao pensar a exposição pré-natal ao álcool há que considerar mais do que o tipo e quantidade de álcool a que o feto está exposto. Como escrevi noutro momento, a análise dos padrões de uso e das consequências que lhes estão associadas sugere a existência de um processo complexo e subtil, devendo-se atender não apenas aos efeitos “diretos” (físicos e químicos) da exposição, mas também a um leque de outros fatores ambientais que parecem estar associados a esta experiência, associados à vida da grávida e da criança, e que integram elementos de risco e proteção (Xavier, 2006). A isto junta-se a variabilidade individual associada à genética (McQuire *et al.*, 2019; Sulik, 2018). Entende-se, pois, a impossibilidade de definir uma dose mínima segura de álcool durante a gravidez.

As elevadas taxas de consumo por parte das mulheres (muitas em idade fértil), o conhecimento quanto às consequências dos consumos e a impossibilidade de identificar uma dose mínima segura justificam que a OMS, governos de diversos países e diferentes organizações recomendem que as grávidas não consumam álcool (e.g., British Medical Association, 2016; WHO, 2014).

Apesar das recomendações muitas mulheres continuam a ingerir bebidas com álcool ao longo da gravidez. Globalmente, estima-se que tal acontece em 1 em cada 10 grávidas e 20% destas mulheres têm consumos do tipo *binge* (Popova *et al.* 2017). Se tivermos em conta que, globalmente, se estima

que aproximadamente 44% das gravidezes são não planeadas (Bearak *et al.*, 2018), percebemos que provavelmente em muitas situações o consumo das grávidas e inerente exposição pré-natal acontece de forma não intencional até ao reconhecimento da gravidez, mas muitas continuam a consumir ao longo dos 9 meses. O reconhecido trabalho de Popova e colegas (Popova *et al.*, 2017) descreve que cerca de um quarto das mulheres europeias consome álcool durante a gravidez. O trabalho de uma equipa com investigadores de vários países europeus (Mardby *et al.*, 2017) descreve uma notória variação entre países, com números mais elevados no Reino Unido (28.5%), Rússia (26.5%) e Suíça (20.9%) e a mais baixos na Noruega (4.1%), Suécia (7.2%) e Polónia (9,7%).

Os estudos internacionais têm reportado um conjunto alargado de potenciais preditores para os consumos durante a gravidez e vários concluem que o fator que mais se destaca é o consumo antes da gravidez (e.g., Lamy *et al.*, 2019; Mardby *et al.*, 2017). Tendo isto em conta, são especialmente preocupantes os dados nacionais (e.g., Balsa, Vital & Urbano, 2018; SICAD, 2018) sobre os consumos das mulheres em idade fértil: por exemplo, reportando-se aos últimos 12 meses, entre os 15 e os 34 anos 31,7% descrevem consumos regulares e 23,4% descrevem consumos *binge*. Outros fatores preditores identificados são gravidez não planeada, nível socioeconómico elevado, ser mais velha, fumar antes da gravidez, ter já sido mãe, problemas na relação, entre outros (e.g., Lamy, *et al.*, 2019) sendo que por vezes diferentes estudos apontam para resultados contraditórios (e.g., Corrales-Gutierrez *et al.*, 2020).

Quanto a Portugal, no entanto, dados representativos nacionais são – ainda – inexistentes. Um dos objetivos que norteia o trabalho da equipa de investigação que coordeno é caracterizar os consumos durante a gravidez no nosso país, e ainda conhecer as características sociodemográficas, psicológicas e de estilo de vida das grávidas que bebem bebidas com álcool, bem como explorar associações e identificar preditores dos consumos considerando estas variáveis e outras associadas à vivência psicológica da gravidez (aspecto inovador no panorama internacional da investigação sobre o tema). Lutando contra a dificuldade de financiamento para este estudo nacional representativo, os dados recolhidos até agora no Norte do país (N=567) – utilizando instrumentos de autorrelato (“papel e lápis”), designadamente o AUDIT (Babor *et al.*, 2001; versão portuguesa: Cunha, 2002) – revelam que cerca de 17% das grávidas continuam a beber bebidas com álcool (artigo em preparação). Dados nacionais (amostra não representativa – N= 456) recolhidos *online* mostram que cerca de 19 % das grávidas descrevem consumos (artigo em preparação). O consumo durante a gravidez está significativamente associado com consumo prévio à gravidez, o que vai ao encontro aos dados internacionais (e.g., Mardby *et al.*, 2017).

Trabalhos com subamostras da primeira coorte de nascimentos portuguesa de base populacional referem-se ao consumo de álcool variando entre 7,9% (primeiro trimestre) e 15,8% (terceiro trimestre) (N = 101) (Pinto *et al.*, 2009a), 13,3% (N = 249) (Pinto *et al.*, 2009b) e 13% (N=1093) (Correia-costa *et al.*, 2020). Um outro estudo realizado pelo SICAD (Carapinha *et al.*, 2015), com uma amostra de 1104 grávidas de Lisboa e Vale do Tejo descreve que 19,3% das participantes declararam ter consumido

bebidas alcoólicas depois do conhecimento da gravidez, essencialmente de modo esporádico, e 1% ingeriu bebidas alcoólicas até ficar “alegre” e/ou fez consumos *binge*.

O consumo de bebidas com álcool durante a gravidez é, pois, uma realidade em Portugal e a existência de indivíduos expostos é indiscutível. No geral, os trabalhos que destaquei apontam para uma maioria de situações em que o padrão de utilização poderia ser descrito como uso social, mas que durante a gravidez é – como por exemplo as indicações da OMS sublinham – completamente desaconselhado. Embora permitam uma aproximação ao panorama real, podemos apontar como “limitações” aos estudos nacionais o facto de se circunscreverem a áreas geográficas específicas e/ou apresentarem amostras pequenas e/ou não fazerem descrição dos instrumentos utilizados.

O cenário que tenho vindo a descrever acompanha o histórico do interesse das agências públicas, internacionais e nacionais. É disso exemplo o consenso único que foi encontrado na 63ª Assembleia da OMS em maio de 2010, em que 193 Estados-Membros concretizaram uma estratégia comum para lidar com o uso nocivo do álcool a variados níveis, nomeadamente durante a gravidez, bem como os diversos documentos que têm vindo a ser produzidos (e.g., WHO, 2014). Na União Europeia (UE) contamos com um Plano de Ação para o Álcool desde 1992 (WHO, 1992). Destacamos também a Comunicação da Comissão das Comunidades Europeias de 24 de novembro de 2006 denominada “An EU strategy to support member states in reducing alcohol-related harms” (European Commission, 2006), bem como o Plano de Ação Europeu para a Redução do Uso Nocivo do Álcool 2012-2020 (WHO, 2011) e agora o novo

Plano de Ação para 2022-2030 (WHO, 2021), que têm vindo a nortear os países da UE para a redução do uso nocivo em diversas áreas, incluindo a eliminação do consumo durante a gravidez. Estas orientações têm apoiado a estratégia nacional relativa ao álcool. À semelhança do que estava patente no documento europeu inspirador, o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 salientava a importância da investigação científica “para identificar e caracterizar o consumo de álcool na população e nos vários grupos de risco” (IDT, 2010, pag 8) e apontava como uma das áreas prioritárias de intervenção o consumo de álcool na gravidez. O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020 (SICAD, 2013) destaca – considerando os consumos de álcool na gravidez – a importância da prevenção suportada em evidência e do diagnóstico atualizado e rigoroso do problema, possibilitando a organização de orientações para a intervenção.

Os problemas identificados no período neonatal e em outros momentos do desenvolvimento resultantes da exposição pré-natal ao álcool são totalmente possíveis de serem prevenidos, bastando para tal que a mulher não beba. Este facto justifica considerável consenso relativamente à centralidade das estratégias de prevenção neste campo. Desde 1994 que o US Institute of Medicine (IOM) defende uma prevenção suportada em evidência científica no campo da saúde mental e do uso do álcool e outras substâncias psicoativas, que tenha em atenção o conhecimento sobre níveis de risco de populações e grupos específicos (e.g. Catalano *et al.*, 2004; National Research Council and IOM, 2009). É esta compreensão sobre a prevenção, e o reconhecimento de objetivos distintos para os níveis de intervenção preventiva universal, seletiva

e indicada, que vem servindo de justificação para a necessidade de considerar fatores especificamente relacionados com o consumo materno do álcool enquanto fatores de risco para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais em crianças e jovens.

Nesta linha, concordo com a ideia de que é imperativo o conhecimento sobre as características de cada país relativamente ao uso de álcool durante a gravidez, tornando disponíveis dados epidemiológicos, dados sobre padrões de uso e a caracterização de experiências e perspetivas das mulheres grávidas, dos profissionais que as acompanham (entre outros) relativamente ao consumo, permitindo a identificação de áreas e grupos de intervenção prioritária – o que se constitui como passo inicial imprescindível no sentido de uma intervenção preventiva eficaz. Para prevenir é necessário conhecer.

Não obstante os diversos documentos oficiais que em Portugal têm vindo a apontar a necessidade de estudar o consumo de álcool na gravidez, este domínio está longe de ser coberto pela investigação, o que acarreta necessariamente consequências do ponto de vista da disponibilidade de intervenção preventiva suportada em evidência. É procurando contribuir para a alteração deste panorama que a nossa equipa de investigação tem também dado voz aos próprios envolvidos, enquanto “peritos experienciais” (Ritchie *et al.*, 2003), particularmente a mulheres grávidas, profissionais de saúde que acompanham a gravidez (enfermeiros e médicos) ou jovens universitárias (e.g., Franco *et al.*, 2020; Hoffmeister & Xavier, 2018).

Alguns dos aspetos que se destacam nos estudos qualitativos que temos vindo a realizar dizem respeito aos conhecimentos/informações sobre o tema. No estudo com participantes grávidas (Hoffmeister & Xavier, 2018) foi patente o seu desconhecimento quanto às consequências específicas associadas à exposição pré-natal, quanto à não existência de uma dose mínima segura, bem como desconhecimento das indicações nacionais e internacionais no sentido de não existirem consumos durante a gravidez. Num estudo exploratório (trabalho em preparação), demos voz a jovens universitárias – em idade fértil, potenciais futuras mães, grupo populacional em que os consumos são conhecidos (Moutinho *et al.*, 2018) – e os resultados confirmam presença de consumos de risco e também informação insuficiente quanto às consequências associadas aos consumos durante a gravidez.

