

**ESTUDO FOLLOW-UP LONGITUDINAL “TRAJECTÓRIAS, DA  
DEPENDÊNCIA À REINTEGRAÇÃO” DIANOVA**

**RELATÓRIO PRELIMINAR 2010 – VERSÃO INTEGRAL**

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA QUINTA DAS LAPAS: CARACTERIZAÇÃO  
DOS UTENTES COM ALTA TERAPÊUTICA**

**Coordenadora Professora Doutora Susana Henriques & Mestrando Pedro Candeias  
(CIES – IUL)**



## Resumo

O presente artigo tem como objectivo dar a conhecer o perfil dos Utentes da [Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas](#) da [Associação Dianova Portugal](#) que obtiveram alta clínica entre os anos de 1999 e 2009. Serão apresentadas as suas características sócio-demográficas no período que antecedeu ao internamento, bem como uma análise mais aprofundada das substâncias consumidas e os padrões de consumo associadas a estas.

## Introdução

O estudo dos consumos de substâncias psicoactivas tem de considerar a diversidade de substâncias disponíveis, os modos de consumo, os estilos de vida dos consumidores associados aos abusos. Nalguns casos, em determinado momento, os consumos de substâncias psicoactivas tornam-se problemáticos, resultando em dependências psicológicas e/ou físicas.

As Comunidades Terapêuticas surgem nos anos 1940 como instituições que desenvolvem programas de tratamento de dependências. O presente artigo tem como objectivo conhecer as características dos Utentes da [Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas](#) da [Associação Dianova Portugal](#), tanto a nível sócio-demográfico como no que diz respeito aos padrões de consumo.

Tratamos aqui da apresentação dos primeiros resultados que enquadram uma pesquisa mais vasta que visa conhecer as trajectórias de reinserção social destes indivíduos, no âmbito de um projecto apoiado pela [FCT \(Fundação para a Ciência e a Tecnologia](#) - ref<sup>a</sup>: PTDC/CS-SOC/099684/2008). Optamos por conduzir este estudo tendo por base os indivíduos que tenham concluído o processo terapêutico (alta clínica) numa instituição cujo programa terapêutico nos desse algumas garantias empíricas de controlo sobre indicadores de qualidade, foi neste contexto que optamos por estudar o processo de reinserção de toxicodependentes que tenham concluído o processo terapêutico na [Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas](#) da [Associação Dianova Portugal](#).

A [Dianova](#) é uma Instituição Privada de Solidariedade Social e Associação de Utilidade Pública, e ainda Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento, especializada na [prevenção](#), [tratamento](#) e [reinserção](#) de toxicodependências, no [desenvolvimento sócio-comunitário](#) e ainda na [capacitação e formação de Pessoas e Organizações](#), tendo sido a primeira [Comunidade Terapêutica](#) em Portugal com um Sistema de Gestão da Qualidade implementado e Certificado segundo a Norma ISO 9001:2008 pela [SGS-ICS](#) desde 2005.

## **Método**

O universo estudado consistiu em todos os Utentes da Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas da Dianova aos quais tenha sido atribuída alta clínica entre os anos de 1999 e 2009. Por conseguinte, as altas por derivação (transferências), abandono e expulsões não foram consideradas para a análise.

## **Procedimento**

A recolha dos dados foi feita através da consulta aos processos dos Utentes que se encontravam disponíveis nas instalações da Comunidade Terapêutica em estudo. Estes processos continham fichas individuais preenchidas por vários técnicos (médicos, psicólogos, enfermeiros, etc.) bem como histórias de vida, registo criminal, exames médicos, etc. Com base nestas informações foi construída uma base de dados que deu origem ao presente artigo.

## **Resultados**

Com base nos dados recolhidos iremos apresentar num **primeiro momento** uma caracterização sócio-demográfica da população em análise atendendo à sua origem geográfica (nacionalidade, distrito e concelho de residência), sexo, idade, grau de escolaridade, profissão e situação laboral. Avançamos também com informação sobre a situação clínica e judicial dos Utentes.

Na **secção seguinte** damos a conhecer as redes sociais dos indivíduos estudados no que concerne à sua situação habitacional, as relações que mantêm com a família e os meios activados para obter rendimentos. A existência e importância de consumidores de substâncias psicoactivas na rede social dos inquiridos é operacionalizada através da proximidade a contextos de consumo e dos mediadores no primeiro contacto com este tipo de substâncias.

No **terceiro ponto** é desenvolvida a temática do internamento tendo por base o ano em que o utente foi admitido, as motivações que este apresentou para a reabilitação e o historial de internamentos prévios.

A **quarta parte** do artigo dedica-se às substâncias consumidas pelos Utentes, sendo feita uma primeira distinção entre a substância principal e o conjunto de substâncias complementares. São apresentadas especificidades destas substâncias no que diz respeito à periodicidade e modo de consumos, à idade em que estes consumos tiveram início, ao período de consumo de cada substância, bem como às situações de policonsumos.

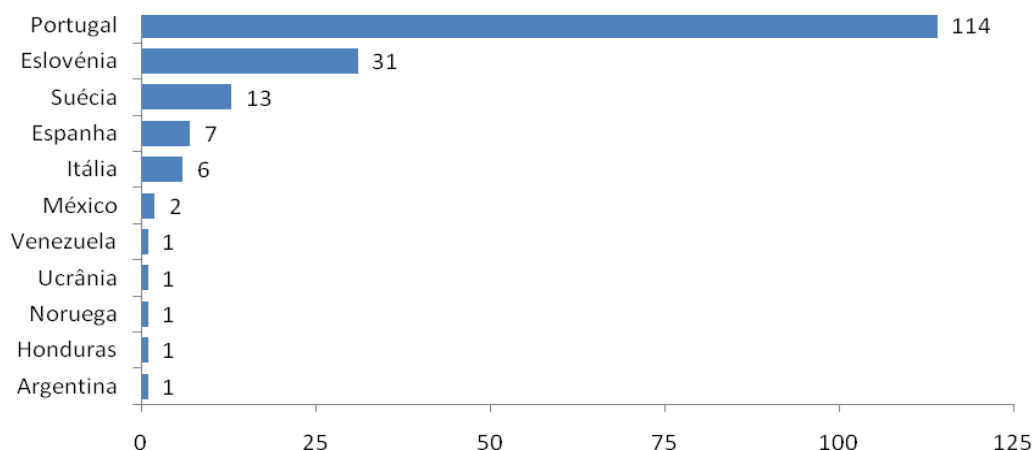
Sempre que possível apresentaremos comparações com os dados a nível nacional e europeu.

## 1. Caracterização sócio-demográfica

### Origens geográficas

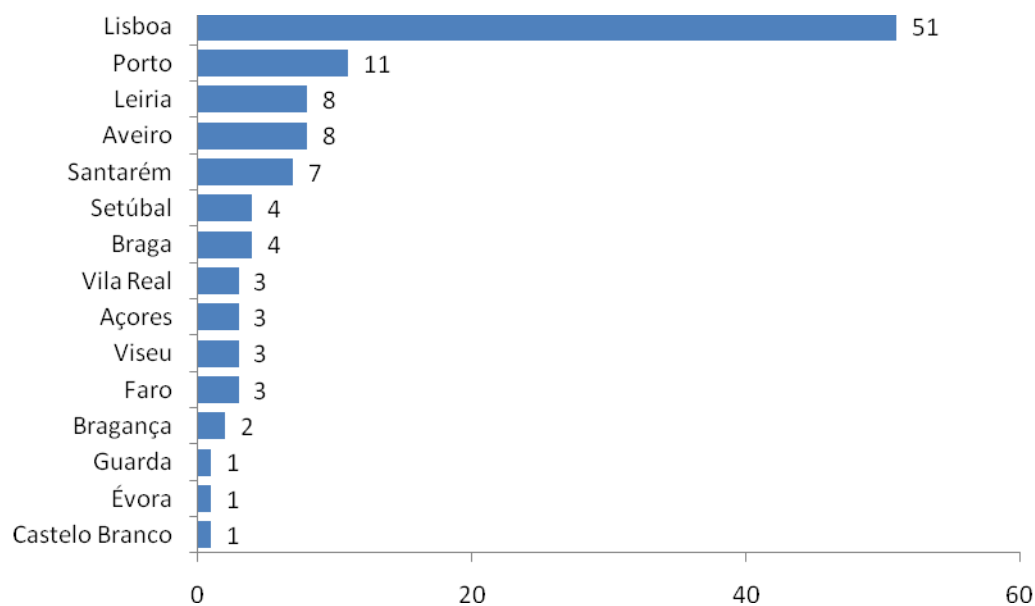
Devido à abrangência internacional da comunidade terapêutica em estudo existe alguma heterogeneidade nas nacionalidades dos Utentes, não obstante, a maioria destes possui nacionalidade portuguesa. As nacionalidades estrangeiras mais representadas são a eslovena, a sueca, a espanhola e a italiana respectivamente, existem ainda alguns casos de nacionais de países do sul da América, do norte e do leste da Europa.

