



ICAD

Instituto para os Comportamentos
Aditivos e as Dependências, I.P.

Análise do Movimento Assistencial da Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra

Estudo das Altas e do Tempo de Internamento (2016-2022)

NOME DO(S) AUTOR(ES): Rui Tinoco*; Rita Valinho*; Ana Sofia Braga**, Cátia Coutinho***, Vítor Sousa****

AFILIAÇÃO:

* ICAD, I.P.

** Estagiária EstágiAP XXI

*** ICAD, I.P./Centro de Respostas Integradas Porto Oriental

**** Coordenador Técnico da Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra

Julho 2024

Ficha Técnica

Título: Análise do Movimento Assistencial da Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra - Estudo das Altas e do Tempo de Internamento (2016-2022)

Autores: Rui Tinoco; Rita Valinho; Ana Sofia Braga, Cátia Coutinho, Vítor Sousa

Editor: ICAD

Morada: Parque de Saúde Pulido Valente, Edifício ICAD, Alameda das Linhas de Torres 117, 1750-147 Lisboa

Edição: 2024

ISBN:

CDU:

Depósito Legal:

Tiragem:

Execução Gráfica:

Agradecimentos: Mónica Santos (terapeuta ocupacional); Glória Pimentel (psicóloga clínica); Maria João Machado (técnica superior)

Índice

Índice das Tabelas	4
Índice das Figuras	5
Glossário	6
1. Introdução	7
1.1 - Enquadramento	7
1.2 - Questionamento	9
2. Metodologia	9
3. Análises Descritivas	10
3.1 Análises Descritivas das variáveis sociodemográficas	12
3.2 - Análises Descritivas das variáveis relacionadas com percurso CAD	16
3.3 - Análise Descritiva - variáveis referentes ao percurso na CT	19
4. Análises Descritivas (cruzadas)	20
5. Súmula das Análises Descritivas	27
6. Análises comparativas	28
7. Súmula das Análises Comparativas	34
8. Conclusões	36
9. Forças, Fraquezas e Sugestões	37
Bibliografia	38
Anexo	41

Índice das Tabelas

Tabela 1 – Número de Admissões por ano	11
Tabela 2 – Evolução das Taxas de ocupação e retenção	11
Tabela 3 - Distribuição por Género	12
Tabela 4 - Distribuição por Estado Civil	12
Tabela 5 - Distribuição por Habilitações Literárias	13
Tabela 6 - Distribuição por Situação Profissional	14
Tabela 7 - Distribuição por Escalões Etários	14
Tabela 8 - Distribuição por Distrito de Residência	15
Tabela 9 - Distribuição por Nacionalidade	15
Tabela 10 - Distribuição quanto a Episódio de Tratamento – Primeiro Tratamento	16
Tabela 11 - Distribuição por Referenciação aos Serviços CAD	16
Tabela 12 - Distribuição por Substância Principal (agrupada)	17
Tabela 13 - Distribuição por Tipo de Inscrição	18
Tabela 14 - Distribuição pelo Duplo Diagnóstico	18
Tabela 15 - Distribuição por Visita na Comunidade Terapêutica (CT)	19
Tabela 16 - Distribuição por Saída a casa	19
Tabela 17 - Distribuição por Motivo Saída (agrupado)	20
Tabela 18 - Distribuição do Tempo de internamento por ano	21
Tabela 19 - Distribuição da Média de idade dos utentes por ano	21
Tabela 20 - Distribuição de Motivo de saída (agrupado) por substância principal (agrupada)	23
Tabela 21 - Distribuição de Motivo de saída (agrupado) por tempo de consumo	24
Tabela 22 - Distribuição da Substância principal (agrupada) em função dos anos	24
Tabela 23 - Distribuição por Tipo da Substância Principal (agrupada) por tipo de Inscrição	25
Tabela 24 - Distribuição da Substância Principal (agrupada) por género	26
Tabela 25 - N.º de dias de tratamento em função da substância principal (agrupada)	28
Tabela 26 - T-Test e Mann-Whitney do tempo de consumos da substância principal em função da substância principal (agrupada)	28

Tabela 27 - T-Test e Mann-Whitney da idade em função da substância principal (agrupada)	29
Tabela 28 - T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função de ter visitas à CT	29
Tabela 29 - T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função de ter saídas programadas durante o internamento na CT (2016-2019)	30
Tabela 30 - T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função da substância principal agrupada (só nos utentes com alta clínica)	30
Tabela 31 - Kruskal-Wallis Test Motivo de saída (agrupado) e médias de dias de tratamento	31
Tabela 32 - Teste Dunn para comparações post hoc das Média dos dias de tratamento (duração) tendo em conta o motivo de saída (agrupado)	31
Tabela 33 - Kruskal-Wallis Test Motivo de saída (agrupado) e médias de dias de tratamento - Utentes OSPA	32
Tabela 34 - Teste Dunn para comparações post hoc das Média dos dias de tratamento (duração) tendo em conta o motivo de saída (agrupado) Utentes OSPA	32
Tabela 35 - Kruskal-Wallis Test Motivo de saída (agrupado) e médias de dias de tratamento - Utentes PLA	33
Tabela 36 - Teste Dunn para comparações post hoc das Média dos dias de tratamento (duração) tendo em conta o motivo de saída (agrupado) - Utentes PLA	33
Tabela 37 - T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função do Duplo Diagnóstico	34
Tabela 38 - Distribuição dos códigos CID 10 mais utilizados	42

Índice das Figuras

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes internados em 2016	22
Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes internados em 2022	22

Glossário

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CRI - Centro de Respostas Integradas

CT - Comunidade Terapêutica

CTPP - Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra

DD - Duplo Diagnóstico

ET - Equipa de Tratamento

ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSPA - Outras Substâncias Psicoativas

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIM - Sistema de Informação Multidisciplinar

UAN – Unidade de Alcoologia do Norte

UIL - Unidade de Intervenção Local

UD - Unidade de Desabilitação

1. Introdução

O presente relatório pretende analisar os resultados obtidos a partir da caracterização sociodemográfica das pessoas acolhidas/internadas na CTPP no período compreendido entre 2016 e 2022, assim como identificar fatores que possam estar relacionados com a atribuição de altas não clínicas e duração do tratamento. As CT prestam cuidados a utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e, mais recentemente, a utentes com comportamentos aditivos sem substância que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socio-terapêutico, sob supervisão psiquiátrica. Os utentes são referenciados pelas Equipas de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas (CRI) ou pelas Unidades de Alcoologia, sendo realizado um diagnóstico aos doentes para adaptar o plano de tratamento às condições físicas e mentais dos mesmos, cujo plano poderá ter de 3 a 12 meses de duração. Entre 2016 e 2022 foram registados 328 utentes/processos de internamento, considerados neste estudo exploratório. Pretende-se conhecer os motivos de saída e perceber a sua possível relação com os percursos de consumo que antecederam à procura de internamento prolongado; o cumprimento ou não do tratamento; e ainda, o eventual impacto das saídas programadas da CTPP e/ou as visitas de familiares/amigos à CTPP.

1.1 - Enquadramento

As comunidades terapêuticas (CT) surgiram como resolução da “*ineficácia da Instituição Psiquiátrica para satisfazer as necessidades das pessoas com problemas de Saúde Mental (o modelo de Maxwell Jones) e com problemas severos de abuso de drogas (o modelo Daytop)*” (Vieira, 2007). A eficiência deste novo contexto de tratamento levou a O.M.S. a sugerir a adoção da CT como instrumento para a reforma da Saúde Mental, conhecida pela desinstitucionalização (Vieira, 2007).

O modelo impulsionado por Maxwell Jones nasceu em Inglaterra no campo da Psiquiatria Social depois da Segunda Guerra Mundial (1945) (IDT, 2011). Este introduziu alterações organizativas e terapêuticas nas instituições de saúde mental, nomeadamente através de métodos grupais de tratamento, nos quais os técnicos e os próprios pacientes são envolvidos em reuniões diárias com o objetivo de comunicarem e tomarem decisões consensuais (Tinoco, 2006). Além disso, este modelo utiliza o que se chamava de

socioterapia, que consiste em práticas educativas e *ateliers* que permitiam a aquisição de competências sociais, em particular o desenvolvimento da capacidade para assumir responsabilidades e ter parte ativa no processo de recuperação e tratamento. Deste modo, o tipo de organização administrativa hospitalar de caráter hierárquico (relação chefe-subordinado) deu lugar à gestão participada e democrática, como uma mini-organização social dotada de propriedades terapêuticas (Vieira, 2007).