O acesso aos serviços de saúde tem sido descrito como um elemento essencial para a redução das consequências negativas associadas ao consumo de bebidas com álcool (e.g., Babor, *et al.*, 2010). Os profissionais de saúde têm uma importância crucial na redução ou eliminação dos consumos e a evidência científica tem mostrado a eficácia da identificação precoce dos consumos e da partilha de informação sobre o tema, por exemplo nos cuidados de saúde primários que fazem o acompanhamento das mulheres antes e durante a gravidez (e.g., Shogren *et al.*, 2017). Em Portugal, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) indica, entre outras recomendações, que os profissionais devem inquirir todas as grávidas relativamente ao consumo de álcool na gravidez e em cada consulta, bem com informar e aconselhar as grávidas sobre os riscos do consumo de álcool nesta circunstância. Estas

orientações são reforçadas por exemplo na Norma da DGS nº 30/2012. No estudo realizado com grávidas (referido anteriormente), a maioria das participantes reportou ausência de indicações/informações relativamente ao consumo de álcool no âmbito do seu acompanhamento, todas descreveram ainda total ausência de rastreio no acompanhamento da gravidez realizado pelo obstetra em contexto de medicina privada e o rastreio único inicial quando o acompanhamento é realizado nos cuidados de saúde primários.

Damos grande valor às medidas implementadas no nosso país, nomeadamente à integração do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Babor *et al.*, 2001) no processo clínico das grávidas utentes do Serviço Nacional de Saúde e da existência de *guidelines* (como atrás referido). No entanto, para além dos dados referentes às grávidas, também os resultados de investigação realizada com médicos e enfermeiros trazem consigo um importante alerta para o caminho que ainda é necessário percorrer. Ao explorarmos a temática do álcool e gravidez junto dos profissionais que fazem o acompanhamento das grávidas (enfermeiros e médicos obstetras e especialistas em medicina geral e familiar), muitos descrevem possuir informação insuficiente sobre o tema, designadamente desconhecerem as linhas orientadoras nacionais e internacionais para a prevenção e intervenção neste contexto ou o que são as PEA. Todos os participantes enfermeiros afirmaram que abordam o tema na primeira consulta com a grávida, porém, apenas uma minoria assume a exploração dos consumos nas restantes consultas (trabalho em preparação). Outros estudos vão neste sentido, como é o caso dos levados a cabo pelos nossos parceiros da equipa internacional que implementámos (com Espanha e França) ou

noutros países (e.g., Charro *et al.*, 2019; Crawford-Williams *et al.*, 2015). Também, sempre que – como investigadora, docente/formadora – tenho oportunidade de abordar este tema com profissionais e futuros profissionais/estudantes das diversas áreas reconheço o seu interesse. Mas as questões colocadas, o feedback face a informações novas ou as descrições das suas práticas têm vindo a ser testemunhos vividos corroborando os dados que a investigação científica revela. E sabemos que informações inconsistentes, muitas vezes opostas às recomendações nacionais e internacionais resultam em mensagens confusas para as grávidas e conseqüentemente em situações em que os consumos poderiam ser evitados, mas não o são (Coons *et al.*, 2017).

Estes vários aspetos apontam para a necessidade de formação inicial e complementar dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres antes e durante a gravidez de forma que exista uma adequada identificação dos consumos e partilha de informações corretas e atuais, contribuindo efetivamente para a prevenção dos consumos e do nascimento de crianças com PEAF. Em alguns locais do mundo, a evidência científica tem levado a um investimento sério para que estas circunstâncias possam ser melhoradas (e.g., Smith *et al.*, 2021). Quanto ao nosso país, já o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 se refere à “formação e enquadramento técnico” (SICAD, 2013, p.68) dos profissionais, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários – um caminho ainda a percorrer.

Como vejo o futuro? Se nada se fizer, nada irá com certeza melhorar... Em ordem a responder adequadamente ao fenómeno do consumo de álcool durante a gravidez e conseqüente exposição pré-natal é necessário que este seja reconhecido enquanto tema importante para toda a sociedade, nomeadamente nos setores da saúde, educação e intervenção social. Para tal, encontram-se na primeira linha a investigação científica/universidades e os serviços que acompanham as mulheres antes e durante a gravidez. O grande desafio que antevejo será o de implementar uma real e eficaz colaboração de modo que os dados obtidos (e a obter) possam ser utilizados no âmbito das políticas públicas, dando-se passos concretos e objetivos para intervenções preventivas nos seus diversos níveis. Pela minha parte, enquanto coordenadora de uma equipa de investigação que se dedica ao tema, estou totalmente disponível para essa colaboração. Acredito que poderemos contribuir para um conjunto de aspetos essenciais: obter dados representativos de âmbito nacional quanto aos consumos de álcool na gravidez (e antes da gravidez) e seus preditores, conhecer as experiências e significados de diversos “peritos experienciais” e contribuir para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos por parte dos profissionais que acompanham as grávidas e também de todos os outros que têm (ou poderão ter) um papel ativo noutros níveis de prevenção.

REFERÊNCIAS

- Babor, T. *et al.* (2001). *The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Guidelines for use in primary care*. Genebra: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Babor, T. *et al.* (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Baeza, C. (2000). *Gran Atlas del Vino*. Editorial Libsa.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD.
- Bearak, J. *et al.* (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, 6, e380–e389. doi:10.1016/S2214-109X(18)30029-9
- Binnie, I., Trussler, M. & Jonsson, E., (2015). *Legal issues of FASD. Proceedings from a consensus development conference*. Institute of Health Economics.
- British Medical Association. (2016). *Alcohol and pregnancy Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders*. British Medical Association.
- Brown, J. M. *et al.* (2019). A brief history of awareness of the link between alcohol and fetal alcohol spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(3), 164-168.
- Brown, J. M *et al.* (2018). The standardization of diagnostic criteria for Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): implications for research, clinical practice and population health. *Can J Psychiatry*, 64, 169–76.
- Carapinha, L. *et al.* (2015). *O Consumo de álcool na Gravidez*. Lisboa: SICAD.
- Catalano, R. F. *et al.* (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 98–124.
- Charro, B., Rivas, A. & Xavier, M. R. (2019). Embarazo y alcohol: conocimientos, actitudes y opiniones de los profesionales sanitarios/ Pregnancy and alcohol: Knowledges, attitudes and opinions of healthcare professionals. *Health and Addictions*, 19(2), 78-90.
- Cook, J. L. *et al.* (2016). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*, 188(3), 191-197.
- Coons, K. D. *et al.* (2017). “No alcohol is recommended, but . . .”: health care students’ attitudes about alcohol consumption during pregnancy. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 1-18.
- Corrales-Gutierrez, I. *et al.* (2020). Understanding the relationship between predictors of alcohol consumption in pregnancy: towards effective prevention of FASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1388. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041388>.
- Correia-Costa, L. *et al.* (2020). Prenatal alcohol exposure affects renal function in overweight schoolchildren: birth cohort analysis. *Pediatric Nephrology*, 35(4), 695-702.

- Crawford-Williams, F. *et al.* (2015). "If you can have one glass of wine now and then, why are you denying that to a woman with no evidence": Knowledge and practices of health professionals concerning alcohol consumption during pregnancy. *Women and Birth*, 28(4), 329-335.
- Cunha, J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Easey, K. E. *et al.* (2019). Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug Alcohol Depend.* Apr 1, 197, 344-353.
- European Alcohol Policy Alliance. (2011). Protecting the unborn baby from alcohol, policydebate (7th September Parliament Report). EURO CARE. Disponível em eurocare.org/media/GENERAL/docs/annual-reports/2011annualreportfinal.pdf
- European Commission (2006). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *An EU strategy to support member states in reducing alcohol-related harms*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Franco, R., Charro, B. & Xavier, M. R. (2020). *Perspectivas y experiencias sobre el consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo: estudio cualitativo con embarazadas de España, Francia y Portugal*. *Revista Ex aequo*, 41, 107-121.
- Gupta, K. K, Gupta, V. K. & Shirasaka, T. (2016). An update on fetal alcohol syndrome-pathogenesis, risks, and treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, 40, 1594-602.
- Hoffmeister, K., & Xavier, M. R. (2018). Consumo de álcool durante a gravidez - Perceção de mulheres grávidas relativamente à informação disponível (Estudo exploratório qualitativo). *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 28 Setembro 2016 a 1 de Outubro 2016* (pp. 637-647). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Instituto Droga e Toxicoddependência. (2010). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*. Lisboa: IDT.
- Jones, K. L. & Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 302(7836), 999-1001.
- Jones, K. L. *et al.* (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1, 1267-71.
- Jonsson, E. (2019). Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): a policy perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64, 161- 163.
- Kilian, C. *et al.* (2021). A new perspective on European drinking cultures: a model-based approach to determine variations in drinking practices among 19 European countries. *Addiction*, 116 (8), 2016-2025.
- Lamy, S. *et al.* (2019). Risk factors associated to tobacco and alcohol use in a large French cohort of pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 267-277.
- Lemoine, P. *et al.* (1968). Les enfants des parents alcooliques: anomalies observées à propos de 127 cas. *Ouest Médical*, 21, 476-482.
- Mamluk, L. *et al.* (2017). Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 7(7), e015410.

- Mårdby, A. C. *et al.* (2017). Consumption of alcohol during pregnancy — a multinational European study. *Women and Birth*, 30(4), e207e213.
- May, P. A. *et al.* (2018). Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. *JAMA*, 319(5), 474-482.
- McQuire, C., Daniel, R. & Hurt, L. (2020). The causal web of foetal alcohol spectrum disorders: a review and causal diagram. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(5), 575-594.
- Moutinho, L., Mendes, A. & Lopes, M. (2018). Alcohol consumption and binge drinking among young adults aged 20–30 years in Lisbon, Portugal. *Journal of Addictions Nursing*, 29(4), E9-E15.
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing Mental, Emotional and Behavioral Disorders among Young People: progress and possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse among Children, Youth and Young Adults – National Research Council and Institute of Medicine. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/>
- Pinto, E., Barros, H. & Santos-Silva, I. (2009). Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal. *Public Health Nutrition*, 12, 922-31.
- Pinto, E. *et al.* (2009). Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among Portuguese pregnant women. *Maternal and Child Nutrition*, 6, 105-119.
- Popova, S. *et al.* (2019). Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. *BMC Public Health*, 19(1).
- Popova, S. *et al.* (2018). Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder. *Biochemistry and Cell Biology*, 96(2), 237-240.
- Popova, S. *et al.* (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5, e290–e299. doi:10.1016/S2214-109X(17)30021-9
- Popova, S. *et al.* (2016a). The economic burden of fetal alcohol spectrum disorder in Canada in 2013. *Alcohol and Alcoholism*, 51, 367–375.
- Popova, S. *et al.* (2016b). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 978-987.
- Ritchie, J., Lewis, J. & Elam, G. (2003). Designing and selecting samples. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative Research Practice*. Londres: Sage, 77 – 108.
- Sagnier, L. & Morell, A. (coord.). (2019). *As mulheres em Portugal, Hoje: quem são, o que pensam e como se sentem*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018). *Relatório Anual 2018. A situação do país em matéria de álcool*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.
- Shogren, M.D., Harsell, C. & Heitkamp, T. (2017). Screening women for at-risk alcohol use: an introduction to screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in women’s health. *J Midwifery Womens Health*, 62(6), 746–54.