**Gráfico 1: Nacionalidade dos Utentes (valores absolutos)**



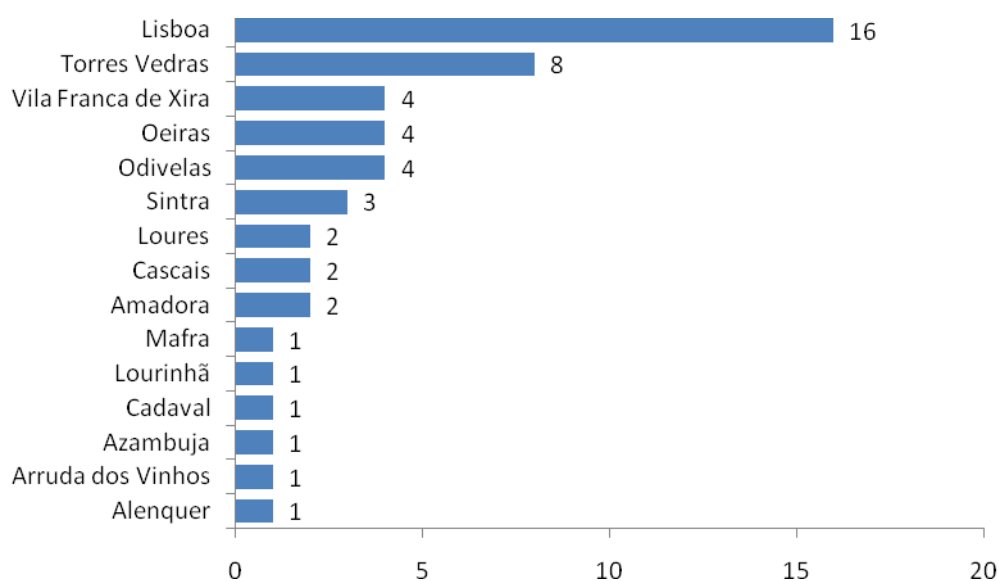
Dos Utentes com residência em Portugal predominam como distritos de residência os dois grandes centros urbanos, Lisboa e Porto, no extremo oposto as zonas do Alentejo, Beira Interior e Algarve são as menos representadas.

**Gráfico 2: Distrito de residência dos Utentes portugueses (valores absolutos)**



Uma vez que grande parte dos Utentes provém do distrito de Lisboa procedeu-se a uma segmentação deste em concelhos para melhor destringir as zonas de origem. Assim, verifica-se que grande parte dos Utentes provém do concelho de Lisboa, seguido de Torres Vedras, sendo que o elevado número de Utentes residentes no concelho de Torres Vedras pode ser explicado por uma maior proximidade geográfica à comunidade terapêutica em estudo.

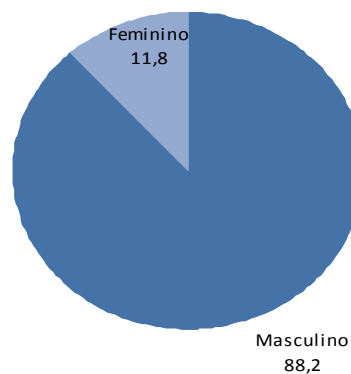
**Gráfico 3: Concelho de residência dos Utentes do distrito de Lisboa (valores absolutos)**



### Composição por sexos

A grande maioria dos Utentes é do sexo masculino, existindo em média 7,5 homens por cada mulher. Comparando a diferença entre o número de homens e o número de mulheres no nosso universo de estudo com a do total nas Comunidades terapêuticas em Portugal verifica-se que o desnível é semelhante, uma vez que, em 2008, a percentagem de homens em Comunidades Terapêuticas era de 81,8% (IDT, 2009: 36). Contudo, deve ser feita a ressalva de que estamos a comparar bases com intervalos temporais diferentes, 10 anos para o nosso caso, um ano para os dados oficiais e que durante estes anos a estrutura sexual dos Utentes pode ter vindo a alterar-se.

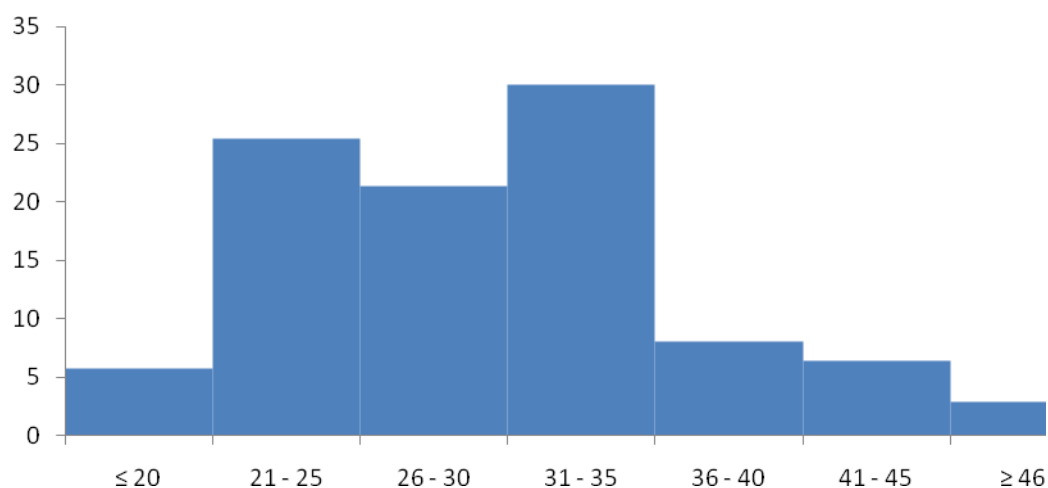
**Gráfico 4: Composição por sexos (%)**



### Estrutura etária

Os dados sobre a estrutura etária reportam-se ao momento de admissão dos Utentes. A grande maioria era já adulta quando internada. Cerca de 76% tinham entre os 21 e os 35 anos quando entraram na comunidade. O escalão etário com maior representação é o dos 31 aos 35 anos.

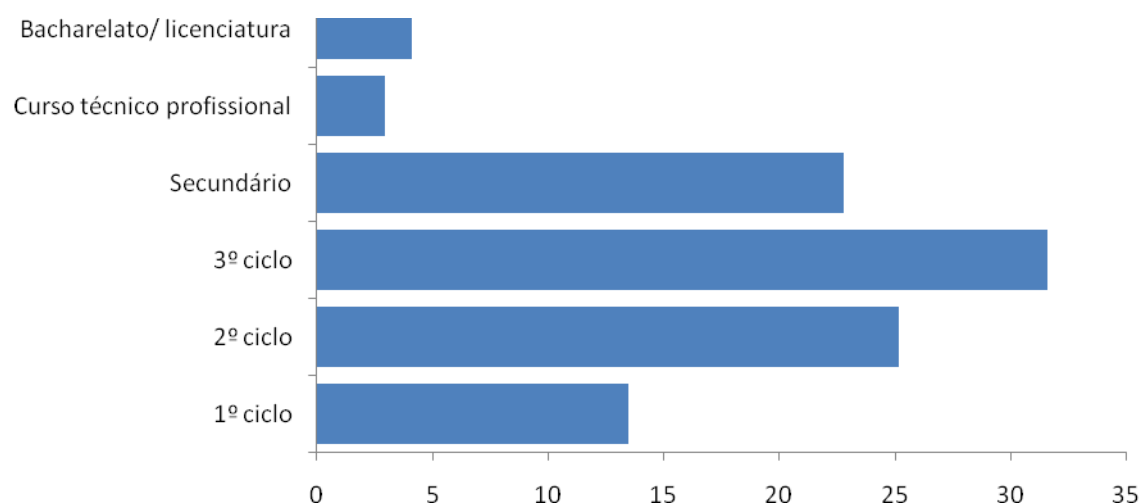
**Gráfico 5: Distribuição etária (%)**



### Escolaridade

A escolaridade dos Utentes é baixa tendo em conta a estrutura etária bastante jovem. Predomina entre os Utentes o 3º ciclo do ensino básico, seguido do 2º ciclo do ensino básico e do ensino secundário. O número de Utentes com diploma de ensino superior é residual.