Contrariamente ao modelo de Maxwell Jones, o modelo Daytop baseava-se num elevado padrão de hierarquias e na autossuficiência comunitária, tendo sido influenciado pelo método de tratamento (autoajuda) dos Alcoólicos Anónimos e posteriormente pelo Synanon, que surgiu em 1958, como a primeira residência extra-hospitalar para tratamento de heroinómanos. David Deitch, conhecedor do modelo de Maxwell Jones, dirigiu a primeira CT para toxicodependentes: Daytop Village, em Nova Iorque (1963). Este modelo teve como princípio de que a capacidade de transformação se encontra no indivíduo, sendo alcançada através da pressão do grupo e do relacionamento terapêutico específico (por exemplo, o confronto com outros toxicodependentes em situações similares). O tratamento realiza-se por etapas e é obrigatório cumprir normas e também sanções dos comportamentos que se pretendem extinguir (Vieira, 2007). Após algum tempo, alguns princípios foram-se adaptando e associando com os do modelo de Maxwell Jones. Ambos salientam a modalidade terapêutica que envolve o grupo; a premissa de que o paciente tem potencialidades de mudança; e a relação intersubjetiva e a sua análise como fator potenciador da transformação pessoal. Estes elementos simbolizam uma mudança na saúde mental - na forma como o doente é visto e a instituição que o acolhe, pois incentiva a partilha de responsabilidades e destaca a capacidade do ser para mudar (IDT, 2011).

Mais recentemente, a intervenção foi incorporando diversos elementos destas tradições, articulando-as num contexto de intencionalidade psicoterapêutica (Broekaert *et al.*, 1997); ou incorporando outras práticas como a prevenção da recaída baseada em *mindfulness* (Hosseini *et al.*, 2023) na esteira dos trabalhos de Marlatt sobre abordagens holísticas (Witkiewitz *et al.* 2005). Simpson (2004) efetua um enquadramento conceptual sobre os processos de tratamentos na área das drogas, situando nos 90 dias de internamento como tempo mínimo para a existência de efetividade na intervenção (o que é corroborado também por De Leon, 2010). Malivert *et al.* (2011), na revisão sistemática que efetua, identificam estudos que relacionam melhores resultados da intervenção com

períodos maiores de internamento. Também na mesma revisão se identifica a alta clínica como um dos preditores da eficácia da intervenção.

Assim, em Portugal, a primeira CT pública para pessoas com comportamentos aditivos e dependências foi criada em 1978, em Coimbra (Vieira, 2007), designando-se CT Arco-Íris (CTAI). Existindo a necessidade de dar resposta ao problema da dependência noutras regiões do país foram criadas outras CT, como a Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra (CTPP) no Norte em junho de 2006 e a Comunidade Terapêutica do Restelo (1987).

1.2 - Questionamento

O presente relatório pretende descrever e analisar o movimento assistencial registado no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e nos processos individuais dos utentes em tratamento na Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra, no intervalo temporal 2016-2022. Procura-se, assim, caracterizar o movimento clínico do internamento dos utentes nesta Unidade, desde o ponto de vista de uma série de variáveis independentes de carácter sociodemográfico, assistencial e tipologia das altas. Num momento seguinte, procuraremos cruzar algumas destas variáveis por forma a completar essa caracterização. Estes dois primeiros momentos permitirão perceber práticas e evolução das mesmas, tendo em linha de conta o intervalo temporal referido e comparando-o com históricos anteriores.

Finalmente, procederemos a diversas análises estatísticas de carácter inferencial, por forma a compreender os fatores que poderão influenciar o tempo de internamento, o tipo de alta e as altas clínicas - nomeadamente: o tipo de adição; o tempo de uso da substância principal e o facto de os utentes terem saídas programadas da comunidade ou ainda de terem tido visitas durante o internamento.

2. Metodologia

Em 2017, foi implementado o Sistema de Informação e Monitorização (SIM) Módulo de Internamento em termos nacionais, substituindo-se assim a recolha manual da informação por este sistema de registo. Assim, no âmbito deste estudo, diversas variáveis

independentes foram monitorizadas através do SIM. Outras variáveis como a saída programada da CT e as visitas de familiares ou pessoas próximas durante o tratamento foram monitorizadas através da consulta dos registos da instituição. O período de análise foi delimitado entre 2016 e 2022, abrangendo uma base de dados constituída por 328 utentes. Assim, tendo em conta a introdução da plataforma, sublinha-se que poderão ter existido processos de internamento não registados no Módulo de Internamento e, por isso, não contemplados no presente estudo (referimo-nos especialmente ao ano de 2016, em que os dados foram obtidos através de consulta de registos em papel).

Os dados, depois de exportados do SIM, foram consolidados numa base de dados Excel, depois de devidamente anonimizados. A base foi completada manualmente, no caso das variáveis que se decidiu acrescentar (como por exemplo a existência ou não de saídas programadas ou de visitas). De seguida, a mesma base foi importada para o JASP (Jeffreys's Amazing Statistics Program - versão 18.3.0). Trata-se de um programa gratuito e que funciona em *open-source*, desenvolvido pela Universidade de Amesterdão. É, deste modo, um instrumento utilizado em muitas investigações na área das ciências humanas e psicológicas (Wagenmakers et al., 2018; Wagenmakers *et al.*, 2023; Pfadt *et al.* (2023). Este instrumento permitiu construir as análises e tabelas que de seguida se apresentam.

3. Análises Descritivas

Iniciaremos então a análise de carácter descritivo dos utentes internados na CT no período temporal 2016-2022. Verifica-se, da análise da tabela seguinte, que foram internados 328 utentes. Em termos de admissões por ano, verifica-se uma diminuição nos anos 2020 e 2021, correspondendo ao período pandémico e um aumento em 2022. No período 2020-2021, a diminuição do número de ingressos explica-se por constrangimentos relacionados com a pandemia (registou-se uma diminuição dos encaminhamentos, e em certos momentos, o encerramento da Unidade de Desabilitação do Norte impossibilitou a desabilitação, prévia ao internamento em CT).

Tabela 1 – Número de Admissões por ano

	N	%
2016	43	13.11
2017	51	15.55
2018	44	13.41
2019	44	13.41
2020	37	11.28
2021	37	11.28
2022	72	21.95
Total	328	100.00

Na tabela seguinte podemos observar a evolução da taxa de ocupação e retenção no período em análise. Relativamente à ocupação ela oscila entre os 70 e 80% nos primeiros anos, descendo para 50% em 2020 e 2021 devido aos circunstancialismos relacionados com o período pandémico. Observa-se já uma recuperação em 2022 (65%). No que diz respeito à retenção, ela oscila entre os 60 e 70% com a exceção de 2020 que se cifrou nos 51%.

Tabela 2 – Evolução das Taxas de ocupação e retenção

Ano	Taxa de ocupação (%)¹	Taxa de retenção²
2016	79,37%	65,62%
2017	79,10%	70%
2018	72,32%	60%
2019	81,59%	60,98%
2020	49,73%	51,22%
2021	49,78%	69%
2022	65,00%	61,40%

Nota. Taxa de ocupação foi calculada tendo como base 22 camas disponíveis.

¹ Taxa de Ocupação - Relação percentual entre o total de dias de internamento no ano e a capacidade do estabelecimento (a capacidade é o total global de dias disponíveis, ou seja, a lotação praticada x 365 dias).

² Taxa de Retenção - percentual das altas clínicas em relação ao número total de altas.

3.1 Análises Descritivas das variáveis sociodemográficas

No que diz respeito ao género, na seguinte tabela verifica-se uma preponderância do género masculino (79%) e 21% do género feminino. Estes resultados são consistentes com os dados da região, que indicam que cerca de 80% das pessoas em tratamento na rede pública em regime ambulatorio em 2022 eram do género masculino. Esta distribuição reflete uma clara preponderância do género masculino na amostra e é semelhante às obtidas em anteriores monitorizações (monitorização de 2014 e do intervalo 2009-2012, respetivamente Ribeiro *et al*, 2014; Ribeiro; Guerreiro; Neto & Ferreira, 2014).