- Smith, L.A. *et al.* (2021). Barriers and enablers of implementation of alcohol guidelines with pregnant women: a cross-sectional survey among UK midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*; 21, 134.
- Sulik, K. K. (2018). Prenatal alcohol exposure and abnormal brain development: findings from basic research. In E. Jonsson, S. Clarren & I. Binnie (Eds.), *Ethical and Legal Perspectives in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: foundational issues*. Nova York: Springer.
- Thanh, N. X. & Jonsson, E. (2018). Total cost of FASD including FASD related cost of criminal justice. In E. Jonsson, S. Clarren & I. Binnie (Eds.), *Ethical and Legal Perspectives in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: foundational issues*. Nova York: Springer.
- Valentine, M. *et al.* (2017). ComputerAided recognition of facial attributes for fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*, 140(6), e20162028.
- World Health Organization - *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. WHO: Global Health Observatory. Informação extraída a 05/08/2021 (com informação atualizada em junho de 2021).
- World Health organization (2021a). *Global Alcohol Action Plan 2022-2030 to Strengthen Implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2021b). *Making the European Region Safer: developments in alcohol control policies, 2010–2019*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Genebra: World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2014). *Guidelines for Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*. Genebra: World Health Organization.
- World Health organization. (2011). *European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020*. Genebra: World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf
- World Health Organization (1992). *European Alcohol Action Plan 1992-1999*. Genebra: World Health Organization.
- Xavier, M.R. (2006). Crianças expostas ao álcool e substâncias ilícitas durante a gestação – algumas reflexões. *Cadernos de Estudo*, 3, 53-59.

Desafios do alcoolismo e do envelhecimento à redução de danos



Mara Silva

|NOTA BIOGRÁFICA| Doutorada em Sociologia e mestre em Sociologia da Saúde pela Universidade do Minho, tem como áreas de interesse a Saúde, a Sustentabilidade, o Envelhecimento e as Políticas Públicas. Tem investigado sobre temas como o Consumo de álcool e drogas, a Educação pelos Pares, o Envelhecimento e a Investigação-ação. Articula a sua atividade de investigadora científica, no Centro de Estudos Comunicação e Sociedade (CECS) da Universidade do Minho, com atividade profissional em organizações sociais.

A Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), estratégia de intervenção no consumo problemático de substâncias psicoativas, veio revelar-se como uma das ferramentas mais eficazes na prevenção e diminuição dos danos associados ao consumo de substâncias como a heroína ou a cocaína (Ritter & Cameron, 2009). Teve igualmente um importante papel na sensibilização e aproximação dos consumidores de substâncias ilícitas a estruturas de tratamento, como os Centros de Saúde ou os atuais Centros de Respostas Integradas, em Portugal. Juntamente com outros fatores que incluem a estigmatização do heroinómano (Fernandes, 1998) ou o investimento na informação e prevenção, assiste-se nos últimos anos a uma tendência de estabilização ou mesmo diminuição do número destes consumidores (EMCDDA, 2015), mas por outro lado a um aumento dos consumidores problemáticos de álcool. Até porque vários consumidores de substâncias ilícitas que aderiram anteriormente a programas de tratamento viraram-se, em idades mais avançadas, para o álcool.

Ora, vivemos num contexto sociodemográfico de envelhecimento populacional que faz do grupo dos idosos um grupo em crescimento nos anos vindouros. Acresce que alguns autores defendem que a geração de idosos atual cresceu num contexto de crenças muito favoráveis ao consumo de álcool (cf. Chikritzhs *et al.*, 2015) e que tem um padrão de consumo superior (Wadd & Forrester, 2011) e mais regular (Ng Fat & Fuller, 2012) do que o de gerações precedentes. O consumo de álcool nesta geração é ainda associado a alguns problemas, como a diminuição da tolerância ao álcool decorrente do processo de envelhecimento físico, pois os órgãos inerentes à sintetização do álcool veem a sua eficácia diminuída; ou ainda o risco acrescido de

interações medicamentosas, uma vez que os idosos têm mais tendência a consumir determinados tipos de medicamentos prescritos para outros problemas de saúde (Holton *et al.*; Wadd & Forrester, 2011). Os idosos, a par com as crianças e adolescentes, são assim associados a uma maior vulnerabilidade aos danos que decorrem do consumo de um mesmo volume de álcool, quando comparado com outros grupos etários (WHO, 2014). Igualmente, as mulheres têm menos tolerância do que os homens e as tradicionais diferenças de género, que levavam as mulheres a consumir menos, têm vindo a atenuar-se (Holdsworth *et al.*, 2017).

Apesar da sua licitude, o consumo de álcool está associado a um conjunto vasto de problemas de saúde e problemas sociais que incluem um maior risco de cancro, doenças cardiovasculares, doenças hepáticas, doença mental, acidentes de trabalho e de viação, violência e intoxicações (WHO, 2018). Por exemplo, em 2016 o uso nocivo de álcool provocou cerca de 5,3% de todas as mortes no mundo e cerca de 5,1% dos encargos mundiais com saúde (Idem). Esta incoerência resulta de uma herança sociocultural onde o uso de álcool está profundamente enraizado nos hábitos e tradições da maioria das sociedades ocidentais (Escotado, 2004). A região Europeia é uma das zonas do mundo onde o consumo de álcool é mais expressivo e onde são significativos os encargos com os problemas de saúde associados a este tipo de bebida (WHO, 2018). Portugal não é exceção, sendo a média de consumo de álcool *per capita* (12,3 litros) significativamente elevada (Idem). Aliás, a produção e consumo de vinho ao nível familiar (e não só ao nível comercial) integra o quotidiano de um grande número de indivíduos mais velhos, em especial nas zonas mais rurais e em determinadas regiões de Portugal.

O consumo dos indivíduos com mais idade tende a ser mais regular no dia-a-dia, por oposição aos mais novos, que tendem a ter um consumo mais intensivo, mas mais esporádico (*binge drinking*), geralmente em situações sociais e festivas. Os que têm mais idade tanto consomem para fins de socialização ou integração, como para relaxamento e desinibição ou para lidar com problemas do quotidiano. Porém, aqueles que usam o álcool para lidar com problemas ou evitar emoções negativas têm mais probabilidades de beber excessivamente do que aqueles que apenas bebem com um cariz social (Johnson *et al.*, 1985).

Deste modo, fatores como características socioculturais do meio português que favorecem o consumo de álcool, o envelhecimento populacional e o aumento do conhecimento e da preocupação com os problemas ligados ao álcool, têm feito aumentar o número destes consumidores nos serviços de RRMD. Porém, esta estratégia que se ancorava em serviços como a troca de seringas ou a educação para a redução dos riscos associados ao consumo ilícito de substâncias que podiam ser injetadas e fumadas depara-se agora com um grupo de consumidores que apresenta um conjunto diferenciado de características e que coloca novos desafios à intervenção nesta área.

Falamos de um grupo envelhecido que pode ser subdividido entre: os consumidores com problemas ligados ao álcool que são ex-consumidores de substâncias ilícitas ou que continuam a consumir estas substâncias em paralelo ou de forma secundária; e os consumidores de álcool sem história significativa de consumo de substâncias ilícitas. Os primeiros, geralmente, já tiveram algum contacto com estruturas de saúde ou já realizaram programas de tratamento; costumam ter percursos

associados a uma maior estigmatização e o álcool pode aparecer como uma substância de substituição na adicção. Os segundos, geralmente, têm menos contactos com estruturas diferenciadas de saúde especializadas em adicções, sendo o Centro de Saúde/Médico de Família o agente de referência; costumam ter um maior enraizamento sociocomunitário, dada a litude do álcool e esta substância costuma ser a principal, ainda que apareça regularmente associada ao consumo de tabaco. Este grupo está em franco crescimento nos pedidos de adesão aos serviços de RRMD, pois o alcoolismo de longa data é bastante desafiante.

Uma das principais dificuldades passa ainda pela falta de reconhecimento da dependência, especialmente numa fase inicial, sendo que os consumidores de álcool tendem a procurar ajuda ou a serem coagidos por aqueles que lhes são próximos numa fase de dependência acentuada, que geralmente acontece após vários anos de consumo regular e de tentativas de paragem ou redução falhadas. É sobretudo quando começam a surgir problemas colaterais, como dificuldades na atividade laboral, nas relações familiares, acidentes ou quedas, violência ou doenças associadas que esta procura de tratamento acontece. Porém, vários são os que não querem ou não conseguem realizar o tratamento, pelo que a RRMD surge como uma estratégia importante, sobretudo após estas tentativas de paragem frustradas.