**Gráfico 6: Grau de escolaridade completo (%)**



### Situação profissional

No que respeita à profissão principal no momento de admissão, verifica-se que cerca de um terço dos Utentes se enquadra na categoria dos “operários, artífices e trabalhadores similares”, existe também um número elevado de “pessoal dos serviços e vendedores” e de “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem”. Os grupos profissionais mais representados são maioritariamente grupos de profissões com poucas qualificações, o que vai ao encontro dos dados anteriormente apresentados sobre a

escolaridade. Apesar disto, a percentagem de Utentes inseridos na categoria dos “trabalhadores não qualificados” é bastante residual. Refira-se que o elevado número de “operários, artífices e trabalhadores similares” e de “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem” é muito superior ao registado na Região de Lisboa.

**Tabela 1: Categorias profissionais**

<b>Profissão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2	1,6
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7	5,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	10	7,9
Pessoal administrativo e similares	6	4,7
Pessoal dos serviços e vendedores	29	22,8
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	5	3,9
Operários, artífices e trabalhadores similares	42	33,1
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	23	18,1
Trabalhadores não qualificados	3	2,4
Total	127	100

No que diz respeito à situação laboral verifica-se que a maioria dos Utentes se encontrava desempregada quando o internamento, o que pode ser indicador de uma situação de exclusão social. Contudo, com os dados disponíveis não é possível discernir se estas situações de desemprego estão ou não directamente relacionadas com os consumos de substâncias psicoactivas.

**Tabela 2: Situação laboral**

	<b>N</b>	<b>fi</b>
Trabalho em lugar fixo	18	0,23
Trabalho em lugar precário	3	0,04
Desempregado	56	0,70
Reformado	2	0,03
Detido	1	0,01
Total	80	1

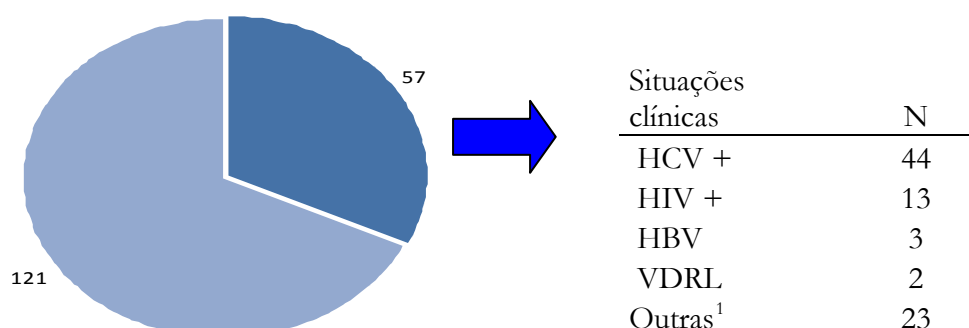
### **Situação clínica**

A situação clínica de muitos Utentes à entrada na comunidade terapêutica era grave: 57 Utentes indicaram que possuíam problemas de saúde, fossem eles consequências do consumo de substâncias psicoactivas ou não. A hepatite c (HCV +) foi a doença mais vezes



referida, seguindo-se 13 casos de portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV +), 3 casos de hepatite b (HBV) e 2 casos de sífilis (VDRL).

**Gráfico 7: Situações clínicas à entrada (valores absolutos)**



### Situação judicial

Mais de metade dos Utentes da Comunidade Terapêutica declarou ter antecedentes penais. Refira-se que a sua grande maioria foi admitida já depois de ter entrado em vigor a Lei n.º 30/2000 que despenalizou o consumo de droga.

**Tabela 3: Situação judicial**

	N	fi
Sem antecedentes penais	39	0,48
Antecedentes penais ou condenações já cumpridas	31	0,38
Liberdade condicional	3	0,04
Pena suspensa	9	0,11
Total	82	1,01 <sup>2</sup>

Questionados sobre a existência de assuntos judiciais pendentes, mais de metade declarou não possuir assuntos pendentes com a justiça.<sup>3</sup>

**Tabela 4: Assuntos judiciais pendentes**

<sup>1</sup> Outras situações clínicas declaradas: hepatite (3 casos), bronquite asmática (2 casos), epilepsia (2 casos) défice cognitivo, *attention deficit disorder*, debilidade ligeira, hipofunção da glândula tiróide com hipocalcemia, asma, cirrose hepática, infecção na vista, má função da glândula tiróide, hérnia discal, perna engessada, prótese na perna, rinite alérgica, alergias, hepatite A, sinusite, trausacinasas altas.

<sup>2</sup> O somatório das proporções é superior a 1 por serem possíveis respostas múltiplas, total=81.

<sup>3</sup> A variável apresenta a situação judicial declarada à entrada, tal não invalida que posteriormente viessem à tona situações judiciais por resolver uma vez que em alguns processos de utentes que declaravam não ter processos pendentes eram anexadas comunicações de tribunais. Assim o quantitativo de utentes com assuntos judiciais pendentes deve encontrar-se sub-representado.

	<b>N</b>	<b>fi</b>
Com assuntos judiciais pendentes	29	0,38
Sem assuntos judiciais pendentes	47	0,62
Total	76	1

## 2. Redes sociais e recursos

### Coabitação

Grande parte dos Utentes (71%) residia com a sua família de origem na altura do internamento, menos frequentes são os casos de Utentes com família própria (20%). Situações de partilha de habitação com amigos, a viver sozinho e com recurso a outros familiares são residuais.

**Tabela 5: Convivência actual**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Família de origem	74	70,5
Família própria	21	20,0
Amigos	7	6,7
Só	7	6,7
Outros familiares	3	2,9
Instável	2	1,9
Sem abrigo	2	1,9
Instituições penitenciárias	1	1,0
Apartamento de reinserção	1	1,0
Total	118	112,4 <sup>4</sup>

### Relações com a família

No mesmo sentido, a maior parte dos Utentes recorre à sua família para obter apoio e acolhimento, sendo menor a proporção daqueles que recorrem à família para obterem somente apoio. Situações de isolamento total dos laços familiares são reduzidas.

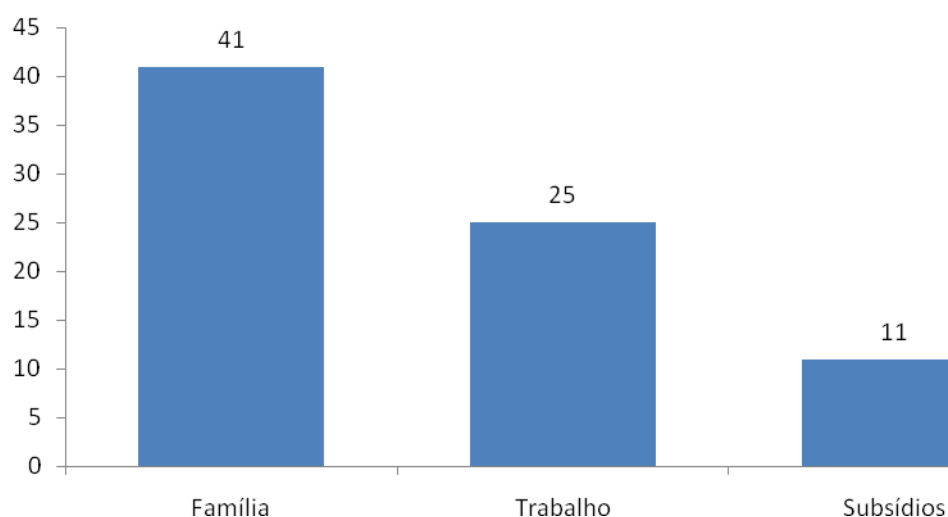
<sup>4</sup> O somatório das percentagens é superior a 100 por serem possíveis respostas múltiplas, total=105.

**Tabela 6: Relações familiares**

	<b>N</b>	<b>fi</b>
Família que presta apoio e acolhimento	59	0,80
Família que apenas presta apoio	13	0,18
Família que não presta nem apoio nem acolhimento	2	0,03
Total	74	1

**Recursos financeiros**

Uma vez que grande parte dos Utentes se encontrava desempregado quando admitido para internamento é de esperar que as suas fontes de rendimento não provenham do trabalho, assim, parece ser junto da família que grande parte dos Utentes conseguia obter as suas receitas. Estes dados são consistentes com os apresentados antes e que indicavam a família como sendo uma rede de suporte fundamental.