Tabela 3 – Distribuição por Género

	N	%
Feminino	69	21.04
Masculino	259	78.96
Total	328	100.00

De seguida, apresenta-se a distribuição da população de acordo com a variável estado civil. Pode-se constatar a preponderância da categoria solteiro com 43%; seguido da categoria casado/junto com 31%. Segue-se a categoria separado/divorciado com 23%. Realça-se que uma percentagem de 31% em situação de casamento ou em relação de facto (em 2014 registou-se 13,3% de casado/união de facto e em 2009 de 17%).³

Tabela 4 – Distribuição por Estado Civil

	N	%
Casado/Junto	103	31.40
Sem Informação	3	0.91
Separado/Divorciado	76	23.17
Solteiro	141	42.98
Viúvo	5	1.52
Total	328	100.00

³ Acrescenta-se que esta categoria regista percentagem diferente conforme se considere utentes com Problemas Ligados ao Alcool (PLA) (41,3% casado/junto) ou utentes Outras Substâncias Psicoativas (OSPA) (15,2% casado/junto).

No que concerne às habilitações literárias, constata-se que a maior parte da população internada não possui a escolaridade mínima obrigatória (18% com 1º ciclo do ensino básico; 29% com 2º ciclo e 26% com o 3º ciclo). Completam os graus escolares o ensino secundário com 17%; frequência universitária (2,56 %); grau universitário (3,51%). Trata-se de uma população pouco diferenciada em termos escolares.

Tabela 5 – Distribuição por Habilitações Literárias

	N	%
1.º Ciclo do Ensino Básico	59	17.98
2.º Ciclo do Ensino Básico	92	28.04
3.º Ciclo do Ensino Básico	87	26.52
Ensino Secundário	59	17.988
Frequência Universitária	8	2.439
Grau Universitário	12	3.659
Sem escolaridade	3	0.915
Sem escolaridade mas sabe ler e escrever	2	0.610
Sem Informação	6	1.829
Total	328	100.000

As duas categorias mais predominantes relativamente à situação profissional, apontam para direções opostas: 33% estão empregados em trabalhos estáveis/regular, enquanto 32% estão desocupados há um ano ou mais.

Estamos deste modo perante uma população de risco em que fatores de integração social como a situação laboral ou escolar parecem estar sub-representados. A título ilustrativo refira-se que o Instituto Nacional de Estatística estima que a taxa de desemprego em termos nacionais se cifrou em 6,8% no 1.º Trimestre de 2024.

Em termos de histórico anterior refira-se que, em 2010, os utentes desempregados constituíram 65% dos utentes internados, em 2012 constituíram 71% e em 2014, 82%, o que aponta para uma eventual maior desinserção destes no mundo do trabalho (Ribeiro *et al.*, 2014; Ribeiro; Guerreiro; Neto & Ferreira, 2014).

Tabela 6 – Distribuição por Situação Profissional

	N	%
Desocupado há menos de um ano	44	13.415
Desocupado há um ano ou mais	104	31.707
Doméstica	1	0.305
Estudante/ Formação Profissional	12	3.659
Reformado/Pensão Social por idade	5	1.524
Reformado/Pensão Social por invalidez	22	6.707
Trabalho estável/regular	109	33.232
Trabalho ocasional	15	4.573
Outra situação	8	2.439
Sem Informação	8	2.439
Total	328	100.000

Em relação à distribuição da população internada por faixas etárias, constata-se que o intervalo 40-49 anos representa 42% seguido do intervalo 50-59 anos (25%) e do 30-39 (22%). Mais de metade da população tem assim mais de 40 anos – o que aponta para um envelhecimento da população internada.

Tabela 7 – Distribuição por Escalões Etários

	N	%
19-29	14	4.27
30-39	73	22.26
40-49	138	42.07
50-59	80	24.39
60-69	22	6.71
70-79	1	0.30
Total	328	100.00

A distribuição por distrito de residência aponta para os distritos do Porto, onde a CT se situa como a zona que apresenta mais de metade dos internados, seguido do distrito de Braga. Os restantes não têm grande expressividade, ainda assim mencionamos o de Aveiro e o de Viana do Castelo.

Tabela 8 – Distribuição por Distrito de Residência

	N	%
Braga	74	22.56
Bragança	2	0.61
Coimbra	10	3.05
Faro	1	0.30
Leiria	2	0.61
Lisboa	1	0.30
Porto	179	54.57
Viana do Castelo	28	8.54
Vila Real	2	0.61
Viseu	13	3.96
Total	328	100.00

Relativamente à questão da nacionalidade dos utentes internados, a portuguesa é claramente a que sobressai.

Tabela 9 – Distribuição por Nacionalidade

	N	%
Afeganistão	1	0.30
Albânia	1	0.30
Angola	1	0.30
Brasil	3	0.91
França	1	0.30
Moçambique	1	0.30
Portugal	310	94.51
Sem Informação	8	2.44
Ucrânia	2	0.61
Total	328	100.00

3.2 - Análises Descritivas das variáveis relacionadas com percurso CAD

Neste ponto, vamos apresentar um conjunto de variáveis independentes recolhidas e relacionadas com algumas dimensões importantes do percurso dos utentes relativamente aos comportamentos aditivos e dependências.

Assim, em relação à questão de ser ou não o primeiro tratamento⁴, sobressai o facto de não ser este o primeiro tratamento (64%) da população aqui considerada. Para um pouco menos de um terço dos sujeitos, trata-se do primeiro tratamento (32%). Sublinhe-se que esta informação se refere à data de ao momento de inscrição numa Equipa de Tratamento ou Unidade Alcoologia e não ao ingresso na Comunidade Terapêutica.

Tabela 10 – Distribuição quanto a Episódio de Tratamento – Primeiro Tratamento

	N	%
Não	209	63.72
Sim	104	31.71
Sem Informação	15	4.57
Total	328	100.00

A tabela seguinte exhibe a distribuição dos utentes internados levando em linha de conta o motivo de referenciação aos serviços CAD. É de registar que os utentes são referenciados para a Comunidade a partir de outras unidades da rede. O motivo de referenciação diz respeito, assim, à primeira inscrição nos serviços. Listamos os três maiores motivos de referenciação aos serviços: auto-referenciado/iniciativa própria 23%; unidade especializada IDT 19%; médico de família/ cuidados de saúde primários 20%.⁵

Tabela 11 – Distribuição por Referenciação aos Serviços CAD

	N	%
Auto-referenciado/ Iniciativa própria	72	21.95
Comissão de Dissuasão da Toxicodependência	1	0.30

⁴ Considera-se primeiro tratamento a resposta dada pelo utente no ato do preenchimento da primeira ficha base do SIM em qualquer unidade da rede pública CAD.

⁵ Alguns conceitos aqui utilizados, embora desatualizados, correspondem à nomenclatura utilizada na Ficha Base do SIM pelo que se resolveu mantê-los.

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	2	0.61
Desconhecido	8	2.44
Família/Amigos	29	8.84
Instituição de Saúde/outro profissional	52	15.85
Instituição Judicial / Inst. Reinserção Social	11	3.35
Instituto de Segurança Social (ISS)	7	2.13
Médico de Família/Cuidados Saúde Primários	65	19.82
Outra unidade especializada (Adições)	1	0.30
Outros	7	2.13
Redução Danos com Metadona Baixo Limiar	3	0.91
Redução Danos sem Metadona Baixo Limiar	2	0.61
Sem Informação	9	2.74
Unidade Especializada (IDT)	59	17.99
Sem Informação	9	2.74
Total	328	100.00

Na seguinte tabela podemos analisar a distribuição da população internada no período em análise de acordo com a substância principal agrupada em Outras Substâncias Psicoativas (OSPA), em Problemas Ligados ao Álcool (PLA) e no que diz respeito ao jogo patológico. Os utentes com PLA representam 59% da população, enquanto os utentes OSPA aproximam-se dos 40%. Relativamente aos utentes OSPA, as substâncias principais mais referidas foram: o álcool (51%), seguido de heroína (13%), cocaína (10%), cannabis (4%) e crack/base de coca (4%). Agrupou-se as situações por PLA (59%) OSPA (40%) e jogo (menos 1%).

Tabela 12 – Distribuição por Substância Principal (agrupada)

	N	%
Jogo	3	0.91
OSPA	130	39.63
PLA	195	59.45
Total	328	100.00

Relativamente à distribuição da população em função do tipo de inscrição, que motivou o primeiro pedido de tratamento, considerou-se as categorias OSPA (Outras

Substâncias Psicoativas); o jogo e os PLA (Problemas Ligados ao Álcool). A categoria jogo é residual, a população divide-se entre os OSPA (42%) e os PLA (57%). No entanto, e cruzando os quantitativos desta tabela com a tabela anterior, podemos constatar que aqui se verifica um percentual menor de utentes OSPA, o que aponta para o facto de diversos utentes terem passado de OSPA para PLA num momento posterior ao da inscrição. Note-se que a integração do tratamento de PLA nos serviços observou-se no enquadramento do Dec. Lei nº 221 de 2007.