No âmbito da RRMD podem ser encontradas as seguintes intervenções:

- a. Alteração do padrão de consumo. Analisando aspetos como a regularidade e a quantidade de álcool ingerida é possível sugerir alterações que visem a redução do consumo. Por exemplo, aconselhar evitar o consumo de álcool no

- período da manhã, restringir a 1-2 unidades padrão de bebida acompanhando as refeições principais de almoço e jantar (1 unidade padrão para as mulheres), e procurar não beber 2-3 dias seguidos por semana, costuma ser sugerido a quem tem um padrão de consumo superior, ainda que este trabalho seja ajustado caso a caso. Qualquer redução é significativa numa lógica de pequenos passos face a um objetivo maior (reduzir para um padrão de consumo não problemático ou para a paragem dos consumos);
- b. Alteração do tipo de bebidas ingeridas. Sugere-se dar preferência a bebidas com menor teor de álcool, como as bebidas fermentadas face às destiladas, bem como evitar misturas de diferentes tipos de bebidas alcoólicas numa mesma situação de consumo;
 - c. Evitar misturar bebidas alcoólicas com outras substâncias psicoativas ilícitas ou lícitas, o que inclui alguns tipos de fármacos, cujo uso é mais predominante em consumidores de álcool com idades avançadas;
 - d. Reduzir ou evitar situações do tipo binge drinking;
 - e. Procurar a segurança do meio e espaço em que se consome, dado o risco de quedas, acidentes ou perda de consciência (segurança doméstica, segurança laboral e rodoviária, pessoas e relações de apoio). De salientar que o risco de queda por si só já é superior nos indivíduos com idades mais avançadas;
 - f. Educação para a saúde, que inclui a sensibilização para o envelhecimento orgânico e consequente dificuldade no processamento do álcool; para os riscos para a saúde inerentes ao consumo continuado e abusivo; e para as perdas familiares e sociais;
 - g. Trabalho de conscientização dos problemas ligados ao álcool (dada a usual negação) e desconstrução de crenças favoráveis ao consumo;
 - h. Trabalho de motivação e de promoção da autoconfiança na realização de decisões e ações que visem a RRMD;
 - i. Encaminhamento para e articulação com estruturas especializadas, como Instituições ou associações locais, os Centros de Saúde ou Centros de Respostas Integradas, para responder a necessidades básicas, sociais, de saúde ou de tratamento da dependência alcoólica. Existem bastantes casos de indivíduos mais velhos isolados, geográfica e socialmente, pois o alcoolismo contribui para a deterioração das relações familiares e de vizinhança de apoio;
 - j. Atenção para com os problemas de saúde paralelos (alguns associados ao consumo) que tendem a aumentar nos que têm mais idade e que incluem patologias do foro mental e neurológico (psicoses, demência, etc.);
 - k. Intervenção dirigida a agentes envolventes, como a família ou a comunidade local, por forma a inibir e não promover os consumos de álcool. É comum a família e a comunidade condenarem o consumo abusivo ou dependente, mas promoverem, numa fase inicial, o consumo regular. Verifica-se também um certo aproveitamento do consumidor, por exemplo, “pagando-se” trabalho informal com vinho (mais comum nas zonas mais rurais onde o trabalho agrícola informal assume ainda um papel importante na vida local).
- A RRMD deve continuar a promover serviços que possam contribuir para a mitigação da tendência de agudização dos problemas ligados ao álcool, que colocarão grandes desafios à RRMD e às sociedades

nos próximos anos, sendo uma área a carecer de investigação, avaliação e disseminação de conhecimento (Ritter & Cameron, 2009).

De um modo geral, sugerem-se políticas e intervenções que tenham em conta o envelhecimento dos consumidores, a atenuação das diferenças de consumo entre homens e mulheres, a proximidade

dos serviços nas zonas rurais, uma maior disponibilização e diversificação de serviços, que incluam, por exemplo, apoio socioeducativo, psicoterapia (incluindo programas de cariz intensivo numa primeira fase), medicina, psiquiatria e neurologia.

REFERÊNCIAS

Chikritzhs, T. *et al.* (2015) Has the leaning tower of presumed health benefits from 'moderate' alcohol use finally collapsed? *Addiction*, 110(5), 726-727.

EMCDDA (2015). *Relatório Europeu sobre Drogas 2015*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Escohotado, A. (2004). *História Elementar das Drogas*. Lisboa: Antígona.

Fernandes, L. (1998) *O Sítio das Drogas. etnografia das drogas numa periferia urbana*. Lisboa: Editorial Notícias.

Holdsworth, C. *et al.* (2017) Lifecourse transitions, gender and drinking in later life. *Ageing & Society*, 37, 462-494.

Holton, A.E. *et al.* (2017) Consensus validation of the POSAMINO (Potentially Serious Alcohol-Medication Interactions in older adults) criteria. *BMJ Open*, 7(11). doi:10.1136/bmjopen-2017-017453

Johnson, R.C. *et al.* (1985) A cross-ethnic comparison of reasons given for using alcohol, not using alcohol or ceasing to use alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 283-288.

Ng Fat, L. & Fuller, E. (2012). Drinking patterns. In R. Craig & J. Mindell (Eds.), *Health Survey for England 2011*. Leeds: The Health and Social Care Information Centre.

Ritter, A. & Cameron, J. (2009) A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 611-624.

Wadd, S. & Forrester, D. (2011). *Alcohol Problems in Old Age*. British Society of Gerontology. Disponível em <https://www.britishgerontology.org/DB/gr-issues-2007-to-present/generations-review/alcohol-problems-in-old-age>

WHO (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Genebra: World Health Organization.

WHO (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Genebra: World Health Organization

Doença alcoólica: contributos para a sua compreensão e intervenção



Olga Valentim

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutora em Enfermagem, mestre em Terapias Cognitivo-Comportamentais, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Desabilitação do Centro das Taipas (ARSLVT). Investigadora no grupo NursID do CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, afiliação FCT).

Lídia Moutinho

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutora em Enfermagem, mestre em Terapias Comportamentais e Cognitivas. Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e professora adjunta no Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde. Investigadora integrada do CINTESIS, no grupo de investigação NursID – Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem.

João José Rolo

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutor e Mestre em Ciências da Educação. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO).

A história do consumo de álcool quase se confunde com a própria história do homem, assumindo um papel relevante desde as culturas mais antigas. De facto, esta substância servia uma variedade de fins individuais e sociais. Ao nível individual, promovia a estimulação física e psíquica, o alívio de situações emocionais adversas, a alteração dos estados de consciência, entre outros. Socialmente, para além do valor medicinal, o álcool surgia associado a rituais, cerimónias religiosas, tradições e costumes. Esses costumes eram transmitidos de geração em geração, sendo exemplo comum o molhar da chupeta em vinho para adormecer o bebé.

As bebidas que inicialmente tinham um carácter sagrado são, hoje, consumidas por quase todos, em todas as ocasiões. O álcool é, a par do tabaco, com o qual apresenta comorbilidade, uma das substâncias psicoativas cujo consumo é admitido e mesmo incentivado em termos sociais, ao invés de substâncias como a heroína ou a cocaína, que são social e legalmente reprimidas.

Este consumo generalizado e, por vezes, desenfreado, tornou o álcool num dos maiores flagelos da sociedade moderna. A partir da Revolução Industrial registou-se uma crescente oferta nas bebidas alcoólicas, o que contribuiu para um aumento do seu consumo e, conseqüentemente, do número de pessoas com problemas associados à sua ingestão excessiva.

Em Portugal, o consumo de álcool está frequentemente associado a festas de estudantes, queimas das fitas, acontecimentos desportivos e a falsas crenças. Persiste ainda a ideia, particularmente em idades mais avançadas, que beber um copo de vinho às refeições é “bom para o coração”. As bebidas alcoólicas são uma droga lícita e bem aceite pela comunidade, que estimula o seu

consumo (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). No entanto, há a omissão dos malefícios do consumo exagerado do álcool, nomeadamente que contribui para a fragmentação familiar, perda de produtividade no estudo e no trabalho, além de ser apontado como fator etiológico ou de risco para inúmeras patologias (Reinaldo & Pillon, 2008).

Para além das taxas de mortalidade, o alcoolismo está na origem de uma significativa percentagem de problemas físicos e mentais, inclusive de muitas das hospitalizações. Outro dos malefícios do álcool tem a ver com acidentes de trabalho, absentismo, acidentes de viação e situações de violência (Organização Mundial de Saúde, 2010; 2018).

Atualmente, considerada a pandemia COVID-19 e as alterações sociais decorrentes desta, associadas à necessidade de isolamento, existe um risco acrescido de aumento do consumo de álcool a médio prazo, uma vez que o consumo excessivo desta substância é comum após eventos stressantes. As medidas governamentais para limitar a mobilidade afetaram os padrões e locais tradicionais de consumo de álcool. As pessoas mudaram os hábitos de beber de espaços públicos para o contexto doméstico. O impacto do consumo prejudicial de álcool durante a pandemia, nas pessoas, na economia e na sociedade, ainda é incerto. No entanto, em Portugal, uma investigação realizada sobre o impacto do primeiro confinamento nos padrões de consumo apontou para um aumento da ingestão de bebidas alcoólicas naqueles que já tinham hábitos de consumo (Calado, 2020), o que poderá trazer no futuro mais pessoas com Perturbação do Uso do Álcool (PUA).

O tratamento da PUA envolve intervenções a vários níveis, sejam psicoterapêuticas, como as terapias de grupo, grupos de autoajuda (*Alcoólicos Anónimos*,

Al-Anon – Grupo para familiares), ou psicofarmacológicas (Jones, Fitzpatrick & Rogers, 2012). A prevenção de consumos abusivos ou da recaída, como forma de tratamento, assenta na capacidade de cada um alterar os comportamentos aditivos e os estilos de vida, tendo como objetivos ensinar os indivíduos na identificação de sinais de alerta, antecipar e lidar com as tensões e problemas que podem levar a uma recaída (Marlatt & Gordon, 2009; Witkiewitz & Marlatt, 2007).

Embora a abstinência seja vista como objetivo último do processo de tratamento, a redução de danos é vista como mais um recurso à disposição dos profissionais de saúde, dando ênfase à redução ou a um consumo de álcool mais seguro. A minimização dos danos relacionados com o uso de substâncias é realizada através da educação, no sentido de ajudar as pessoas a desenvolverem motivação e competências associadas a um melhor autocontrolo (Marlatt, 1999). No caso de uma pessoa com PUA, pretende-se que o indivíduo mude o seu padrão de consumo excessivo, aprenda a beber moderadamente e sem danos e, eventualmente, se torne abstinente, mudando o seu estilo de vida.

O papel da família tem sido reconhecido como fundamental no tratamento da PUA (Kleber *et al.*, 2010). Pode-se dizer que quer a pessoa quer a própria família necessitam de ajuda. Neste contexto, considera-se a família como um sistema que necessita de orientação e de acompanhamento para que o resultado do tratamento seja mais eficaz. Nesse sentido, as intervenções têm tido como base a visão sistémica, a teoria cognitivo-comportamental e os grupos de autoajuda (AA e Al-Anon, para indivíduos com PUA e familiares, respetivamente). Também os grupos com familiares

poderão ser um espaço de mediação entre o utente/família e os profissionais de saúde, oferecendo às famílias uma compreensão diferente da doença e ainda um suporte, uma vez que sentem o interesse de outras pessoas em escutá-las e compreendê-las (Alvarez *et al.*, 2012; Jones *et al.*, 2012). Várias pesquisas comprovaram a importância da participação da família nos resultados do tratamento na dependência de drogas (Templeton, Velleman & Russell, 2010).