**Gráfico 8: Fontes de rendimento (valores absolutos)**

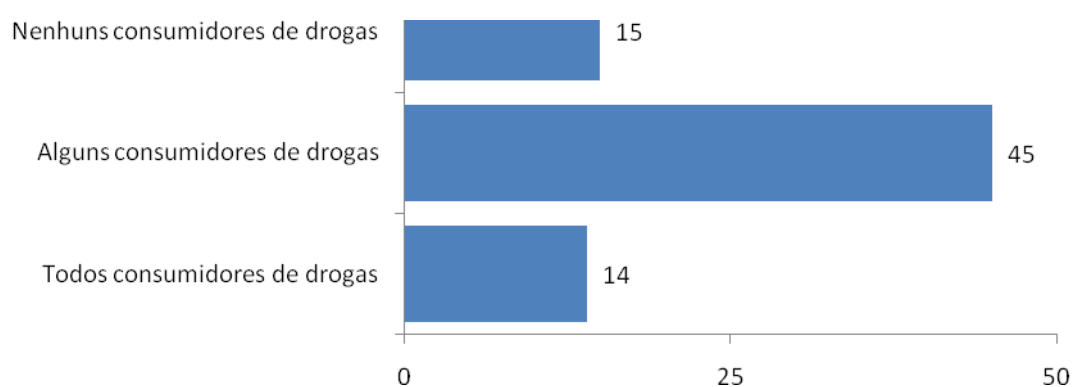
Embora a família seja o principal meio para obter rendimentos em muitas situações existem fontes de rendimento múltiplas, algumas vezes os rendimentos obtidos através dos familiares são conjugados com o trabalho (8 casos) ou com subsídios (3 casos), por vezes, também o trabalho é conjugado com outros subsídios (3 casos).

**Tabela 7: Fontes de rendimento**

	<b>N</b>	<b>fi</b>
Família	30	0,48
Família + subsídios	3	0,05
Subsídios	4	0,06
Subsídios + trabalho	4	0,06
Trabalho	14	0,22
Trabalho + família	8	0,13
Total	63	1

**Proximidade a contextos de consumo**

No que toca à proximidade aos contextos de consumo a maioria dos Utentes indicou relacionar-se com alguns consumidores de substâncias psicoactivas. Apresentando quantitativos quase idênticos existiram Utentes que indicaram os extremos, ou seja, que apenas se relacionavam com consumidores de substâncias psicoactivas ou que não tinham qualquer contacto com consumidores. Parece, pois, existir uma diversidade nas modalidades de proximidade a contextos de consumo.

**Gráfico 9: Grupos de relação (valores absolutos)****Mediadores nos primeiros contactos com substâncias psicoactivas**

Quando questionados acerca de qual o mediador no primeiro contacto com as substâncias psicoactivas grande parte dos Utentes indicou que foi através de amigos que obteve a primeira experiência. Os grupos de pares são factores importantes de socialização e nesta medida são veículos de inculcação e reprodução de normas, consumos e estilos de vida.

Por exemplo, no caso específico da heroína, a elevada percepção do risco associado ao seu consumo pode ser dissuadida por uma elevada confiança mútua.

**Tabela 8: Primeiro contacto com drogas**

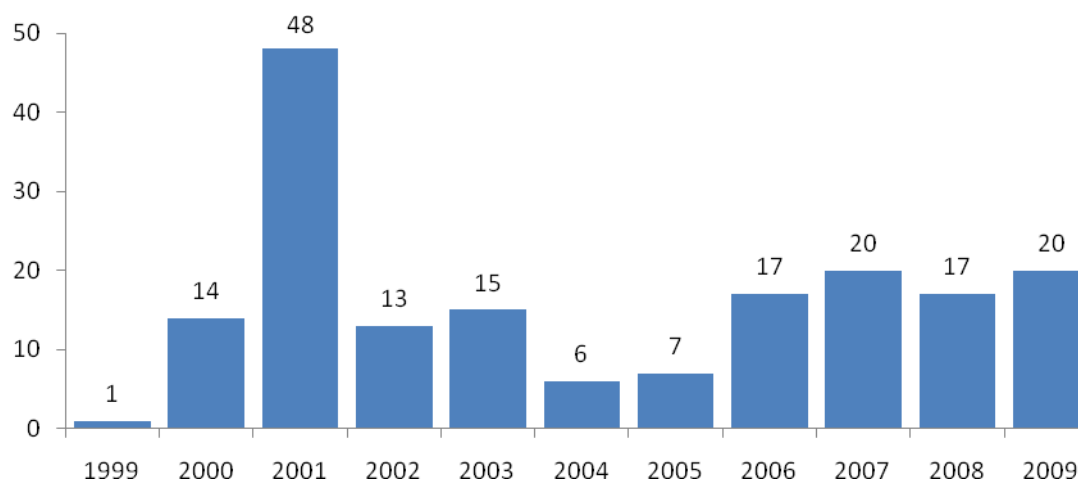
	N	fi
Amigos	86	0,96
Família	5	0,06
Colegas de trabalho	1	0,01
Total	92	1,02 <sup>5</sup>

### 3. Internamento (motivações e historial)

#### Altas terapêuticas

O número de altas terapêuticas por ano tem vindo a alterar-se, de salientar um pico em 2001 e um refluxo nos anos de 2004 e 2005. O elevado contingente no ano de 2001 pode ser explicado por um grande número de processos disponíveis de outras comunidades terapêuticas do mesmo grupo (Casa Azul, Quinta da Remelha, Quinta do Paço, Quinta do Paral).

**Gráfico 10: Altas terapêuticas por anos (valores absolutos)**



#### Motivações para reabilitação

A maioria dos Utentes aponta como pessoais os motivos para a sua reabilitação, muitas vezes conjugados com motivos familiares. A categoria motivações pessoais, sendo muito genérica abarca motivos como “estar farto do estilo de vida que leva”, “sentir vontade de

<sup>5</sup> O somatório das proporções é superior a 1 por serem possíveis respostas múltiplas, total=90.

mudar de vida”, ou “parar de ser um fardo para a família”. Os motivos de ordem médica ou judicial são residuais.

**Tabela 9: Motivos para a reabilitação**

	<b>N</b>	<b>f</b>
Pessoais	79	0,95
Familiares	18	0,22
Médicos	3	0,04
Judiciais	2	0,02
Total	102	1,23 <sup>6</sup>

### Historial de tratamentos

Mais de metade dos Utentes indicaram já ter tentado tratamentos anteriormente, sejam eles em regime de internamento ou de ambulatório, sejam tratamentos com drogas de substituição ou livres de drogas (“a frio”).

**Gráfico 11: Historial de tratamentos (%)**



## 4. Substâncias

### Substância principal

A grande maioria dos Utentes aponta a heroína como a sua substância principal, seguindo-se o álcool e a cocaína. São indicados menos frequentemente alguns casos de cannabinóides, anfetaminas e psicofármacos. No que diz respeito às idades em que se iniciaram os consumos foi apurada uma idade média de 18 anos, sendo o caso de início de consumo mais precoce aos 9 anos e o mais tardio aos 44 anos.

Comparando os dados do nosso universo de estudo com os totais das comunidades terapêuticas nacionais verifica-se que, embora a heroína também seja a substância principal,

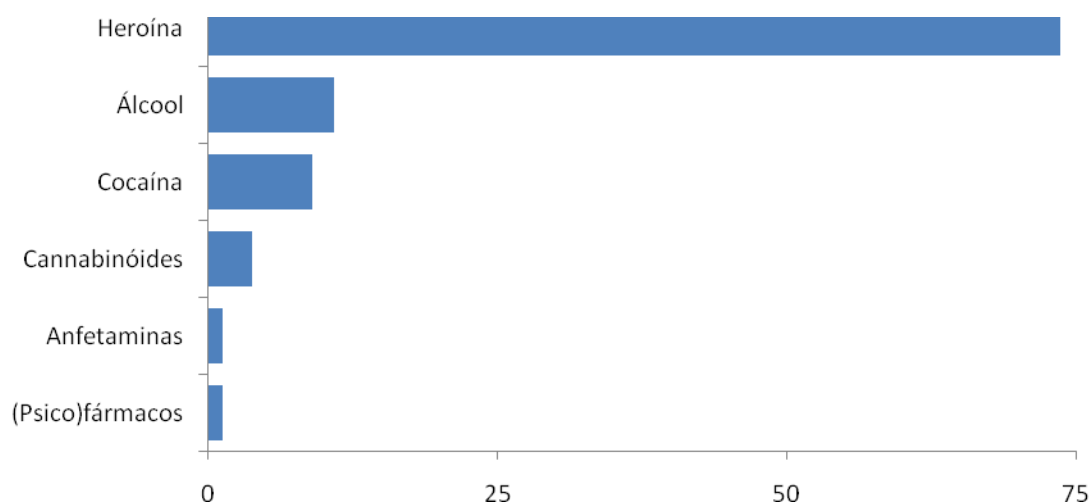
<sup>6</sup> O somatório das proporções é superior a 1 por serem possíveis respostas múltiplas, total = 83.