Tabela 13 – Distribuição por Tipo de Inscrição

	N	%
OSPA	136	41.46
Jogo	3	0.91
PLA	189	57.62
Total	328	100.00

A partir do preenchimento dos códigos CID-10 procedeu-se a um agrupamento dos doentes internados no período em análise. Assim, nos casos classificados somente com códigos na área dos comportamentos aditivos e dependências, considerou-se sem duplo diagnóstico. Nos casos em que, para além destes códigos, se verificou a codificação com outro código - normalmente na área das perturbações da personalidade, mas também relativamente ao nível de funcionamento cognitivo - considerou-se a categoria com duplo diagnóstico. Remete-se para anexo a lista dos códigos mais utilizados.

A distribuição, que assim se apresenta na tabela seguinte, é apenas exploratória, e tem quase 20% dos internamentos sem informação relativamente a este aspeto. 18% dos internados apresentaram duplo diagnóstico, conforme se definiu anteriormente (22% dos casos com informação).

Tabela 14 – Distribuição pelo Duplo Diagnóstico

	N	%
Sem Duplo Diagnóstico	207	63.11
Com Duplo Diagnóstico	58	17.68
Sem informação	63	19.21
Total	328	100.00

3.3 - Análise Descritiva - variáveis referentes ao percurso na CT

Neste último ponto vamos encerrar a fase descritiva da caracterização da população internada na CT. Consideramos aqui as variáveis que se relacionam com o percurso dos utentes no interior da instituição. Estas dimensões estão diretamente relacionadas com o próprio tratamento, assim como com a forma de conclusão deste processo terapêutico. Optou-se por excluir das análises os utentes ainda em tratamento, pois, pelo processo ainda não estar fechado, diversas variáveis poderão ainda assumir valores diferentes.

Os utentes internados na CT podem receber visitas de familiares ou outras pessoas próximas, no decorrer do seu tratamento. Deste modo, quis-se caracterizar a população internada tendo em conta a existência ou inexistência de visitas. Assim, 65% dos utentes tiveram visita nalgum momento do seu internamento, enquanto os restantes não o tiveram.

Tabela 15 – *Distribuição por Visita na Comunidade Terapêutica (CT)*

	N	%
Com visita	205	65.50
Sem visita	108	34.50
Total	313	100.000

Nota. Excluindo os utentes ainda em tratamento.

Do mesmo modo, quis-se caracterizar a população internada tendo em conta a existência ou não de saída programada ao exterior. A maior parte das CT preveem no âmbito do seu tratamento, que os utentes efetuem saídas ao exterior, principalmente ao domicílio. Um pouco mais de metade da população (55%) efetuou saída programada ao exterior, sendo que o restante dos utentes não efetuou essas saídas.

Tabela 16 – *Distribuição por Saída a Casa*

	N	%
Com saída	171	54.63
Sem saída	142	45.37
Total	313	100.00

Nota. Excluindo os utentes ainda em tratamento

Na tabela seguinte pode-se observar a distribuição da amostra tendo em conta o motivo de alta atribuída. Para facilitar a leitura, agruparam-se os motivos de saída tendo em conta o seguinte critério: as altas clínicas; as altas disciplinares (que incluem as codificações alta disciplinar por ato sexual; por incumprimento sucessivo de regras; por uso de drogas; por violência e abandono do tratamento). Por ser de natureza diferente, manteve-se como categoria separada a alta a pedido do utente. Assim, pode-se constatar que as altas clínicas programadas compreendem 63% dos utentes internados; a alta disciplinar ronda os 19%, sendo que a alta a pedido do utente aproxima-se dos 17%. Este último tipo de alta corresponde, frequentemente, a um desejo de sair da CT pensada pelo utente e comunicada à Equipa Técnica (o que o torna passível de negociação e eventual reversão) - o que é diferente do abandono puro e simples, muitas vezes observado em contextos impulsivos e não pensados.

Tabela 17 – Distribuição por Motivo Saída (agrupado)

	N	%
Alta clínica (programada)	198	63.26
Alta disciplinar	61	19.49
Alta a pedido do utente	52	16.61
Domicílio	1	0.32
Serviço hospitalar	1	0.32
Total	313	100.00

Nota. Excluindo os utentes ainda em tratamento

4. Análises Descritivas (cruzadas)

Chegamos, então, ao momento de fazer algumas análises descritivas um pouco mais complexas. Sem ainda efetuarmos testes estatísticos, iremos cruzar algumas das variáveis mais relevantes por forma a compreendermos algumas dinâmicas e tendências, no que diz respeito ao movimento assistencial e à duração dos internamentos. Assim, na tabela seguinte, podemos analisar a evolução do tempo médio de internamento em dias, tendo em linha de conta o período em análise. Pode-se observar uma tendência de redução dos dias médios de internamento que, no ano de 2016 se cifrou nos 140 dias e em 2022 nos 101 dias. Em termos de histórico, verifica-se que em 2009 a média foi de 203 dias;

em 2010 de 178 dias, em 2012 de 164 dias e em 2014 de 157,7 dias (consulte-se Ribeiro et al, 2014; Ribeiro; Guerreiro; Neto & Ferreira, 2014). Observa-se que os programas de estabilização de 3 meses foram progressivamente adotados na prática da CT, diminuindo também a proposta de programas longos.

Tabela 18 – *Distribuição do Tempo de internamento por ano*

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Valid	43	51	44	44	37	37	57
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	140.49	129.61	131.11	130.61	125.51	107.73	101.33
Std.Dev.	73.67	71.63	66.19	65.14	75.00	44.39	64.73
Minimum	8.00	2.00	5.00	7.00	2.00	19.00	1.00
Maximum	294.00	322.00	255.00	322.00	294.00	197.00	307.00

Nota. Excluindo os utentes ainda em tratamento.

Da mesma forma, efetuou-se uma tabela descritiva entre as variáveis idade média dos utentes e os anos em análise. Assim, como se pode constatar de seguida, a idade média dos utentes tem vindo a aumentar com a passagem dos anos, sendo que em 2016 a idade média rondava os 42 anos e, em 2022, os 47 anos. Constata-se, então, um envelhecimento da população internada, que segue a tendência CAD em geral. A média de idades total dos utentes neste período foi de 45,56 anos (em 2014 a média foi de 40 anos no relatório de 2014; e de 35 anos em 2009 no relatório de 2009-2012 - Ribeiro et al, 2014; Ribeiro; Guerreiro; Neto & Ferreira, 2014).

Tabela 19 – *Distribuição da Média de idade dos utentes por ano*

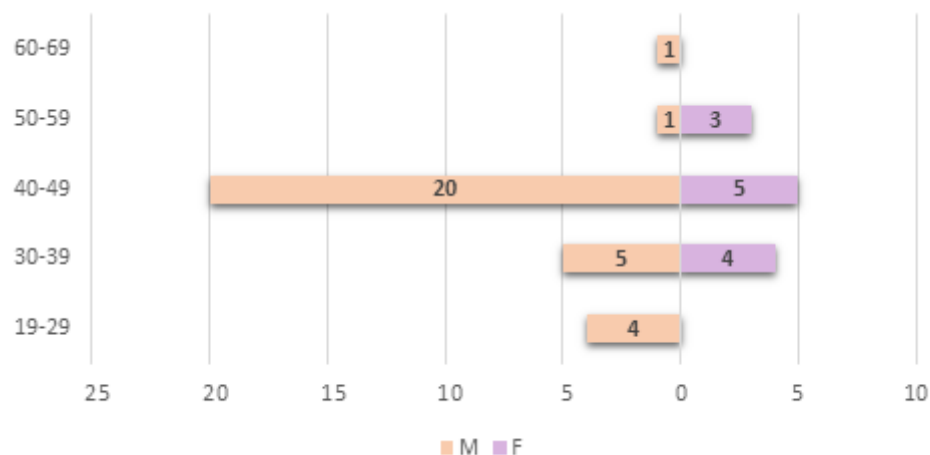
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Valid	43	51	44	44	37	37	72
Mean	41.95	42.96	45.57	45.57	46.27	48.35	47.12
Std. Dev.	8.40	8.98	10.09	8.35	9.66	10.85	10.10
Minimum	21.00	23.00	23.00	25.00	26.00	32.00	24.00
Maximum	61.00	62.00	63.00	69.00	63.00	68.00	77.00

Nota. Inclui utentes ainda em tratamento em 2022.