Apresenta-se, em seguida, de forma sucinta, alguns modelos de intervenção com famílias de pessoas dependentes de substâncias psicoativas:

- **Modelo da doença familiar**, que considera que a doença afeta não apenas o dependente, mas também a família, sofrendo esta de co-dependência (Schenker & Minayo, 2004). Este modelo envolve o tratamento dos familiares sem a presença da pessoa com dependência (grupos de Al-Anon).
- **Terapia de família comportamental-cognitiva** implica a gestão das interações familiares, pois considera o abuso de drogas, neste caso do álcool, um comportamento reforçado por alusões e condicionalidades presentes na família (Figlie, Cordeiro & Laranjeira, 2007).
- **Terapias integrativas**, que se apoiam nos conceitos da terapia familiar sistémica, apresentando uma visão ecológica. Neste caso, os indivíduos fazem parte de sistemas complexos e interligados, abrangendo os fatores individuais, familiares, amigos, escola e comunidade no geral (Figlie *et al.*, 2007).
- **Modelo sistémico**, em que a família é um sistema dinâmico, que se organiza de modo a atingir uma homeostasia. O equilíbrio permanece entre o uso do álcool e o

funcionamento familiar. Nesta abordagem, é necessário promover mudanças de padrões e interações familiares (Figlie *et al.*, 2007).

- **Modelo comportamental** compreende a teoria da aprendizagem social, o modelo do comportamento operante e condicionamento clássico, os processos cognitivos e assume que os comportamentos, nas interações familiares, são apreendidos e mantidos dentro de um esquema de reforço positivo ou negativo (Payá & Figlie, 2004). Esta abordagem tem como objetivos melhorar a comunicação familiar, a capacidade de resolver problemas e fortalecer as estratégias de *coping* que estimulam a sobriedade.
- **Modelo cognitivo-comportamental** inclui as linhas comportamentais e cognitivas. Dependendo da cognição (disfuncional ou não) que a família tem acerca da dependência do álcool, é que irá determinar as emoções e os comportamentos dos elementos da família. O centro desta abordagem é reestruturar as cognições disfuncionais, através da resolução de problemas, e munir a família de estratégias para entender e responder às situações de forma funcional (Figlie *et al.*, 2007).

Os princípios básicos da intervenção junto das pessoas com PUA e familiares são semelhantes às outras áreas do cuidar, sendo, por isso, necessário promover a **aliança terapêutica**, através de uma atmosfera acolhedora e empática (fundamental para a motivação), que conduza ao relacionamento interpessoal. É precisamente através deste **relacionamento** que o profissional de saúde avalia o grau de severidade da dependência do álcool, aconselha, motiva o indivíduo e familiares para o tratamento, realiza sessões psicoeducativas sobre a PUA (consequências, estilos de vida saudáveis,

comportamentos de risco, entre outros temas) e orienta para o autocuidado e grupos de autoajuda.

Segundo Filizola, Peron, Nascimento, Pavarini e Filho (2006), as famílias demonstram pouco conhecimento sobre o alcoolismo, ignorando conceitos essenciais para a compreensão deste problema e do seu tratamento. Sob este escopo, a intervenção dos profissionais deve orientar-se numa perspetiva sistémica, tendo sempre presente a importância do contexto familiar (Dias, 2011). Muitas famílias recusam-se a aceitar o facto de que também têm problemas que requerem ajuda, tendem a negar o seu papel na família alcoólica e escondem problemas pessoais e familiares e não apenas os que dizem respeito à pessoa com PUA (Templeton *et al.*, 2010). Além disso, desenvolvem expectativas irrealistas e acreditam que a vida familiar irá melhorar com a abstinência da pessoa com PUA. Quando estas expectativas não se cumprem, culpam a pessoa com PUA pelo fracasso, independentemente de esta estar a cumprir, com sucesso, um programa de reabilitação. As atitudes e comportamentos destes familiares podem tornar-se fatores adicionais que complicam a recuperação da pessoa com PUA e consequentemente a qualidade de vida do agregado familiar.

Para muitas famílias, o confinamento implicou a permanência no domicílio dos elementos que o constituem 24h sobre 24h. Este facto, por certo, potenciou conflitos familiares latentes e preexistentes, aumentou a carga de stresse nos diferentes elementos da família e por certo pôs a descoberto as dificuldades comunicacionais muitas vezes existentes nas famílias. Considerando que viver numa família disfuncional pode constituir um risco para o consumo de bebidas alcoólicas (Mangueira & Lopes, 2014), os profissionais de

saúde, designadamente os enfermeiros, devem dar atenção à avaliação das famílias no período pós confinamento no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas.

A relação de ajuda a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, dos quais se destaca o enfermeiro, pela proximidade aos utentes e famílias, será importante na identificação de sinais de consumo ou da alteração de padrão já

existentes. Destaca-se a importância de identificação dos sinais de desagregação familiar tais como a negligência dos cuidados parentais como sinais de alerta para a PUA. O reconhecimento deste problema poderá permitir a implementação precoce de intervenções dirigidas à pessoa com PUA e suas famílias e/ou o encaminhamento para tratamentos especializados.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, S. Q. *et al.* (2012). Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33, 102-108.
- Calado, V. (2020). *CAD em tempos de pandemia - pistas de ação. Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19 / Álcool*. Evento virtual realizado em outubro de 2020. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Figlie, N. B., Cordeiro, D. C. & Laranjeira, R. (2007). *Boas Práticas no Tratamento de Usuários e Dependentes de Substâncias*. São Paulo: Editora Roca.
- Filizola, C. L. A. *et al.* (2006). Compreendendo o alcoolismo na família. *Escola Anna Nery*, 10, 660-70.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113
- Jones, J. S., Fitzpatrick, J. J. & Rogers, V. L. (2012). *Psychiatric-mental health nursing. An interpersonal approach*. Nova York: Springer Publishing Company.
- Kleber, H. D. *et al.* (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. Second edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. Disponível em https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
- Mangueira, S. & Lopes, S. (2014). Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (1), 149-154.
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (2009). *Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Best Practice in Estimating the Costs of Alcohol. Recommendations for future studies*. Copenhagen: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Genebra: World Health Organization.

Payá, R. & Figlie, N. B. (2004). Abordagem familiar em dependência química. In B. N. Figlie, S. Bordin & R. Laranjeira (Eds.), *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 339-358.

Reinaldo, M. A. S. & Pillon, S. C. (2008). Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 16(especial), 529-534.

Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 49-659.

Templeton, L., Velleman, R. & Russell, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: a systematic review. *Addiction Research & Theory*, 18, 616-648.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2007). Overview of relapse prevention. In K. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. Oxford: Elsevier, 3-17.

«Não Jogues com o teu Futuro!»: reflexões em torno de um programa de prevenção primária ou universal para comportamentos de jogo a dinheiro, para jovens e jovens adultos



Joana Alexandre

[NOTA BIOGRÁFICA] Psicóloga, doutorada em Psicologia Social e das Organizações e tem a especialidade avançada em Psicoterapia. É docente no ISCTE e investigadora no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS). A sua pesquisa incide sobre dois temas principais: inclusão social, e risco e proteção de crianças e jovens. Colabora em projetos de investigação, nacionais e internacionais, dentro desses temas, bem como no desenvolvimento de materiais de prevenção primária do abuso sexual. Colaborou como Quality Monitor do Australian Council for Educational Research (ACER) num projeto liderado pela OCDE sobre competências socioemocionais (2018) e é consultora técnica e científica para a FCG nos Projetos Academias Gulbenkian do Conhecimento.

Filipa Calado

[NOTA BIOGRÁFICA] Psicóloga Clínica e investigadora na área das adições comportamentais na Universidade de Nottingham Trent, Reino Unido, onde também é docente de Psicologia. A sua investigação foca-se sobretudo nos comportamentos de jogo e jogo a dinheiro nos adolescentes e jovens adultos. Desenvolveu e testou um programa de prevenção para a iniciação ao jogo a dinheiro em alunos do ensino secundário. Tem trabalhado também com instituições portuguesas, com o intuito de promover um maior conhecimento do jogo responsável nos mais jovens.

A problemática do jogo a dinheiro entre jovens adultos tem merecido cada vez mais atenção (Calado, Alexandre & Griffiths, 2017), sendo que a expansão do jogo online tem popularizado esta atividade entre os mais novos, tornando-a muitas vezes numa experiência diária também já para muitos deles (Hayer & Griffiths, 2015). Face à sua evolução, a caracterização desta problemática começa a ter alguma expressão em Portugal a partir de 2011, no âmbito dos Estudos sobre Prevalências dos Consumos de Substâncias Psicoativas na População Geral (naquele que é o seu 3º inquérito), assumindo uma maior relevância no 4º Inquérito produzido em 2016/2017 (Balsa, Vital & Urbano, 2019).

Considerando que é cada vez mais cedo que os jovens se envolvem em comportamentos de jogo e jogo a dinheiro, a exposição a este tipo de comportamentos aumenta a probabilidade do mesmo se tornar um problema de saúde pública, podendo levar ao desenvolvimento de uma dependência comportamental – a perturbação de jogo (ligeira, moderada ou grave) –, tal como definida pela Associação Americana de Psicologia (APA, 2013), no manual estatístico de diagnóstico das perturbações mentais (DSM-5). No entanto, e tal como Hubert (2019) refere, este manual de diagnóstico “não inclui a classificação de abuso, ou seja, o patamar clínico de problema de jogo que antecede a dependência ou perturbação de jogo” (p.75), o que traz consigo um conjunto de constrangimentos não apenas em termos de diagnóstico mais alargado, mas também ao nível da intervenção ao deixar de parte “uma população significativa em forte risco de progredir para a dependência” (p.75).

Tal como outras dependências, a perturbação de jogo impacta negativamente não só o jogador (e.g., comorbilidades psiquiátricas, tal como depressão, baixo rendimento escolar/académico), mas também a sua família (e.g., problemas relacionais e financeiros) e a própria sociedade (Oh *et al.*, 2017). Muitas destas consequências são já observadas em jogadores abusivos (Hubert, 2019), pelo que é fundamental apostar na intervenção precoce (Torrado, 2018). Mas o que se entende por intervenção precoce?