é-o em menor proporção. O número de Utentes a dar entrada em comunidades terapêuticas tendo como substância principal a heroína tem vindo a decrescer pelo menos nos três anos para os quais dispomos de registo (65% em 2006, 59% em 2007 e 58% em 2008) (IDT, 2009: 93).

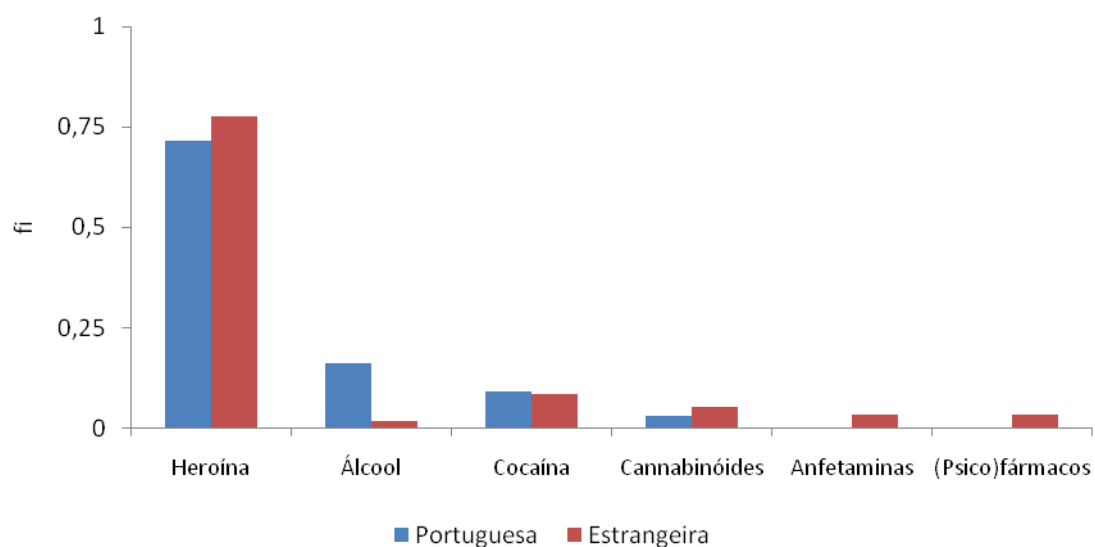
Quando são analisados os dados para internamentos nas Comunidades Terapêuticas a nível europeu as conclusões são semelhantes pois em 2007 56% dos Utentes a dar entrada em Comunidades Terapêuticas declarou ter como substância principal opiáceos (OEDT, 2009: 32). É ainda de frisar que se verificam oscilações no consumo desta substância entre os diversos países europeus, embora no geral as estimativas tenham vindo a descer nos últimos 10 anos, em alguns países a situação inverte-se (ib.: 77).

Sobre os internamentos em que a cocaína é indicada a substância principal é possível observar algumas diferenças entre a comunidade terapêutica em estudo e o total das comunidades terapêuticas nacionais, uma vez que, segundo as estatísticas oficiais (IDT, 2009: 100-101) a cocaína era indicada como substância principal por 18% dos Utentes em 2008 e por 16% em 2007 e 2006, Comparando estes dados com os 9% apurados para a comunidade terapêutica em estudo este valor parece estar muito aquém. Contudo, esta diferença pode ser causada pela diferença na amplitude temporal dos dados comparados.

O ecstasy, que tem vindo a ganhar alguma visibilidade como substância principal nos Utentes das comunidades terapêuticas a nível nacional, não teve qualquer peso na CT em estudo, uma vez que não se registaram casos de Utentes que tenham referido o ecstasy como substância principal, contra os 1,1% para o total nacional em 2008, 1,3% em 2007 e 0,8% em 2006 (IDT, 2009: 105-108). Contudo, devemos ter em conta que se trata de valores ainda muito baixos, que, embora sejam relevantes a nível nacional, parecem não ter expressão significativa numa comunidade terapêutica em particular.

**Gráfico 12: Substância principal (%)**

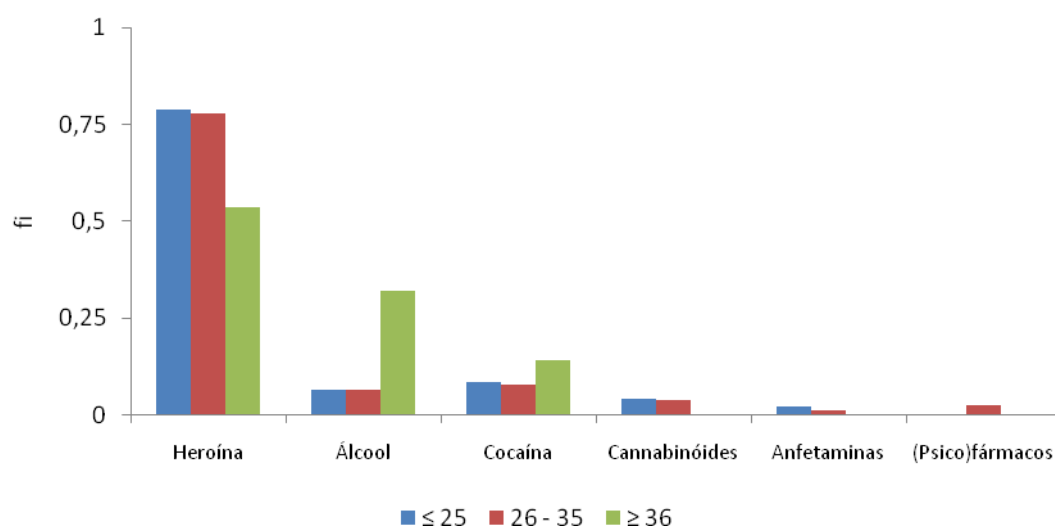
Embora a hierarquia das substâncias principais seja idêntica entre os Utentes portugueses e estrangeiros, verifica-se um maior peso dos consumidores de heroína e de cannabinóides no caso dos Utentes estrangeiros. No caso dos Utentes portugueses existe um maior peso relativo dos consumidores de álcool. De salientar ainda que os poucos casos em que substâncias como anfetaminas e psicofármacos foram indicadas como substâncias principais foram-no por Utentes estrangeiros.

**Gráfico 13: Distribuição da substância principal por nacionalidades (proporções)**



Considerando a idade no momento de admissão, a distribuição das substâncias indicadas como principais é idêntica para os diferentes escalões etários. Contudo, é de salientar o menor peso relativo de consumidores de heroína no escalão dos mais velhos, comparativamente aos dois escalões dos mais novos. De notar ainda o maior peso relativo dos consumos de álcool e de cocaína nos Utentes mais velhos. De salientar finalmente, que no caso dos Utentes mais velhos não se registaram consumos de cannabinóides, anfetaminas e psicofármacos como substâncias principais.

**Gráfico 14: Distribuição da substância principal por escalões etários (proporções)**



### Periodicidade de consumo

Dos Utentes que indicaram a periodicidade com que consumiam a sua substância principal, a maior parte deles declarou consumi-la numa base diária.