Por forma a detalharmos os resultados desta última tabela, efetuaram-se duas pirâmides etárias conforme se pode constatar nas figuras seguintes. A pirâmide etária de

2016 mostra uma distribuição da maioria dos utentes situados no entre os grupos etários dos 40-49 anos, predominantemente do género masculino.

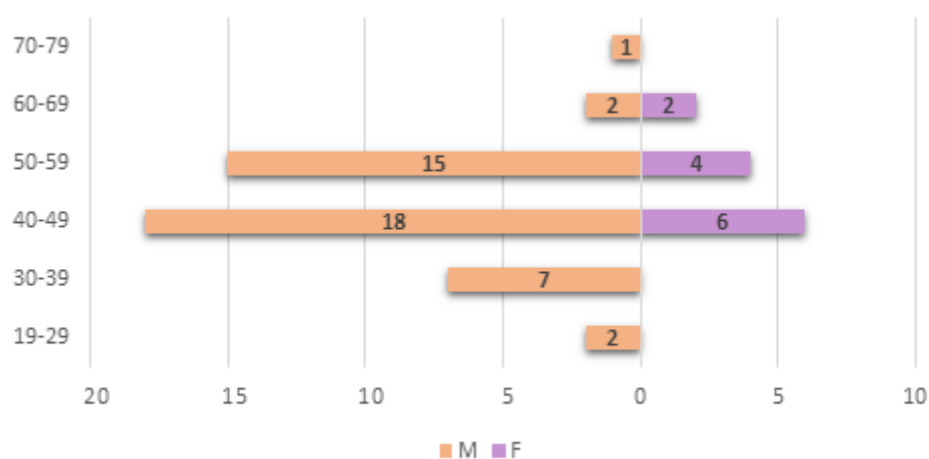
Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes internados em 2016



Já a pirâmide etária de 2022 mantém a predominância do género masculino, mas desta feita as faixas etárias predominantes são as entre 40-49 anos e 50-59 anos, o que testemunha o envelhecimento da população. No V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal constata-se que a idade média de início do consumo de álcool entre os mais novos é de 15,9 anos para os rapazes e de 16,2 anos para as raparigas. Também a prevalência do consumo de álcool ao longo da vida é de 84,8% nos homens e de 65,2% nas mulheres.

Esta tendência geral reflete-se também na população que agora se estuda:

Figura 2 – Pirâmide etária dos utentes internados em 2022



Na tabela seguinte, podemos analisar a distribuição do motivo de saída (agrupado – vimos anteriormente a forma como se efetuou esse agrupamento, nomeadamente no que diz respeito às altas disciplinares) cruzando com a variável substância principal (agrupada, problemas ligados ao álcool e outras substâncias psicoativas). Os casos de jogo são ainda residuais, centra-se assim a nossa atenção nos utentes OSPA e nos PLA. Pode-se observar que um pouco mais de metade dos utentes OSPA (53%) teve alta clínica, distribuindo-se o restante percentual em alta disciplinar (26%) e alta a pedido do utente (21%). Já nos utentes PLA, as altas clínicas são mais elevadas, 71% dos utentes internado nesta condição, o restante percentual distribui-se por alta disciplinar (15%) e alta a pedido do utente (14%). Verifica-se assim um grau de adesão bastante diferente entre utentes OSPA e PLA, com maior adesão destes últimos.

Tabela 20 – *Distribuição de Motivo de Saída (agrupada) por substância principal (agrupada)*

	Motivo Saída (agrupada)	N	%
OSPA	Alta clínica (Programada)	66	52.80
	Alta disciplinar	33	26.40
	Alta a pedido do utente	26	20.80
	Domicílio	0	0.00
	Serviço hospitalar	0	0.00
	Total	125	100.00
PLA	Alta clínica (Programada)	131	70.81
	Alta disciplinar	27	14.59
	Alta a pedido do utente	25	13.51
	Domicílio	1	0.54
	Serviço hospitalar	1	0.54
	Total	185	100.00

Nota. Excluindo os utentes ainda em tratamento e os casos de jogo por residuais.

De seguida, cruza-se o motivo de saúde (agrupado) tendo em conta o tempo de consumo da substância principal, expressa em anos. Ignora-se as categorias domicílio e serviço hospitalar, por serem de expressão residual, ficamos com as categorias: alta clínica programada; a alta disciplinar e a alta a pedido do utente. Os utentes com alta

clínica programada apresentaram um tempo médio de consumo da substância principal superior às outras duas condições.

Tabela 21 – *Distribuição de Motivo de saída (agrupado) por tempo de consumo*

	Alta clínica (programada)	Alta disciplinar	Alta a pedido do utente	Domicílio	Serviço hospitalar
Valid	198	61	52	1	1
Mean	27.63	22.92	25.77	32.00	23.00
Std. Dev.	11.87	10.84	10.97	-	-
Minimum	2.00	2.00	1.00	32.00	23.00
Maximum	66.00	59.00	48.00	32.00	23.00

Nota. Excluindo os utentes ainda em tratamento.

Analisa-se agora a variável substância principal (agrupada), observando-se a sua distribuição no decurso dos anos em análise. Ignora-se mais uma vez a categoria jogo, por ser residual, e centra-se a atenção nos utentes OSPA e PLA. Excetuando o ano 2022 em que houve um aumento assistencial já anteriormente assinalado e que se reflete em cada uma destas categorias, nos outros anos os internamentos de utentes PLA situaram-se no intervalo 23 e 28 utentes, enquanto o número de internamentos de utentes OSPA situou-se entre os 11 e os 23 utentes.

Tabela 22 – *Distribuição da Substância principal (agrupada) em função dos anos*

	Ano	N
OSPA	2016	19
	2017	23
	2018	20
	2019	18
	2020	14
	2021	11
	2022	25
	Total	130
PLA	2016	24

2017	28
2018	24
2019	25
2020	23
2021	26
2022	45
Total	195

Nota. Todos os utentes internados, exceto casos de jogo por residuais.

A seguir analisamos a distribuição da variável substância principal agrupada por tipo de inscrição. O tipo de inscrição dá conta do tipo de comportamento aditivo principal à data do início do acompanhamento de um dado utente numa estrutura dos serviços. Pode-se então analisar a continuidade dos utentes face ao problema principal. Dos utentes que foram internados na CT, apenas 6 (3%) mudaram de OSPA para PLA.

Tabela 23 - *Distribuição por Tipo da Substância Principal (agrupada) por tipo de Inscrição*

	Tipo de Inscrição	N	%
Jogo	OSPA	0	0.000
	Jogo	3	100.000
	PLA	0	0.000
	Total	3	100.000
OSPA	OSPA	130	100.000
	Jogo	0	0.000
	PLA	0	0.000
	Total	130	100.000
PLA	OSPA	6	3.077
	Jogo	0	0.000
	PLA	189	96.923
	Total	195	100.000

Nota. Todos os utentes internados.

Na tabela seguinte observa-se a distribuição da substância principal (agrupada) tendo em conta o género dos utentes internados. Observa-se também, mais uma vez, a predominância dos utentes com PLA sobre os OSPA em ambos os géneros. Contudo, as utentes do género feminino são predominantemente internadas por PLA (72%), enquanto nos utentes do género masculino a distribuição é mais equitativa (56% PLA e 44% OSPA).