Globalmente, a intervenção pode ser realizada antes da ocorrência de uma dada problemática, com o objetivo de evitar o seu aparecimento, sendo dirigida à população em geral, independentemente do nível de risco. Este tipo de intervenção é designado por prevenção primária ou universal e distingue-se da prevenção secundária/seletiva e da prevenção terciária/indicada, tendo em conta que a prevenção secundária remete para um tipo de intervenção que se destina já ao tratamento precoce e imediato de situações já sinalizadas (ex., jogadores abusivos), procurando-se, por exemplo, mitigar comportamentos de risco, nomeadamente práticas excessivas de jogo (Torrado, 2018). Já a intervenção terciária remete para um tipo de intervenção mais centrado no tratamento de jogadores com perturbação de jogo, procurando reduzir, sobretudo, os impactos adversos (St-Pierre & Derevensky, 2016).

Os programas de prevenção primária ou universal são habitualmente levados a cabo em contexto educativo ou comunitário, e apresentam um cariz socioeducativo. Alguns focam-se na promoção de fatores de proteção, i.e., em variáveis que procuram minimizar ou neutralizar o impacto do risco, enquanto que outros se centram nos fatores de

risco (e.g., crenças erróneas, distorções cognitivas). Em termos da sua eficácia, parecem produzir resultados mais parciais os que apenas se focam nos fatores de risco (Oh *et al.*, 2017), e melhores resultados os que incluem a promoção de competências socioemocionais (e.g., tomada de decisão responsável), a resolução de problemas ou estratégias de coping (Calado *et al.*, 2017).

Considerando a literatura, Calado *et al.* (2020) testaram um programa de intervenção desenvolvido para o efeito, de cariz universal, que visava 1) aumentar o conhecimento sobre jogo a dinheiro, reduzindo crenças erróneas a respeito desta problemática, (2) diminuir o comportamento/práticas

de jogo, e (3) produzir mudanças em comportamentos de risco associados à adolescência (e.g., redução da procura de sensações), promovendo tomadas de decisão mais responsáveis que contribuam para a mitigação de gratificação imediata. O programa é dinamizado através do recurso a um conjunto de estratégias que a literatura refere como promotoras de uma maior eficácia (Oh *et al.*, 2017): atividades de quebra-gelo, *quizzes*, métodos interativos que promovem a discussão, a reflexão conjunta e o pensamento crítico.

O programa compreende cinco sessões, de uma hora cada:

Sessão	Atividade
Sessão 1	“Jogo ou jogo a dinheiro”: Momento quebra-gelo seguido de discussão sobre o conceito de jogo a dinheiro
Sessão 2	Distorções cognitivas e crenças erróneas sobre jogo a dinheiro
Sessão 3	Atitudes sobre jogo a dinheiro e dinheiro
Sessão 4	Procura de sensações e treino de tomada de decisão em comportamentos de risco
Sessão 5	“Jogo saudável”

O programa foi testado recorrendo a um desenho experimental, com grupo de intervenção e grupo de controlo, tendo participado um total de 111 jovens/jovens adultos (58,5% do sexo feminino), com uma idade média aproximada de 18 anos. O impacto do jogo foi avaliado não só no imediato, mas a médio prazo (*follow-up* de 6 semanas). Globalmente, verificou-se que os participantes que receberam a intervenção aumentaram os seus conhecimentos sobre jogo a dinheiro e reduziram algumas crenças erróneas a respeito desta problemática. Verificou-se, ainda, uma redução nas horas de jogo semanais, mas em participantes que

já apresentavam um comportamento de jogo a dinheiro mais excessivo. Além disso, a intervenção diminuiu o número de jogadores problemáticos. Os impactos imediatos mantiveram-se na fase de *follow-up*.

Apesar de algumas limitações que esta intervenção possa ter (Calado *et al.*, 2020), tais como perder amostra no *follow-up*, o que diminui o poder estatístico dos dados, a mesma vem reforçar a importância de intervenções precoces, junto de jovens e jovens adultos, que procurem promover comportamentos de jogo mais saudáveis e responsáveis. Este programa vem também

encorajar a necessidade de se apostar, no contexto nacional, no desenvolvimento e avaliação de programas de intervenção para a problemática aqui em análise, que possam informar, com base em

evidência, quais as melhores práticas e estratégias para a mitigação de problemas ligados ao jogo a dinheiro.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Balsa, C., Urbano, C. & Vital, C. (2019). Jogo e consumos de substâncias psicoativas em Portugal. In V. Calado (Org.), *Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos – dossier temático*. Lisboa: SICAD, 39-70.
- Calado, F., Alexandre, J. & Griffiths, M. D. (2017). How coping styles, cognitive distortions, and attachment predict problem gambling among adolescents and young adults. *Journal of Behavioural Addictions*, 6(4), 648–657.
- Calado, F. et al. (2020). The efficacy of a gambling prevention program among high-school students. *Journal of gambling studies*, 36, 573-595.
- Hayer, T. & Griffiths, M. D. (2015). The prevention and treatment of problem gambling in adolescence. In T. P. Gullotta & G. Adams (Eds.), *Handbook of Adolescent Behavioural Problems: evidence-based approaches to prevention and treatment* (2nd edição). Nova York: Springer, 467–486.
- Hubert, P. (2019). Perturbação ou abuso de jogo? Navegação à vista nos limites do diagnóstico. In V. Calado (Org.), *Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos – dossier temático*. Lisboa: SICAD, 71-87.
- Oh, B. C., Ong, Y. J. & Loo, J. M. (2017). A review of educational-based gambling prevention programs for adolescents. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 7(1), 4-7.
- St-Pierre, R. & Derevensky, J. L. (2016). Youth gambling behavior: novel approaches to prevention and intervention. *Current Addiction Reports*, 3, 157-165.
- Torrado, M. (2018). *Jogo com Mais Saúde: para uma política de jogo responsável*. Lisboa: SICAD.

Raspadinha em Portugal: contributos para uma regulação efetiva



Pedro Morgado

|NOTA BIOGRÁFICA| Professor Associado de Psiquiatria e Comunicação Clínica na Escola de Medicina da Universidade do Minho, onde é Vice-Presidente desde 2017. É médico especialista do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga e investigador no Laboratório Associado ICVS/3B's. É membro da Direção do Colégio de Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos e da Direção da Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica. Em 2021, venceu o *FLAD Science Award Mental Health*.

JOGO PATOLÓGICO – o que sabemos?

O jogo é uma atividade humana com efeitos adversos na saúde e bem-estar das pessoas que pode afetar negativamente a saúde física e mental das pessoas que jogam e dos seus conviventes. Os comportamentos de jogo têm sido associados a risco de mortalidade precoce (Muggleton *et al.*, 2021), o que ilustra bem a especial vulnerabilidade das pessoas que jogam regularmente.

Os comportamentos de jogo problemático afetam 0.12-5.8% da população mundial e 0.12-3.4% da população europeia (Calado & Griffiths, 2016) e são geralmente identificados através de designações como “jogo problemático”, “jogo compulsivo”, “jogo patológico”, “adição de jogo” ou “jogo problemático”. Estes termos descrevem padrões de jogo excessivo caracterizados pela perda do controlo sobre o comportamento, pelas consequências nefastas dos hábitos de jogo e pela persistência dos comportamentos de jogo apesar das suas consequências negativas. As características do jogador e das diferentes modalidades de jogo estão associadas a níveis distintos de risco para o desenvolvimento de comportamentos problemáticos.

A Perturbação de Jogo Patológico é uma doença psiquiátrica incluída no grupo das Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas tanto no ICD-11 (Classificação Internacional de Doenças) como no DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais). Esta doença caracteriza-se por um padrão persistente e recorrente de comportamentos de jogo com consequências nefastas para a saúde e a vida do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

A doença caracteriza-se pela perda do controlo sobre o comportamento de jogo, aumento da prioridade dada ao jogo em relação às outras atividades da vida e continuação dos comportamentos apesar das consequências nefastas que o jogo tem para a saúde e a vida das pessoas com doença (American Psychiatric Association, 2013). Para o estabelecimento e reforço dos comportamentos desadaptativos contribuem múltiplos vieses e distorções cognitivos, de memória, de controlo e de ilusão. O tratamento inclui técnicas de psicoterapia (Ribeiro *et al.*, 2021) e de farmacoterapia (Grant *et al.*, 2014).

A evidência científica tem demonstrado um aumento significativo dos problemas associados ao jogo ao longo das últimas décadas (Abbott, 2020), o que convoca as autoridades para a necessidade do desenvolvimento de políticas de diagnóstico, monitorização, prevenção e intervenção dos problemas associados ao jogo (Blank *et al.*, 2021).

RASPADINHA EM PORTUGAL – de onde vimos?

As preferências de jogo variam entre países, pelo que as políticas públicas devem adaptar-se às especificidades clínicas e epidemiológicas locais. Em Portugal, verifica-se um fenómeno específico associado ao aumento significativo do consumo de raspadinhas (lotaria instantânea) ao longo dos últimos anos (Vilaverde & Morgado, 2020). Em paralelo, têm sido descritos casos clínicos de jogo patológico associados à lotaria instantânea tanto em publicações científicas com revisão de pares (Raposo-Lima *et al.*, 2015) como em artigos e reportagens nos media. Apesar de se tratar de uma atividade com menor potencial aditivo do que

outras modalidades de jogo (como, por exemplo, as *slot-machines*) é consensual que existem riscos associados à lotaria instantânea que a sociedade não pode ignorar.

Entre os fatores que mais contribuem para os riscos associados ao uso de raspadinha merecerem maior atenção em Portugal destacam-se: (1) a extraordinária popularidade do jogo no país que tem como consequência a existência de um número muito elevado de jogadores (ainda que alguns sejam apenas ocasionais) e um estigma positivo associado à prática de jogo; (2) a rede de postos de venda encontra-se disseminada por todo o território nacional, o que torna este jogo particularmente acessível no contexto nacional; (3) as regras de funcionamento do jogo são simples e fáceis de compreender; (4) o valor mínimo das apostas é baixo; (5) a recompensa é imediata, o que se associa frequentemente a maior risco de adicção quando comparado com outras modalidades de jogo; (6) a publicidade indireta ao jogo está disseminada em múltiplas notícias partilhadas diariamente nas redes sociais e os relatos de incentivo à compra em estabelecimentos são recorrentes; (7) a utilização de receitas do jogo para atividades de beneficência social e o incentivo à sua compra para fins de recuperação do património cultural são formas de publicidade indireta que geram uma perceção positiva associada a uma atividade que tem um potencial adverso para a saúde das pessoas.