**Tabela 10: Periodicidade no consumo da substância principal**

Periodicidade <sup>7</sup>	N	fi
Diariamente	85	0,92
Ocasionalmente	4	0,04
Esporadicamente	3	0,03
Total	92	1

<sup>7</sup> A periodicidade do consumo de substâncias foi agregada da seguinte forma: Diariamente: diário, habitual, regular, todos os dias, dia sim dia não, periodicamente, quase diariamente, mais ou menos diário, periodical, sempre; Ocasionalmente: fim-de-semana, algumas vezes por semana, mais que uma vez por semana, às vezes, de vez em quando, duas vezes por semana, mais ou menos, quando sai à noite, à refeição, 3 vezes por semana, algumas vezes por semana, média, semanal; Esporadicamente: não habitual, variável, esporádico, raramente, uma vez por mês, disconstante, quando aparece; Experimentou: não consome, 3 vezes, experimentou 1/2 vezes.

### Modo de consumo

Para o caso da substância principal mais consumida (a heroína) procedeu-se a um apuramento dos modos de consumo desta substância. Embora o modo mais comum seja o injectado verifica-se uma pluralidade nos modos de consumo, sendo este modo muitas vezes conjugado com o fumado ou com o inalado.

**Tabela 11: Modo de consumo de heroína como substância principal**

<b>Modo de consumo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Injectada	61	65,6
Fumada	51	54,8
Inalada	8	8,6
Total	120	129,0 <sup>8</sup>

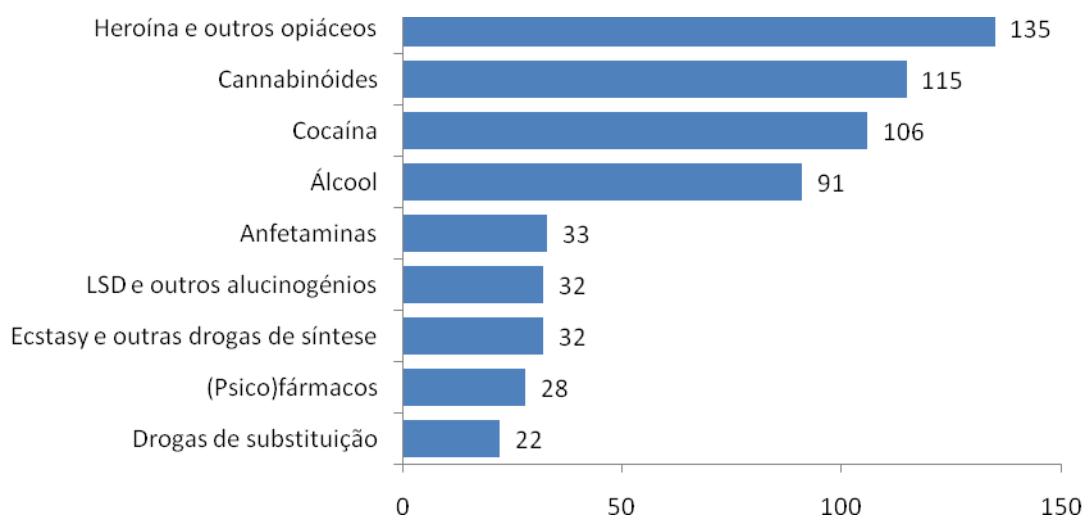
### Substâncias consumidas

Do conjunto de todas as substâncias psicoactivas consumidas pelos Utentes, a categoria “heroína e outros opiáceos” destaca-se como sendo a mais consumida, seguida dos cannabinóides, a cocaína e o álcool.

O consumo de cannabinóides está extremamente expandido por toda a Europa, embora tenha conhecido o seu expoente máximo nos anos 90 quando o relatório do OEDT apontava para ¼ da população adulta ter consumido esta substância pelo menos uma vez na vida, estas proporções têm vindo a estabilizar ou até a diminuir, sendo estas tendências também observadas nos EUA e Austrália (2009: 13).

Sobre o consumo de álcool deve ser feita a referência de que se trata de uma substância cujo consumo é extremamente difundido e relativamente tolerado socialmente. Provavelmente por se tratar de uma substância de venda lícita existe uma tendência para que o seu consumo não seja declarado à entrada dos tratamentos (OEDT, 2009: 15), assim, os quantitativos para o consumo de álcool podem estar subvalorizados.

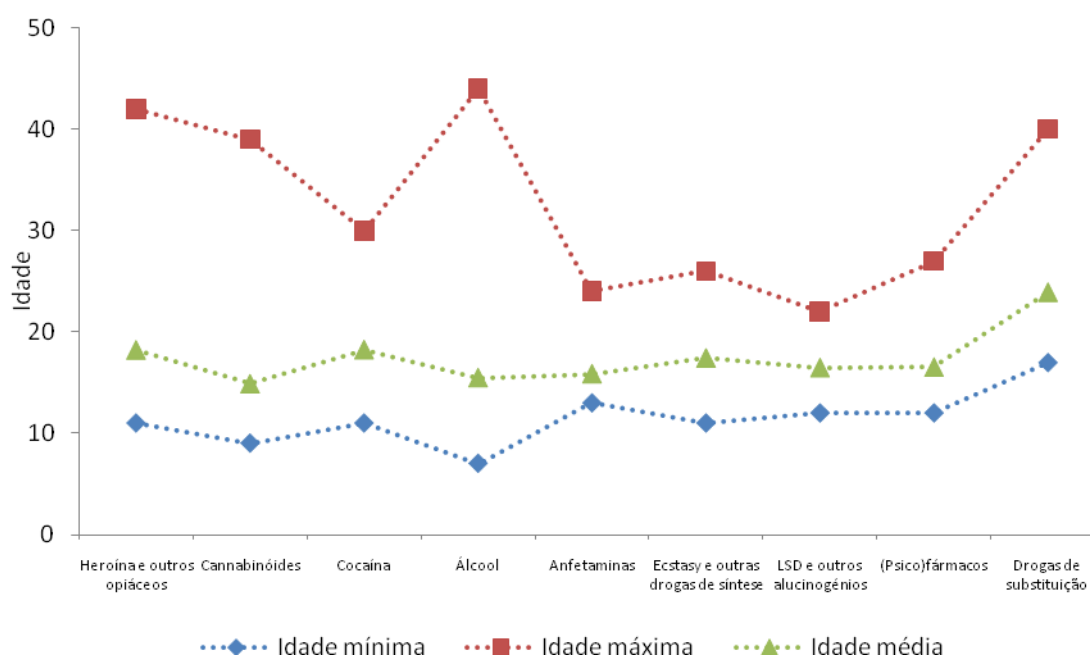
<sup>8</sup> O somatório das percentagens é superior a 100 por serem possíveis respostas múltiplas, total=93.

**Gráfico 15: Substâncias consumidas (valores absolutos)****Idade no início do consumo**

As idades médias no início do consumo de SPA's variam entre os 15 e os 24 anos, sendo o álcool e os cannabinóides as substâncias consumidas mais precocemente. Paralelamente, são as drogas de substituição as mais consumidas numa altura mais avançada da vida, o que seria de esperar uma vez que se trata de substâncias cujo consumo pressupõe a existência de dependência de outras. Com a exceção das drogas de substituição, as substâncias em que o início de consumo em média é mais tardio são a cocaína, a heroína e outros opiáceos, substâncias que começam a ser consumidas em média aos 18 anos. Embora existam alguns casos extremos parece que a idade para início do consumo de substâncias psicoactivas se situa numa época muito específica da vida, entre os 15 e os 18 anos, na adolescência.

Através do Gráfico 16 é possível visualizar tanto as idades médias como os casos extremos, isto é, as idades de início de consumo mais precoces e as mais tardias para cada conjunto de substâncias. Destaca-se que o início do consumo de substâncias como as anfetaminas, ecstasy e LSD estão circunscritas a um período de idades com reduzida dispersão, enquanto o álcool parece ser a substância cujo consumo pode ter início em qualquer altura do ciclo de vida.