Tabela 24 – *Distribuição da Substância Principal (agrupada) por género*

		N	%
<i>F</i>	<i>Jogo</i>	<i>1</i>	<i>1.45</i>
	<i>OSPA</i>	<i>18</i>	<i>26.09</i>
	<i>PLA</i>	<i>50</i>	<i>72.46</i>
	<i>Total</i>	<i>69</i>	<i>100.00</i>
<i>M</i>	<i>Jogo</i>	<i>2</i>	<i>0.77</i>
	<i>OSPA</i>	<i>112</i>	<i>43.24</i>
	<i>PLA</i>	<i>145</i>	<i>55.98</i>
	<i>Total</i>	<i>259</i>	<i>100.00</i>

5. Súmula das Análises Descritivas

Vamos agora relevar os dados que consideramos mais significativos. Assim, em termos sociodemográficos, foram internados 328 utentes, 79% dos quais do género masculino. Relativamente à idade, a faixa etária entre os 40-49 anos obteve quase metade dos registos (42%), sendo que a idade média foi, aproximadamente, de 46 anos, observa-se uma subida da média de idades ao longo do período em análise. O estado civil predominante foi o de solteiro (43%), seguido de casado/junto (31%) e de separado/divorciado (23%). No que respeita à escolaridade os níveis de ensino não superiores ao 3.º ciclo foram os mais observados na população em análise (73%). Em termos de habitação a categoria dominante foi o alojamento familiar clássico (88%). Também no que respeita à integração laboral apenas 33% estão num trabalho estável ou regular. 13% estão desocupados há menos de 1 ano e 32% há 1 ano ou mais. A nacionalidade predominante na população em estudo é a portuguesa. Estamos, assim, perante uma população em que diversos fatores de risco se somam: baixa integração sócio-familiar e também laboral. Nota-se, no entanto, que relativamente à variável estado civil, um indicador importante no que diz respeito à integração social, os utentes PLA têm um percentual mais elevado do que os utentes OSPA na categoria casado/junto. Nas mulheres ingressas o PLA é o mais registado (72%) enquanto que nos homens a distribuição é mais equitativa (PLA 55%; 43%)

Em termos de funcionamento da CT, realça-se os seguintes aspetos: a diminuição do tempo médio de internamento de 140 dias em 2016 para 101 dias em 2022 (tendência que se confirma ao se consultar relatórios com dados de anos anteriores aos aqui em análise, Ribeiro et al, 2014; Ribeiro; Guerreiro; Neto & Ferreira, 2014). A alta clínica foi de 63%. A visita por parte de familiares ou outros é uma prática corrente (63%), bem como a saída programada (54%). Veremos de seguida como alguns destes fatores se relacionam com os tipos de alta ou a duração do tratamento.

6. Análises comparativas

Uma vez que as variáveis da amostra não seguem a distribuição normal e também não se verifica a homogeneidade das variâncias, condições aconselháveis para aplicação de testes paramétricos, utilizaram-se testes não paramétricos: o teste de Mann-Whitney entre variáveis categoriais dicotómicas e variável contínua (sendo que neste caso se optou por manter os valores do T de Student); e o teste de Kruskal-Wallis entre variáveis com três ou mais categorias e variável contínua - utilizando-se posteriormente o teste de Dunn, como teste *post-hoc* por forma a discriminar diferenças categoria a categoria para cada variável em concreto. As colunas *r* exibem o tamanho do efeito.

Assim, na tabela seguinte, temos os valores do T de Student (*t*) e Mann-Whitney (*U*), realizamos a comparação das médias dos dias de tratamento (duração) entre os utentes internados por OSPA e os internados por PLA. Verifica-se que essas diferenças são significativas ($p < 0,05$). Assim, podemos constatar que os utentes com PLA ficam, em média, mais tempo internados ($X = 129,2$ dias) do que os utentes com OSPA ($X = 109,6$ dias).

Tabela 25 – *N.º de dias de tratamento em função da substância principal (agrupada)*

	N	M	DP	t	p	r	U	p	r
OSPA	130	109.59	73.31	-2.56	0.011*	-0.29	10249.00	0.004*	-0.187**
PLA	194	129.19	63.12						

Nota. Retirando da análise as 3 situações de jogo. * $p < 0,05$; ** $r < 0,3$, tamanho do efeito pequeno.

De seguida, compararam-se as médias do tempo de consumo da substância principal, expressa em anos entre os utentes internados devido a OSPA e PLA. As diferenças são muito significativas (Mann-Whitney, $p < 0,001$). Assim, os utentes internados por OSPA apresentaram um tempo de consumo médio inferior ($X = 20,7$ anos) aos utentes internados por PLA ($X = 30,5$ anos).

Tabela 26 – *T-Test e Mann-Whitney do tempo de consumos da substância principal em função da substância principal (agrupada)*

	N	M	DP	t	p	r	U	p	r
OSPA	130	20.69	9.56	-8.168	< .001*	-0.926	6274.0	< .001*	-0.502**
PLA	194	30.51	11.25						

* $p < 0,001$; ** $r > 0,5$, tamanho do efeito grande.

Mais uma vez, comparou-se a média da idade expressa em anos dos utentes internados, em função da substância principal (agrupada). O teste Mann-Whitney foi muito significativo ($p < 0,001$), apontando para diferenças entre as referidas médias. Assim, os utentes internados por OSPA apresentaram uma média de idade inferior ($X=40,6$ anos) aos utentes internados por PLA ($X=48,6$ anos).

Tabela 27 – *T-Test e Mann-Whitney da idade em função da substância principal (agrupada)*

	N	M	DP	t	p	r	U	p	r
OSPA	130	40.61	8.94	-8.016	< .001*	-0.908	6657.00	< .001*	-0.475**
PLA	195	48.64	8.78						

* $p < 0,001$ ** $0,3 > r < 0,5$, tamanho do efeito médio.

De seguida, faz-se a comparação das médias de duração de internamento, tendo em conta os utentes que recebem visitas e os que não as recebem. Uma vez que a amostra não segue a distribuição normal, lê-se os resultados através do teste Mann-Whitney que apresentou um valor de p muito significativo ($p < 0,001$). Os utentes com visita(s) apresentaram uma média de internamento superior ($X=135,9$ dias) aos utentes sem visita ($X=90,8$).

Tabela 28 – *T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função de ter visitas à CT*

	N	M	DP	t	p	r	U	p	r
Com visita	219	135.90	62.86	5.940	< .001*	0.698	16341.0	< .001*	0.382**
Sem visita	108	90.84	67.74						

* $p < 0,001$; ** $0,3 > r < 0,5$, tamanho do efeito médio.

Relativamente ao estudo comparativo dos utentes com saída programada ao exterior, optou-se por subdividir as análises em dois períodos temporais e tendo em conta apenas as altas clínicas – não considerando os utentes internados no ano 2020, por não ter havido saídas devido à situação pandémica. Assim, no primeiro período considerado 2016-2019 as saídas eram autorizadas de forma automática, decorrido mês e meio de internamento.

Relativamente ao intervalo temporal 2016-2019 e tendo em conta o teste Mann-Whitney as diferenças de médias de duração de tratamento entre os utentes com saídas

durante a estadia na comunidade e os utentes sem saídas foi estatisticamente muito significativa ($p < 0,001$). Os utentes com saídas domiciliárias apresentaram média superior de internamento ($X=159,4$ dias) relativamente aos utentes sem saída ($X= 90,5$). A diferença poderá ser explicada pela qualidade do trabalho clínico, altas clínicas, e duração do internamento – os utentes com saídas parecem aderir mais ao tratamento. Pode também ter que ver com a própria rede de suporte social dos utentes, pelo que serão necessários estudos mais detalhados para que se possa compreender este fenómeno.

Tabela 29 – *T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função de ter saídas programadas durante o internamento na CT (2016-2019)*

	N	M	DP	t	p	R	U	p	r
Com saída	121	159.45	57.96	4.408	< .001**	1.142	1528.0	0.001*	0.486**
Sem saída	17	90.53	75.98						

* $p < 0,001$; ** $0,3 > p < 0,5$, tamanho do efeito médio.

Não se estudou os outros intervalos temporais atendendo ao período pandémico e às medidas salutogénicas nos períodos de quarentena. A obrigatoriedade do uso de máscaras nas unidades de saúde, condicionaram diversos procedimentos que impedem uma leitura compreensiva.

Fez-se depois uma comparação de médias do tempo de internamento na CT entre utentes OSPA e PLA, apenas no caso das altas clínicas - como se poderá constatar de seguida. Assim, observando a média dos dias de internamento, nos utentes com alta clínica, OSPA e PLA, verifica-se que não existe diferença entre eles. Deste modo, constata-se que, quando há adesão ao tratamento, o percurso dos utentes OSPA e PLA não diferem em termos de duração dos dias em CT.

Tabela 30 – *T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função da substância principal agrupada (só nos utentes com alta clínica)*

	N	M	DP	t	p	r	U	p	r
OSPA	66	155.80	61.59	0.038	0.970	0.006	4200.50	0.747*	-0.028**
PLA	131	155.50	48.98						

* $p > 0,05$ não significativo ** $r < 0,3$ tamanho do efeito não significativo.