Entre as características que tornam a raspadinha um jogo com menor potencial aditivo do que outras modalidades destacam-se o tempo até à recompensa ser menor do que em outros tipos de jogo (como, por exemplo, as *slot-machines*) e a acessibilidade ser menor do que para outras

modalidades (como, por exemplo, o jogo *online*) (Delfabbro & Parke, 2021).

É importante mencionar que as situações de jogo problemático ou de jogo patológico estão frequentemente associadas à utilização de mais do que uma modalidade de jogo, pelo que é expectável que os utilizadores abusivos e/ou patológicos de raspadinhas possam também ter comportamentos patológicos com outros tipos de jogo.

Acresce que os dados relativos à evolução das práticas de outras modalidades de jogo em Portugal convocam a comunidade clínica e científica para uma maior atenção para este problema. No que diz respeito ao jogo *online*, por exemplo, verificou-se um aumento do consumo durante o confinamento pandémico em contraciclo com o que sucedeu em Espanha (Machado *et al.*, 2021). Este efeito pode estar relacionado com a diferença nas medidas restritivas da publicidade ao jogo que foram implementadas em Espanha durante a pandemia COVID-19 mas não em Portugal. Estes dados estão em linha com o obtido num estudo ainda não publicado, realizado na Universidade do Minho, que reporta um aumento de 2,3% no uso de jogos de fortuna e azar durante o confinamento de 2021 (Bento, 2021).

Assim, atendendo à magnitude do uso da raspadinha em Portugal e aos fatores contextuais descritos, é esperado que o número de pessoas afetadas por problemas relacionados com jogo problemático ou patológico seja significativo, não existindo até ao momento qualquer estudo independente que avalie os riscos associados a este fenómeno em Portugal.

RASPADINHA EM PORTUGAL – para onde queremos ir?

Em todo o mundo multiplicam-se os apelos para uma regulação mais efetiva da indústria do jogo e uma aposta mais consistente na prevenção do desenvolvimento de doenças associadas ao jogo (Abbott, 2020; Blank *et al.*, 2021; Wardle *et al.*, 2019; Weinstock, 2018). O debate público em torno da definição de políticas de regulação das atividades relacionadas com o jogo tem sido consideravelmente influenciado pela força económica e mediática das empresas que operam neste setor e também pelos proveitos que os Estados arrecadam com as taxas e impostos que impendem sobre esta atividade económica (Loer, 2018; Schalkwyk *et al.*, 2021).

Recentemente, um grupo de peritos publicou um artigo na revista *Lancet Public Health* em que chama a atenção para as falácias presentes no discurso mediático daqueles que se opõem a uma regulação efetiva (Schalkwyk *et al.*, 2021). Narrativas que têm sido repetidas em Portugal tanto pelas autoridades públicas e de saúde como pelos agentes com interesse económico neste setor (Morgado, 2021).

Na ausência de dados independentes mais detalhados e atualizados, as informações de que dispomos acerca dos níveis de consumo de raspadinha (e de outros jogos com potencial aditivo) em Portugal justificam, no imediato, a adoção de novas políticas públicas para o estudo, a monitorização e a regulação do jogo em Portugal. Políticas que, alinhadas com a melhor evidência internacional, devem incluir: (1) a avaliação da prevalência de jogo problemático e patológico

associado às diferentes modalidades de jogo em Portugal; (2) a regulação (ou mesmo inibição) da publicidade direta e indireta a todas as modalidades de jogo com potencial aditivo; (3) o estabelecimento de programas ativos de informação e prevenção dos comportamentos de jogo; (4) a garantia de mecanismos efetivos de auto-exclusão que sejam de fácil acesso para todas as modalidades de jogo em Portugal; (5) a regulamentação das iniciativas públicas (incluindo governamentais) que destaquem benefícios obtidos com proveitos do jogo; (6) a formação dos profissionais de saúde para o rastreio e diagnóstico de situações de jogo problemático e patológico; (7) a garantia de acesso ao tratamento adequado para todas as pessoas com Perturbação de Jogo Patológico.

A proteção da saúde das pessoas, em particular daquelas que estão numa situação de maior vulnerabilidade, é uma obrigação de todos. Conhecidos os efeitos nefastos que o jogo pode ter na vida das pessoas mais vulneráveis, a definição de políticas públicas que garantam uma regulação mais efetiva desta atividade económica e social é uma necessidade que urge ser concretizada em Portugal.

REFERÊNCIAS

- Abbott, M. W. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public Health*, 184, 41–45.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Bento, H. (2021, April 22). Stress, ansiedade e depressão voltaram a agravar-se no segundo confinamento. “Tínhamos mais experiência mas reagimos da mesma maneira.” *Jornal Expresso*. Disponível em <https://expresso.pt/coronavirus/2021-04-21-Stress-ansiedade-e-depressao-voltaram-a-agravar-se-no-segundo-confinamento.-Tinhamos-mais-experiencia-mas-reagimos-da-mesma-maneira-d610bd3f>
- Blank, L. et al. (2021). Interventions to reduce the public health burden of gambling-related harms: A mapping review. *The Lancet Public Health*, 6(1), e50–e63. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30230-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30230-9)
- Calado, F. & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613.
- Delfabbro, P. & Parke, J. (2021). Empirical evidence relating to the relative riskiness of scratch-card gambling. *Journal of Gambling Studies*, 37(3), 1007–1024.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L. & Schreiber, L. R. N. (2014). Pharmacological treatments in pathological gambling. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 375–381.
- Loer, K. (2018). Gambling and doing good? On the relationship between gambling regulations and welfare services in Germany. In M. Egerer, V. Marionneau & J. Nikkinen (Eds.), *Gambling Policies in European Welfare States: current challenges and future prospects*. Berlin: Springer International Publishing, 101–118.
- Machado, A. S., Covelo, V. & Vieira-Coelho, M. A. (2021). Cards on the table: the huge growth in online gambling during the COVID-19 pandemic in Portugal. *Journal of Gambling Issues*, 403–408.
- Morgado, P. (2021). A Psiquiatria em diálogo com a sociedade. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 7(3), 86–88.
- Muggleton, N. et al. (2021). The association between gambling and financial, social and health outcomes in big financial data. *Nature Human Behaviour*, 5(3), 319–326.
- Raposo-Lima, C. et al. (2015). SCRATCH THAT! - Two case reports of scratch-card gambling disorder. *Addict Behav*, 45C, 30–33.
- Ribeiro, E. O., Afonso, N. H. & Morgado, P. (2021). Non-pharmacological treatment of gambling disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 21(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2>
- Schalkwyk, M. C. I. et al. (2021). A public health approach to gambling regulation: Countering powerful influences. *The Lancet Public Health*, 6(8), e614–e619. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00098-0)
- Vilaverde, D. & Morgado, P. (2020). Scratching the surface of a neglected threat: huge growth of instant lottery in Portugal. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e13. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30039-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30039-0)
- Wardle, H. et al. (2019). Gambling and public health: we need policy action to prevent harm. *BMJ*, 365, l1807. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1807>
- Weinstock, J. (2018). Call to action for gambling disorder in the United States. *Addiction*, 113(6), 1156–1158

Crescer num mundo digital: estratégias preventivas



Eduarda Ferreira

|NOTA BIOGRÁFICA| Psicóloga Educacional e investigadora do CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, na FCSH / NOVA, Portugal. Com formação em Psicologia Educacional, mestrado em Sistemas de Gestão de e-Learning e PhD em Geografia Social e Cultural, os seus interesses de investigação são: TIC na educação, inclusão digital, web geoespacial, e igualdade de género. Desenvolveu um projeto de investigação de pós-doc sobre "Gender@ICT: gaps, co-production and equity". É membro das equipas de investigação *Net Children Go Mobile* e *EU Kids Online Portugal*.

O digital e a Internet já há alguns anos são uma presença constante na vida de crianças e jovens, e essa dimensão digital foi intensificada com o aparecimento dos *smartphones* com ligação à Internet. Com a onipresença das tecnologias digitais móveis e da comunicação *online*, podemos dizer que hoje em dia crianças e jovens têm “vidas digitais” (Mascheroni & Olafsson, 2014; Ponte, 2020).

Com a recente situação de pandemia e o consequente isolamento social, toda a sociedade teve alterações profundas na forma de trabalhar, de conviver, de mobilidade, ... na forma de viver. De todos e todas nós. Em todos os estratos sociais e económicos, com níveis diferentes de condições de conforto e segurança, mas que atingiu toda a população. De todas as idades, incluindo crianças e jovens, que viram a escola transformar-se radicalmente, com os seus movimentos limitados e o contacto com amigas/os reduzido ao digital.

Se antes da pandemia já era urgente falarmos do desenvolvimento da literacia digital nas crianças e jovens, neste momento é inadiável. E sabemos que o papel da escola é particularmente importante na redução das desigualdades e da exclusão digital, ao promover uma maior igualdade nas oportunidades de desenvolvimento da literacia digital (Ferreira *et al.*, 2018).

A literacia digital é central na vida escolar das crianças e jovens e será fundamental para o seu futuro profissional numa sociedade cada vez mais digital. A literacia digital é um conjunto de competências, uma combinação de conhecimento, competências e atitudes que constituem uma “prática social”, que permite aproveitar o potencial e as oportunidades das tecnologias digitais e, ao mesmo tempo, permanecer atento aos desafios e

riscos (Sonck *et al.*, 2011; OECD, 2021). Essencialmente, estamos a falar de competências de pensamento crítico aplicadas às práticas digitais.