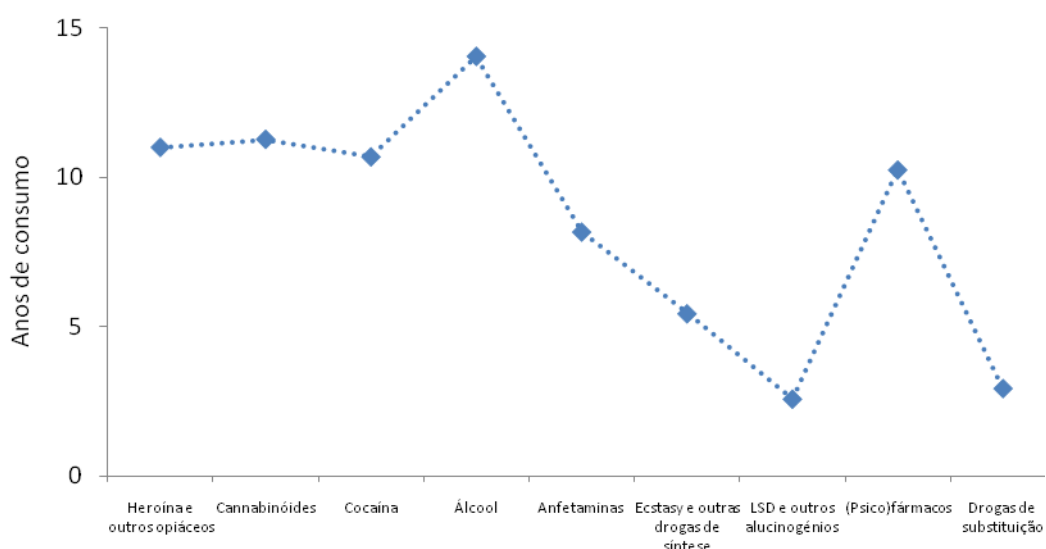
**Gráfico 16: Idade no início do consumo das substâncias**



### Duração do consumo

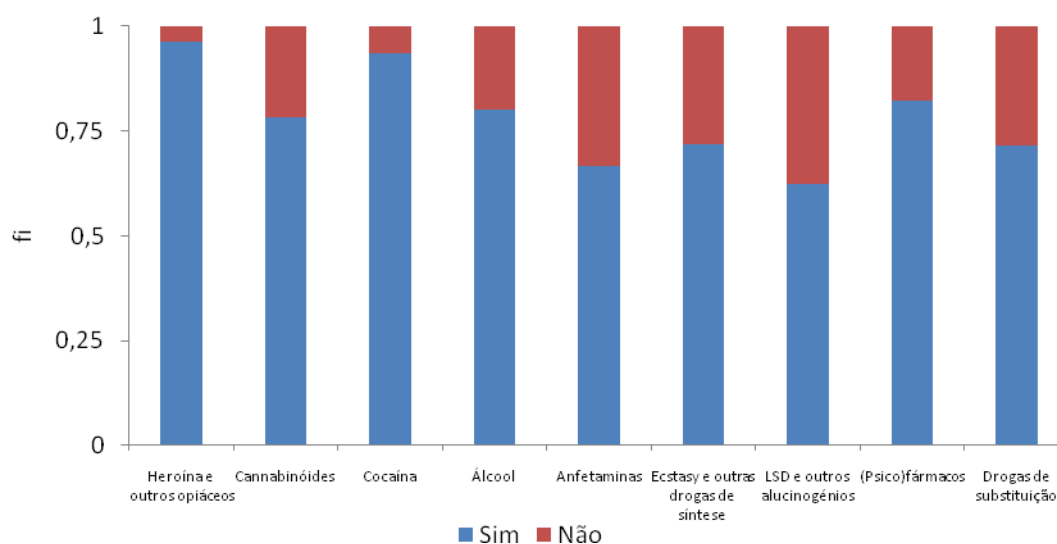
Observando o número de anos que os Utentes dedicaram ao consumo das diversas substâncias conclui-se que é o álcool a substância com maior tempo de consumo (média 14 anos), seguido dos cannabinóides, cocaína, “heroína e outros opiáceos” (média 11 anos). No extremo oposto estão as drogas de substituição, “LSD e outros alucinógenos” que são as substâncias com menor tempo de consumo.

**Gráfico 17: Tempo de consumo das substâncias em anos**



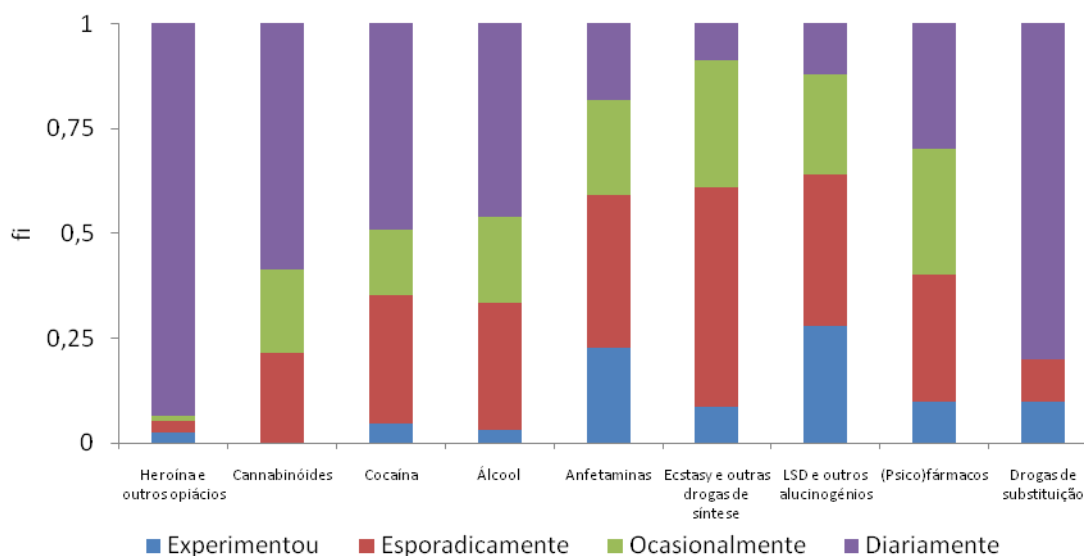
Com base na informação recolhida é possível perceber se as substâncias referidas estavam a ser consumidas no momento do internamento ou se eram substâncias que tinham sido consumidas em momentos anteriores da vida do utente, não sendo assim o consumo dessa substância o motivo que levou os Utentes a procurar o tratamento. Verifica-se que mais de metade das substâncias eram consumidas na época que precedia ao internamento, sendo as categorias cocaína, “heroína e outros opiáceos” as indicadas mais frequentemente como consumidas a quando do internamento. Tal pode indicar que se tratam de substâncias que implicam uma maior dependência e maior dificuldade de conseguir manter o seu consumo ao nível da experimentação ou apenas num determinado período da vida.

**Gráfico 18: Consumo das substâncias no momento de internamento (proporções)**



### Periodicidade do consumo

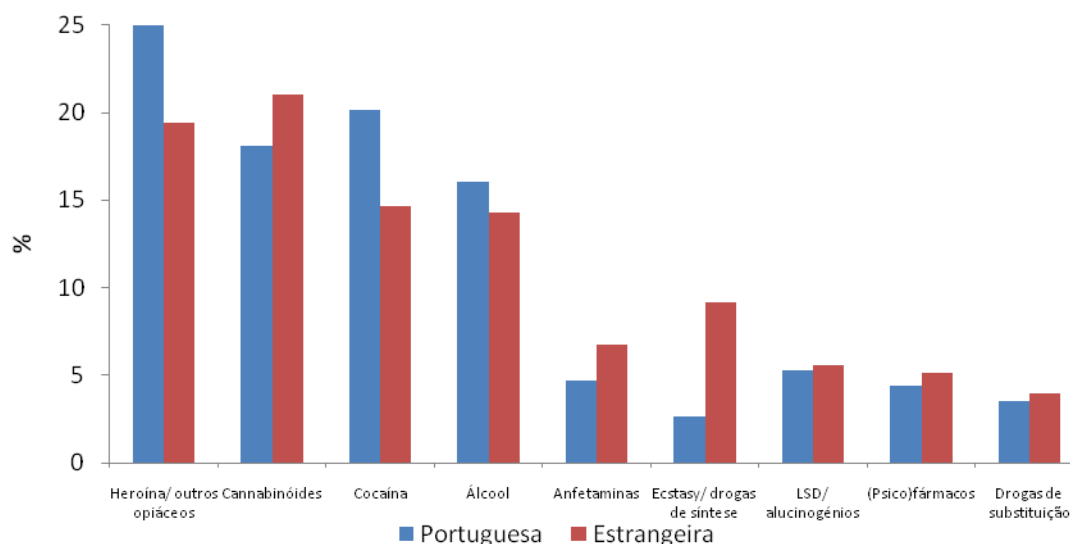
Uma vez que nem todas as substâncias psicoactivas são consumidas com a mesma intensidade procedeu-se a uma análise da periodicidade do consumo das diferentes substâncias. Conclui-se que substâncias como “heroína e outros opiáceos”, cannabinóides, cocaína, álcool tendem a ser consumidas numa base diária. Substâncias como anfetaminas, “ecstasy e outras drogas de síntese”, “LSD e outros alucinogénios” tendem a ser consumidas mais esporadicamente. Por fim, verifica-se que cannabinóides, “heroína e outros opiáceos” são as substâncias que menos frequentemente foram indicadas como apenas experimentadas.