Compara-se agora os dias de internamento em CT tendo em conta os tipos de alta (motivo de saída agrupado, variável já apresentada anteriormente). Como se trata de

variável com mais de duas categorias, usou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis apresenta um nível de p muito significativo ($p < 0,001$). A alta clínica programada foi a categoria onde se registou a maior média de dias de tratamento seguido ($X = 155,45$), seguida pela alta disciplinar ($X = 81,93$) e, por fim, a alta a pedido do utente ($X = 53,35$).

Tabela 31 – *Kruskal-Wallis Test Motivo de saída (agrupado) e médias de dias de tratamento*

	N	M	DP	KW	p
Alta a pedido do utente	52	53.35	44.61	131.07	$< .001$
Alta clínica (programada)	198	155.45	53.28		
Alta disciplinar	61	81.93	53.26		

Em complemento com as constatações acabadas de verificar, o teste *post hoc* de Dunn, permite aquilatar a robustez das diferenças registadas. Todas as comparações entre as médias de dias de internamento pelas três categorias consideradas na variável motivo de saída (agrupado) obtiveram p muito significativos ($p < 0,001$) ou significativo ($p < 0,05$).

Tabela 32 – *Teste Dunn para comparações post hoc das Média dos dias de tratamento (duração) tendo em conta o motivo de saída (agrupado)*

	z	P	p_{bonf}	p_{holm}
Alta clínica (programada) - Alta disciplinar	7.68	$< .001$	$< .001$	$< .001$
Alta clínica (programada) - Alta a pedido do utente	9.98	$< .001$	$< .001$	$< .001$
Alta disciplinar - Alta a pedido do utente	2.28	0.02	0.07	0.02

Efetuiu-se de seguida idêntica análise à acabada de apresentar, mas agora tendo apenas em linha de conta os utentes com OSPA. Assim, compara-se a média dos dias de tratamento de acordo com a variável motivo de saída (agrupado). No que diz respeito ao teste de Kruskal-Wallis, o p foi muito significativo ($p < 0,001$), o que aponta para diferenças significativas entre as médias. Assim, poderemos analisar as diferenças de médias. Os utentes OSPA com alta clínica programada registaram, como seria de esperar, a média mais elevada ($X = 155,8$) seguido das altas disciplinares ($X = 67,12$) e das altas a pedido do utente ($X = 50,62$).

Tabela 33 – *Kruskal-Wallis Test Motivo de saída (agrupado) e médias de dias de tratamento - Utentes OSPA*

	N	M	DP	KW	p
Alta a pedido do utente	26	50.62	44.61	64,81	< .001
Alta clínica (programada)	66	155.80	61.59		
Alta disciplinar	33	67.12	44.46		

O teste de Dunn permite uma leitura mais integrada em termos de comparações entre as médias das diversas categorias. Pode-se verificar que as diferenças entre as médias das altas clínicas programadas e as outras duas condições são estatisticamente muito significativas ($p < .001$). Já a diferença entre as médias dos dias de tratamento entre as altas disciplinares e as altas a pedido do utente não foram significativas ($p = 0.27$).

Tabela 34 – *Teste Dunn para comparações post hoc das Média dos dias de tratamento (duração) tendo em conta o motivo de saída (agrupado) Utentes OSPA*

	z	P	P _{bonf}	P _{holm}
Alta clínica (Programada) - Alta disciplinar	6.10	< .001	< .001	< .001
Alta clínica (Programada) - Alta a Pedido do utente	6.87	< .001	< .001	< .001
Alta disciplinar - Alta a pedido do utente	1.11	0.27	0.80	0.27

Nota. Apenas considerando utentes OSPA.

Finalmente realizou-se idêntica análise às acabadas de efetuar, mas desta feita apenas considerando os utentes internados com PLA. O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis apontou para um nível de muito significativo, o que nos permite continuar a analisar as diferenças obtidas. Os utentes que tiveram alta clínica (programada) registaram a média mais elevada de tratamento ($X=155,5$) seguida dos média dos utes com alta disciplinar ($X=99,41$) e, por fim, os utentes com alta a pedido do utente ($X=56,76$).

Tabela 35 – *Kruskal-Wallis Test Motivo de saída (agrupado) e médias de dias de tratamento - Utentes PLA*

	N	M	DP	KW	p
Alta a pedido do utente	25	56.76	46.13	57.57	< .001
Alta clínica (programada)	131	155.50	48.98		
Alta disciplinar	27	99.41	59.21		

O teste de Dunn permite, como se disse anteriormente, a avaliação estatística dessas diferenças entre médias - como se pode observar na tabela seguinte as diferenças foram muito significativas quando se compara as médias das altas clínicas programadas com as outras duas condições ($p < 0,001$). A comparação entre a médias das altas disciplinares e as altas a pedido do utente é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 36 – *Teste Dunn para comparações post hoc das Média dos dias de tratamento (duração) tendo em conta o motivo de saída (agrupado) - Utentes PLA*

	z	p	P_{bonf}	P_{holm}
Alta Clínica (Programada) - Alta Disciplinar	4.21	< .001	< .001	< .001
Alta Clínica (Programada) - Alta a Pedido do Utente	6.92	< .001	< .001	< .001
Alta disciplinar - Alta a pedido do utente	2.24	0.03	0.08	0.03

Nota. Apenas considerando utentes com PLA.

Apresenta-se, desta feita, os testes de T de Student e de Mann-Whitney relativamente às diferenças de médias da duração ou tempo de tratamento, tendo em linha de conta a presença ou ausência de duplo diagnóstico. O teste paramétrico não encontra diferenças significativas, já o Mann-Whitney considera a diferença significativa. Assim, pode-se considerar que os utentes com Duplo Diagnóstico registaram uma média de dias de internamento inferior aos utentes sem duplo diagnóstico (cerca de 17 dias) ainda que o resultado não seja muito robusto, pois o tamanho do efeito não é significativo.

Tabela 37 – *T-Test e Mann-Whitney do tempo de internamento (duração) em função do Duplo Diagnóstico*

	N	M	DP	t	p	R	U	p	r
Sem DD	207	123.48	64.42	1.87	0.06	0.28	6399.50	0.04*	0.18**
Com DD	58	106.36	70.07						

* $p < 0,05$ significativo ** $r < 0,3$ tamanho do efeito não significativo

7. Súmula das Análises Comparativas

Em termos de análises comparativas destacam-se os seguintes aspetos. O tempo de internamento é maior em utentes PLA relativamente aos OSPA. Realça-se, no entanto, que se se realizar análise estatística somente em utentes com alta clínica, não existem diferenças em termos de tempo de internamento entre utentes OSPA e PLA. Ou seja, apesar dos utentes OSPA aderirem menos ao tratamento em termos de número médio de dias de tratamento, quando aderem, têm um internamento semelhante aos utentes PLA relativamente a esta variável. No que concerne à idade, registe-se que estes utentes são mais velhos em média 8 anos relativamente aos utentes OSPA e têm um tempo de consumo da substância principal maior em termos de anos (em média mais 10 anos).

Os utentes com saída programada têm mais tempo de internamento que os utentes sem saída. Observa-se fenómeno semelhante relativamente aos utentes com visita relativamente aos utentes sem visita, tendo também média de dias de internamento superior. Esta constatação poderá ser relevante em termos de decisões clínicas na CT, no entanto poderá ser explicada por uma série de outros fatores, a estudar eventualmente em projetos futuros: rede de apoio social, adesão diferencial a projetos terapêuticos, entre outros.

A alta clínica programada apresenta, como seria de esperar, dias de internamento superiores às altas disciplinares e altas a pedido do utente – sendo que as altas disciplinares têm médias de dias de tratamento superiores às altas a pedido. Replicou-se a análise só para utentes OSPA e só para utentes PLA. Em utentes OSPA, as médias de dias nas altas disciplinares e a pedido não diferem estatisticamente entre si, ao contrário dos utentes PLA, em que as diferenças são significativas em relação às três dimensões consideradas.

No entanto, é preciso sublinhar que as diferenças detetadas não permitem nexos de causalidade, muito menos predições. Podem servir, apesar de tudo, como base para algumas decisões clínicas.