Relativamente ao desenvolvimento da literacia digital nas escolas, o momento presente em que a escola mudou abruptamente do presencial para o *online* fez surgir novas preocupações. Para além das dificuldades inerentes a esta mudança, e do acentuar das desigualdades sociais, económicas e até geográficas, surgiram novas questões a partir da prática de muitos docentes nas aulas *online*. A partir de observações e questões de docentes partilhadas em fóruns e redes sociais, verificamos que muitos docentes descobriram que afinal as/os jovens não são assim tão competentes a lidar com o digital como os adultos supõem (Guinote, 2021). As/Os jovens, em geral, sabem dominar redes sociais, mas apresentam dificuldades em fazer uma pesquisa orientada e com base em fontes credíveis, sabem partilhar fotos e vídeos, mas fazer um simples documento em *Word* ou *Excel* com formatação adequada parece ser uma tarefa que nem todos dominam. As/Os docentes estão a perceber que afinal os/as jovens têm lacunas na sua abordagem do digital, o que diminui o receio que tinham de introduzir as tecnologias digitais nas suas aulas por se sentirem menos competentes que as/os alunas/os. E ao mesmo tempo temos as/os docentes, de todas as idades, a envolverem-se ativamente em práticas digitais e a utilizarem a comunicação digital tão frequentemente quanto os/as jovens, desenvolvendo muitos deles competências que não tinham, e a poderem perceber melhor essa esfera virtual onde os seus alunos habitam. Para além das mudanças introduzidas pelo ensino à distância, temos a decorrer em Portugal o Plano de Ação para a Transição Digital (Resolução do Conselho de

Ministros n.º 30/2020) que inclui a capacitação digital de docentes de todos os níveis de ensino. Estão a ser desenvolvidas diversas oficinas de formação de capacitação digital em todo o país que terão um importante impacto na integração de tecnologias digitais na educação. Neste contexto, temos as condições para que as escolas sejam centros promotores da literacia digital. Mas, existem alguns obstáculos a uma maior utilização das tecnologias digitais no contexto educativo, nomeadamente a ideia de que crianças e jovens passam demasiado tempo à frente de ecrãs, e de que é necessário limitar esse tempo para prevenir utilizações excessivas e o risco de dependências (Helsper & Smahel, 2019).

No entanto, não está provado que o ‘tempo de ecrã’, por si só, seja prejudicial para o desenvolvimento psicossocial e bem-estar psicológico das crianças e jovens. Em vez de nos concentrarmos na quantidade de tempo passado à frente de um ecrã, o mais importante é perceber qual o contexto de uso (onde, quando e porquê), o conteúdo a que acedem (o que se faz e o que se guarda), e as conexões resultantes (se se intensificam ou reduzem as relações sociais por causa das atividades *online*).

A utilização dos meios digitais já não é algo opcional nos tempos atuais, faz parte integrante da vida em sociedade. Neste contexto não faz sentido focarmos a nossa atenção na dimensão meramente quantitativa do tempo que crianças e jovens passam à frente dos ecrãs. O ‘tempo de ecrã’ não pode ser visto como uma atividade uniforme ou inevitavelmente problemática, inclui tempo para aprendizagens, entretenimento, um meio para relacionamentos, acesso a informações, um lugar para criatividade e até mesmo para ação cívica

(Blum-Ross & Livingstone, 2018). O que devemos ter em conta em relação ao ‘tempo de ecrã’ de crianças e jovens são questões, tais como: afeta o trabalho escolar, diminui a prática de exercício físico, prejudica as relações sociais com amigos/as e colegas, perturba de forma significativa a interação com a família? Em vez de nos preocuparmos com o ‘tempo de ecrã’, devemos ter em atenção se, quando e porquê determinadas atividades digitais ajudam ou prejudicam cada criança ou jovem em particular (Hiniker *et al.*, 2019). Falar em uso excessivo de tecnologias digitais não se pode referir apenas à quantidade de tempo, mas essencialmente ao impacto negativo no bem-estar da criança ou jovem.

Estão identificados diversos riscos associados a uma utilização intensiva das tecnologias digitais, tais como uma vida digital demasiado exposta, a possibilidade de dependências, a diminuição de interações sociais presenciais, entre outros (Griffiths, 2000; Hasebrink, Livingstone & Haddon, 2008). Mas o que fazer, como gerir os perigos e riscos de uma utilização excessiva de meios digitais *online*? Quem trabalha com jovens questiona-se, o que fazer? Proibir? Controlar? Dar informação sobre os perigos? Neste novo contexto parece claro que proibir e controlar não são as respostas adequadas, como já era defendido por diversos investigadores (Helsper & Smahel, 2019; O’Neill & Dinh, 2018).

Se antes da pandemia, e da mudança das nossas vidas para o ambiente virtual, já se afirmava a urgência de promover uma utilização mais segura dos meios digitais, mas sem limitar a possibilidade de crianças e jovens desenvolverem as competências necessárias para navegarem numa sociedade digital em mudança constante, no atual contexto a

urgência é ainda maior e com maior ênfase no desenvolvimento de competências para lidarem com os desafios que uma sociedade digital nos coloca.

Existe um conceito que é fundamental quando falamos em desenvolver competências sociais nas interações presenciais – resiliência. Estamos a falar da capacidade de lidar com problemas, de adaptação a mudanças, de superar obstáculos, de ser capaz de resistir à pressão de situações adversas e de encontrar soluções estratégicas para enfrentar e superar as adversidades (Gilligan, 2000). Considerando os desafios e riscos da realidade digital, facilmente percebemos que estas competências sociais também são fundamentais na vida *online*. Por isso se fala no conceito de resiliência digital, aplicação do conceito de resiliência à tecnologia, à Internet e à era digital. Sabemos que é fundamental que as/os jovens sejam capazes de entender quando estão em risco *online*, que saibam o que fazer se algo correr mal, que consigam aprender com a experiência de estar *online* e sejam capazes de recuperar de dificuldades ou más experiências (Przybylski, 2014; Reynolds & Parker, 2018). Podemos dizer que as crianças que são digitalmente resilientes têm as competências necessárias para lidar com os desafios do mundo digital.

Sabemos que para desenvolver a resiliência na vida *offline* existem algumas estratégias, como negociar limites, falar sobre os assuntos difíceis que preferiríamos evitar, e ajudar as crianças a reconhecerem o que é um comportamento adequado ou desadequado, certo ou errado. E relativamente ao desenvolvimento da resiliência digital a investigação tem identificado algumas estratégias: definir regras justas e consistentes para

a utilização da Internet pelas crianças (permitindo que à medida que as crianças são mais crescidas as regras sejam negociadas para que possam ter algum controlo sobre o seu mundo digital); ensinar as crianças a pensar criticamente sobre o que leem, veem ou ouvem *online*, para poderem avaliar se as informações são de confiança e úteis para elas; manter uma visão positiva sobre a utilização da Internet pelas crianças (se criticamos constantemente as *apps* e jogos que elas adoram provavelmente as crianças não vão querer falar sobre sua vida *online*); facilitar que falem sobre as coisas que não correram bem nas suas atividades *online*, manter a calma e certificar-se de que elas sabem quando e a quem pedir ajuda (Przybylski, 2014; Reynolds & Parker, 2018). A ideia central é que ter algum controlo sobre as situações que vivemos é uma parte importante no desenvolvimento da resiliência – e é uma parte muito importante no desenvolvimento da resiliência digital.

Com base nestas estratégias para o desenvolvimento da resiliência digital, podemos perceber que utilizar como principal estratégia o limitar e controlar as crianças e jovens na utilização da Internet não contribui para o desenvolvimento das suas competências, e em vez de os proteger pode colocar crianças e jovens em maior risco.

O que a investigação nos aponta como estratégia mais indicada para permitirmos que as crianças e jovens desenvolvam as competências necessárias para estarem seguros no ambiente *online* é estabelecer limites claros para as suas práticas digitais e, em seguida, afastar-se, permitindo que elas explorem o mundo *online* com segurança, sabendo que os adultos estarão lá para ajudar se algo correr mal (Grolnick, 2009).

Estamos perante uma realidade em constante mudança, e o ritmo das mudanças relacionadas com o digital é particularmente rápido. Temos de ter em consideração, não só os riscos de utilização excessiva e possíveis dependências, mas

essencialmente o risco de crianças e jovens não desenvolverem as competências necessárias para poderem acompanhar de forma segura as mudanças da nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- Blum-Ross, A. & Livingstone, S. (2018). The trouble with 'screen time' rules. In G. Mascheroni, C. Ponte & A. Jorge (Eds.), *Digital Parenting: the challenges for families in the digital age, yearbook 2018*. Gotemburgo: The International Clearinghouse on Children, Youth and Media, 179–187.
- Ferreira, E. et al. (2015). Mind the gap: digital practices and school. *International Journal of Digital Literacy and Digital Competence (IJDLDC)*, 6(3), 16-32.
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences. *Children & Society*, 14, 37-47.
- Griffiths, M. (2000). Does internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 3(2), 211–18.
- Grolnick, W. S. (2009). The role of parents in facilitating autonomous self-regulation for education. *Theory and Research in Education*, 7(2), 164-173.
- Guinote, P. (2021). *Quando as Escolas Fecharam: cadernos da pandemia*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Hasebrink, U., Livingstone, S. & Haddon, L. (2008). *Comparing Children's Online Opportunities and Risks Across Europe: cross-national comparisons for EU Kids Online*. Londres: EU Kids Online.
- Helsper, E. J. & Smahel, D. (2019). Excessive internet use by young Europeans: psychological vulnerability and digital literacy? *Information, Communication & Society*, 23(9), 1255-1273.
- Hiniker, A. et al. (2019). Moving beyond "the great screen time debate" in the design of technology for children. *Extended Abstracts of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*.
- Mascheroni, G. & Olafsson, K. (2014). *Net Children Go Mobile. Risks and Opportunities*. Milão: Educatt.
- O'Neill, B. & Dinh, T. (2018). *The Better Internet for Kids Policy Map: implementing the European strategy for a better Internet for children in European member states*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- OECD (2021). *21st-Century Readers: Developing Literacy Skills in a Digital World*. Paris: PISA, OECD Publishing.
- Ponte, C. (2020). *Nós na Rede: ambientes digitais de crianças e jovens*. Coimbra: Edições Almedina.
- Przybylski, A. (2014). *A Shared Responsibility: Building Children's Online Resilience*. Oxford: Oxford Internet Institute.
- Reynolds, L. & Parker, L. (2018). *Digital Resilience: stronger citizens online*. Londres: Institute for Strategic Dialogue.
- Sonck, N. et al. (2011) *Digital Literacy & Safety Skills*. EU Kids Online.

Do primeiro ao último texto, o leitor faz uma viagem através de diversos comportamentos aditivos, das tradicionais drogas ilícitas aos novos comportamentos aditivos relacionados com o uso da Internet, acompanhando diversas e diferentes formas de olhar para uma realidade que, não obstante os sucessos alcançados nas últimas décadas, coloca novos e velhos desafios e deixa sempre espaço para melhorias e aperfeiçoamentos.



Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD

General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies

Tel: +351 211 119 000 | E-mail: sicad@sicad.min-saude.pt | www.sicad.pt