**Gráfico 19: Periodicidade no consumo das substâncias (proporções)**

Observando as substâncias consumidas nos grupos portugueses/estrangeiros verifica-se que existe um maior peso relativo no consumo de cocaína, álcool, “heroína e outros opiáceos” por parte dos portugueses enquanto no caso dos estrangeiros existe maior consumo de cannabinoídes, anfetaminas, “ecstasy e outras drogas de síntese”.

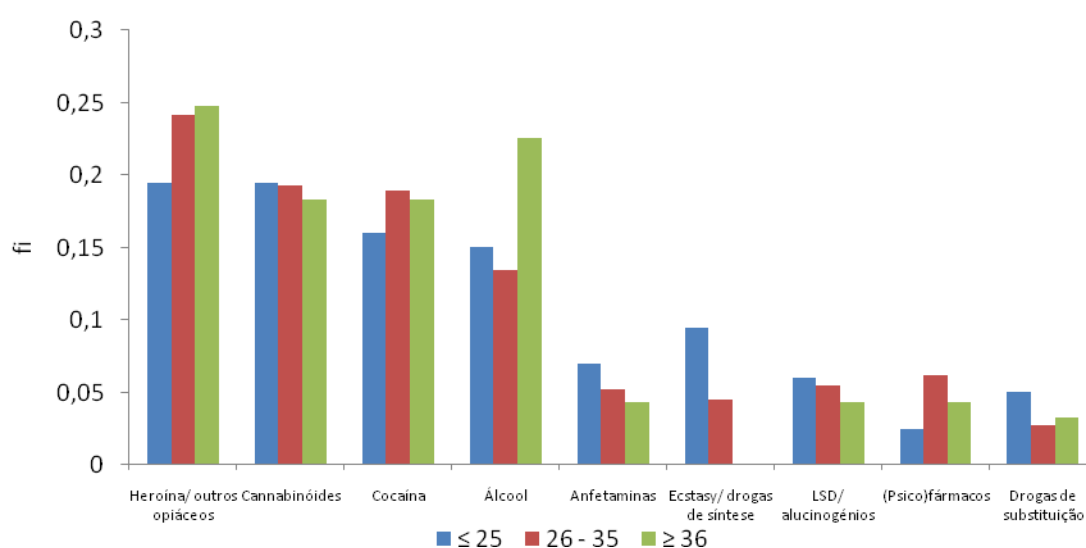
No que diz respeito ao consumo de cocaína e anfetaminas os dados por nós recolhidos confirmam a tese de que existe uma espécie de concorrência no mercado dos estimulantes a nível europeu em que, países do sul e oeste da Europa apresentam maiores consumos de cocaína do que de anfetaminas, sendo que nos países do interior e especialmente no leste o padrão é o inverso (OEDT, 2009: 67).

**Gráfico 20: Distribuição das substâncias consumidas por nacionalidades (%)**



Classificando os Utentes em três grupos de idades e analisando as substâncias consumidas em função destes grupos, verificam-se algumas diferenças, como o maior peso relativo no consumo de “heroína e outros opiáceos” e cocaína nos dois escalões dos mais velhos. No caso do álcool este tende a ser proporcionalmente mais consumido no grupo dos Utentes mais velhos, não se verificando neste escalão casos de consumo de “ecstasy e outras drogas de síntese”, substâncias que tendem a ser mais consumidas pelo grupo de Utentes mais novos. Trata-se aqui dos consumos que podem ter sido efectuados num qualquer momento anterior à idade de admissão.

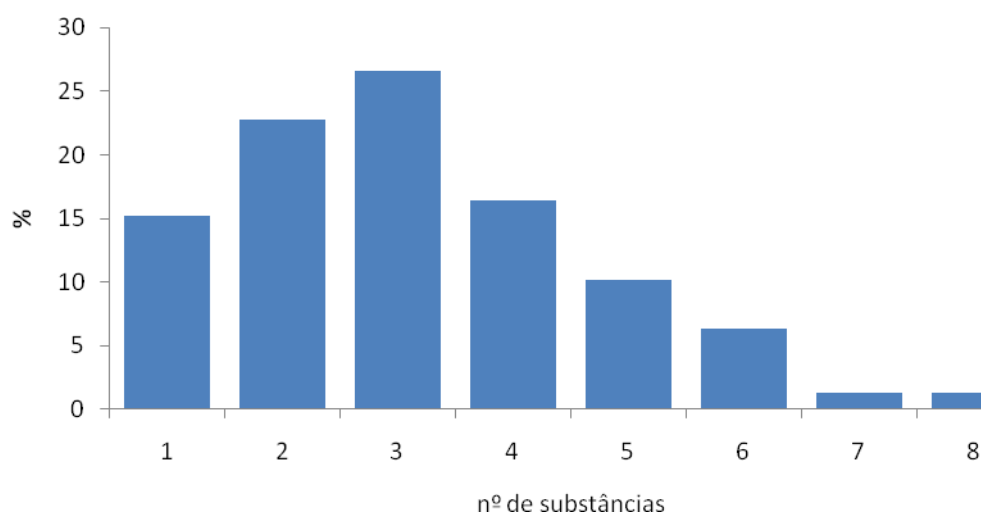
**Gráfico 21: Distribuição das substâncias consumidas por escalões etários (proporções)**



### Policonsumos

Tendo como base as substâncias consumidas à entrada do tratamento foi possível quantificar o número de substâncias (ou grupos de substâncias) que cada utente consumia, identificando assim melhor as situações de policonsumos. Constatou-se que quase metade dos Utentes sobre os quais se dispõe de informação sobre as substâncias consumidas consumia entre duas a três substâncias em simultâneo. Os casos máximos possíveis (7 e 8 substâncias em simultâneo) já são menos frequentes.

**Gráfico 22: Número de substâncias consumidas à entrada do tratamento (%)**



### Conclusão

Após o percurso apresentado resultante da análise dos dados de caracterização sócio-demográfica, redes sociais e recursos, internamento e substâncias psicoactivas dos Utentes da Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas da Associação Dianova Portugal, com alta clínica há pelo menos um ano, ficamos com um primeiro retrato do grupo de indivíduos em estudo.

Mas esta pesquisa pretende centrar-se nas trajectórias sociais de reintegração após processo terapêutico. Neste sentido, estamos a preparar um inquérito por questionário a aplicar telefonicamente a estes Utentes com o objectivo de apurar dados acerca das suas trajectórias no período posterior ao tratamento. Trajectórias que poderão ser de reintegração ou de recaída, mas que importa conhecer e mapear.



## Bibliografia

- Carvalho, Maria Carmo (2007), *Culturas juvenis e novos usos de drogas em meio festivo*, Porto, Campo das Letras.
- Copas, J.B., O'Brian, M.O., Roberst, J., and Whiteley, J.S. (1984). Treatment Outcome in Personality Disorder: the effect of social, psychological and behavioural variables. *Personality and Individual Differences*, 5, 565-573
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connel, J., Evans, C., Evas, R. and Margison, F. (2010). Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – The CORE ;Easures and system: measuring, monitoring and managing quality evaluation in the pshycological therapies. In M. Markham, G.E. Hardy and J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and Delivering Practice-Based Evidence*. Uk: John Wiley & Sons
- Henriques, Susana (2003), *O Universo do Ecstasy*, Azeitão, Autonomia 27
- Hornik, Robert C., (2002), "Public Health Communication. Evidence of Behaviour Change", LEA
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2009), *Relatório Anual 2008 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Kotler, Philip, Ned Roberto e Nancy Lee (2008), *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good* (Thousand Oaks, CA: Sage; ed. Original, 1989);
- Manning, N.P., Lees, J., and Rawlings, B. (1999). Therapeutic community effectiveness: a systematic international review of therapeutic community treatment for people with personality disorders and mentally disordered offenders. NHS Centre or Reviews and Dissemination, University of York, York, UK
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2009), *Relatório anual 2009: a evolução do fenómeno da droga na Europa*, Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia.
- Warren, F., Evans, C., Dolan, B., and Norton, K. (2004). Impulsivity and self-damaging behavior in severe personality disorder: the impact of democratic therapeutic community treatment. *Therapeutic Communities: the International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 25(81), 55-71