8. Conclusões

O presente relatório tem sobretudo um carácter exploratório que poderá lançar desafios quer em termos de futuras investigações, quer em termos da própria prática assistencial. Tentámos sumariar os dados mais relevantes nas súmulas das análises descritivas e das análises comparativas. Assim, listaremos aqui algumas das questões e desafios que se podem pôr em termos de adaptações e decisões clínicas:

- a reflexão sobre a diminuição contínua da média dos dias de tratamento;
- o envelhecimento da população internada;
- a diferença de percursos em termos de tempo de internamento e outras variáveis sócio-demográficas (nomeadamente a idade, o estado civil) entre utentes OSPA e PLA;
- a maior compreensão do impacto que as visitas e as saídas programadas podem ter ao longo do tratamento (apresentam ambas maiores médias de dias de tratamento);
- preparação da resposta para utentes com jogo patológico e outras dependências não químicas que ainda se encontram sub-representadas em termos de internamento em Comunidades Terapêuticas
- alargamento deste género de estudo e sistematização ao período pós-internamento dos utentes com alta clínica.

No que diz respeito aos principais motivos que guiaram o presente documento, refira-se que os utentes PLA aderem mais ao tratamento, evidenciando uma média de dias de internamento superior aos utentes OSPA. Em termos dos tipos de alta, as altas clínicas apresentaram uma média de dias de tratamento, seguidas das altas disciplinares e a das altas a pedido. O estudo das altas disciplinares poderá ser outro dos desafios que o presente relatório evidencia.

9. Forças, Fraquezas e Sugestões

Este estudo, de carácter exploratório, avança como vimos algumas hipóteses de relações importantes que poderão nortear decisões e opções clínicas. A importância de se enquadrar as saídas programadas e as visitas como fatores potencialmente positivos, salvaguardadas algumas reservas estatísticas acabadas de nomear, é uma delas.

Trata-se, no entanto, de explorar dados que se encontram registados não com fins de investigação, mas clínicos e organizativos, pelo que poderão ter algumas lacunas e contradições. Esta será a principal fraqueza do documento que estamos prestes a terminar.

Como sugestões para futuras investigações avança-se com a ideia de replicar esta abordagem comparando a realidade das outras CT em termos nacionais, bem como a eventual utilização de outros instrumentos.

Levanta-se também a situação de poder haver utentes com mais de um internamento no período em análise. Optou-se por considerar internamentos distintos, o que é verdade, mas poderá duplicar o registo de algumas variáveis e, por isso, introduzir algum viés.

No que diz respeito a sugestões em termos de registo clínico e de outra natureza, elencam-se as seguintes sugestões:

- a atualização da ficha base no momento de entrada na CT;
- a contratualização da ficha de acompanhamento e avaliação social a todos os utentes internados;
- a implementação sistemática das fichas de *follow-up*, por forma a poder estudar-se mais aprofundadamente as trajetórias dos utentes com alta clínica.

Bibliografia

- ARS Norte, I. P. (2023). Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencia/contactos/comunidade-terapeutica-ponte-da-pedra/>
- Balsa, C.; Vital, C. & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf
- Balsa, C.; Vital, C & Urbano, C. (2023). Relatório Final - V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022. SICAD. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/51029/1/INPG2022.pdf>
- Broekaert, E.; Raes, V. & Soyer, V, (1997) Recherche ‘follow-up’ sur les CT. In G. Straten (Ed) *La nouvelle communauté thérapeutique*. Academia Bruylant.
- De Leon, G.(2010.) Is the Therapeutic Community an Evidence Based Treatment? What the Evidence Says. *International Journal of Therapeutic Communities* 31, 2, summer 104-128. <http://www.atca.com.au/wp-content/uploads/2012/07/International-Journal-Therapeutic-Communities-2010-312.pdf#page=14>
- Hosseini, P. S., Saadi, Z. E., & Fard, R. J. (2023). Effects of mindfulness-based relapse prevention therapy on drug craving and emotion regulation of therapeutic community centers clients. *Journal of Health Reports and Technology*, 9(3).
- Instituto Nacional de Estatística (2024/05/08). *Taxa de desemprego aumentou para 6,8% - 1.º Trimestre de 2024*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645506402&DESTAQUESmodo=2
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2011). *Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas*. IDT <https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf>

- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2011). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European addiction research*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1159/000331007>
- Pfadt, J. M., Bergh, D. V. D., Sijtsma, K., & Wagenmakers, E. J. (2023). A tutorial on Bayesian single-test reliability analysis with JASP. *Behavior Research Methods*, 55(3), 1069-1078. <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01778-0>
- Ribeiro, C.; Guerreiro, C. & Neto, H. (2014). *Comunidades Terapêuticas Públicas. Comunidades Terapêuticas Públicas 2009-2012*. SICAD.
https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Documents/UDPublicas/RelatorioCTPublicas_2009_2012+Anexos.pdf
- Ribeiro, C.; Guerreiro, C.; Neto, H. & Ferreira, L. (2014). *Comunidades Terapêuticas Públicas 2014*. SICAD.
https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Documents/Relatorio_CT%20PUBLICAS%202014.pdf
- SICAD. (2022a). Sinopse Estatística 2021 – Substâncias Ilícitas. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2022/SinopseEstatistica21_substanciasIllicitas_PT.pdf
- SICAD. (2022b). Sinopse Estatística 2021 – Álcool. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2022/SinopseEstatistica21_Alcool_PT.pdf
- SICAD (2023). *Relatório Anual 2022 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/193/RelatorioAnual_2022_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcoolpdf.pdf
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 27(2), 99-121. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.06.001>
- Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Toxicodependências*, 1, 21-30.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3112/1/Comunidades%20terapeuticas.pdf>

- Vieira, C. (2007). A Comunidade Terapêutica: da Integração à Reinserção. https://www.sicad.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/detalhe.aspx?itemId=46&lista=SICAD_Artigos&bkUrl=http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists
- Wagenmakers EJ, Love J, Marsman M, Jamil T, Ly A, Verhagen J, et al. (February 2018). "Bayesian inference for psychology. Part II: Example applications with JASP". *Psychonomic Bulletin & Review*. **25** (1): 58–76. doi:10.3758/s13423-017-1323-7
- Wagenmakers, E. J., Kucharský, Š., van Doorn, J., & van den Bergh, D. (2023). Accessible and Sustainable Statistics with JASP. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ud2vj>
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19(3). <https://depts.washington.edu/abrc/mbrp/reprints/MBRPAIcoholSUDs2005.pdf>

Anexo

Na tabela seguinte pode-se observar os códigos CID 10 mais utilizados no diagnóstico dos utentes. Os quatro códigos que dominam a tabela estão relacionados com perturbações mentais devidas ao uso de álcool - seja enfatizando a síndrome de dependência, o seu uso ativo ou ainda o seu uso contínuo. Seguem-se as perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso da cocaína - síndrome de dependência e as perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de opioides - síndrome de dependência. O único diagnóstico que atribui outra dimensão nosográfica a códigos relacionados com Comportamentos Aditivos e Dependências foi Perturbações de personalidade emocionalmente instável, tipo *borderline* (estado-limite), registado em 11 situações no período em análise.

Tabela 38 – *Distribuição dos códigos CID 10 mais utilizados*

CID10	N	%
Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool - síndrome de dependência	187	20.48
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de Álcool Síndrome de dependência, atualmente usando a substância (dependência ativa)	83	9.09
Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool	43	4.71
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool. Síndrome de dependência, uso contínuo	43	4.71
Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso da cocaína - síndrome de dependência	41	4.49
Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de opiáceos - síndrome de dependência	34	3.72
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de opioides. Síndrome de dependência, atualmente em regime de manutenção ou substituição clinicamente supervisionada (dependência controlada)	27	2.96
Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool - uso nocivo para a saúde	25	2.74
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool Síndrome de dependência, atualmente abstinente	21	2.30
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas. Síndrome de dependência, atualmente em regime de manutenção	21	2.30

ou substituição clinicamente supervisionada
(dependência controlada)

Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência	12	1.31
Perturbações de personalidade emocionalmente instável, tipo borderline (estado-limite)	11	1.20
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína. Síndrome de dependência, atualmente abstinente	11	1.20
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína Síndrome de dependência, uso episódico	11	1.20
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de opioides. Síndrome de dependência, atualmente usando a substância (dependência ativa)	10	1.10
Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína. Síndrome de dependência, uso contínuo	9	0.99
Diabetes mellitus	8	0.88
Doença hipertensiva	8	0.88
Hepatite viral crônica	8	0.88

Nota. Codificações com frequência mais elevada de um total de 913.