U.PORTO

FEP FACULDADE DE ECONOMIA UNIVERSIDADE DO PORTO

Análise Económica ao Projeto CRER- Resultados e Conclusões

Ana Amélia Cardoso Pereira

Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por

Professor Doutor Rui Alberto Ferreira dos Santos Alves

Setembro 2018

AGRADECIMENTOS

Ao longo da elaboração da presente dissertação, muitas foram as pessoas que comigo cooperaram e às quais quero deixar sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. Doutor Rui Alves, pela disponibilidade e paciência que sempre demonstrou, pelos comentários pertinentes, conselhos, críticas e opiniões.

Uma palavra de agradecimento a todos os que, de uma maneira ou outra, fizeram parte deste projeto, nomeadamente à Dr.ª. Joana Coutinho, do CRI Porto Central, à Câmara Municipal de Cinfães, em especial à Vereadora Profª Sónia Soares, ao ACES Tâmega I- Baixo Tâmega na pessoa do Dr. Reinaldo Roldão e aos colegas de trabalho da UCSP de Cinfães.

Um agradecimento em especial à minha equipa de trabalho do Projeto CRER, ao Dr. José Almeida, à Dra.ª Susana Pereira, à Dra.ª Adozinda Pereira, ao Dr. Hélder Cardoso e à D. Fernanda Rego, porque sem eles nada disto era possível.

Agradecer aos meus familiares, em especial aos meus pais, por todo o apoio, confiança e carinho.

Por último, agradecer à minha filha e ao meu marido pela força que sempre me deram, pela compreensão e pelo apoio incondicional.

RESUMO

Este estudo descreve o desenvolvimento do projeto Consulta, Reabilitação, Esperança e Reinserção (CRER), no concelho de Cinfães. A resistência encontrada em alguns utentes, quanto à aceitação dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) deve ser encarada como uma das variáveis significativas, para que se mantenha em funcionamento o projeto. O envolvimento da equipa multidisciplinar vem facilitar o emprego de uma metodologia adequada, no sentido de aprofundar determinados assuntos e, consequentemente permitir que os obstáculos sejam facilmente superados. É objetivo deste estudo caraterizar e explorar o consumo de álcool numa amostra portuguesa de indivíduos em idade adulta pertencentes ao projeto Consulta, Reabilitação, Esperança e Reinserção (CRER).

A amostra do projeto CRER carateriza-se por 97 utentes, dos quais cerca de 97% dos apresentam consumos de drogas lícitas (álcool e tabaco) e os restantes 3% dos utentes apresentam consumos de drogas ilícitas. Cerca de 76% da amostra pertence ao género masculino e o 42% dos utentes encontram- se entre as idades 45 e os 54 anos, o grupo etário predominante. No consumo por tipo de bebida, registam-se valores mais elevados no vinho, seguido de cerveja e finalmente de bebidas brancas.

Verificaram-se consumos de álcool mais elevados no sexo masculino. Entre os géneros e tendo em conta a idade não se observam diferenças de consumos, constatando-se no entanto que tendencialmente os consumos nos mais velhos são superiores.

Devido à gravidade deste problema em termos de saúde pública, é necessário uma intervenção precoce, estruturada e integrada, assim como um trabalho educativo contínuo.

Palavras-chave: Consumo de álcool; álcool; problemas ligados ao álcool; Projeto CRER.

ABSTRACT

This study describes the development of the project Consultation, Rehabilitation, Hope and Reintegration (CRER) in the county of Cinfães. The resistance shown by some of the patients to the acceptance of the problems related with alchool consumption must be seen as one of the meaningful variables, in order to make it possible to keep the project going. The involvement of the multidisciplinary team facilitates the use of an adequate methodology towards deepening certain matters and consequently allow that the obstacles are overcome easily. The aim of this study is to characterize and explore the alcohol consumption in a Portuguese sample including Portuguese adult individuals belonging to the project CRER.

The sample of the CRER project is characterized by 97 users, of which around 97% of the patients are using licit drugs (alcohol and tobacco) and the remaining 3% of patients are illicit drug users. About 76% of the sample belongs to the masculine gender and 42% of the patients are between the ages 45 and 54, the predominant age group. In consumption by type of drink, higher values are recorded in wine, followed by beer and finally spirit drinks.

There was a higher alcohol intake in males. Between the genders and taking into account the age it is not observed consumptions differences, being verified nevertheless that tendentially the consumptions in the older ones are superior.

Due to the seriousness of this problem in terms of public health, it is necessary an early, structured and integrated intervention, as well as a continuous educational work.

Keywords: alcohol; alcohol consumption; problems with alcohol; project CRER.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Relação de níveis de consumo, risco e intervenção

Figura 2: Algoritmo da Rede

Figura 3: Fluxograma Global da Rede

Figura 4: Fluxograma de Intervenção

Figura 5: Rede de Referenciação/Articulação

Figura 6: Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do AUDIT

Figura 7: Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do ASSIST

Figura 8: Relação de padrão de consumo injetável e respetiva intervenção no âmbito do ASSIST

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos Alcoólicos segundo as habilitações literárias 2005

Gráfico 2 - Distribuição por Género

Gráfico 3 - Distribuição por Género ao longo dos 3 anos projeto

Gráfico 4 - Tipos Consumos Projeto CRER

Gráfico 5 – Tipo de bebidas alcoólicas no projeto CRER

Gráfico 6 - Consumos de álcool por freguesia

Gráfico 7 - Relação utentes alcoólicos por polo saúde

Gráfico 8 - Divisão dos utentes por tipo de abuso alcoólico e por polo de saúde

Gráfico 9 - Divisão por grupo etário

Gráfico 10 - Grupos Etários ao longo dos 3 anos do projeto CRER

Gráfico 11 - Profissões dos utentes no Projeto CRER

Gráfico 12 - Educação dos utentes projeto CRER

Gráfico 13 - Teste *AUDIT*, níveis de consumo álcool

Gráfico 14 – Teste *ASSIST*, gravidade de consumos de substâncias

Gráfico 15 - Controlo consumos durante projeto CRER

Gráfico 16 - Tipo Controlo Consumos durante projeto CRER

Gráfico 17 - Entidade sinalizadora

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Enquadramento do concelho de Cinfães

Imagem 2 - Variação da população residente (2001-2011), por freguesia

Imagem 3 - Densidade populacional por freguesias em 2011

Imagem 4 - População residente por grupo etário

Imagem 5- Informação geral sobre UCSP Cinfães

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- População residente, por sexo e por freguesia

Tabela 2 - Indicadores demográficos

Tabela 3 - Índice de Envelhecimento por freguesia, em 2011

Tabela 4 - Taxa de Atividade da população residente em Cinfães e respetivas unidades de referência

Tabela 5 - População residente segundo o nível de instrução do concelho de Cinfães e suas freguesias

Tabela 6 – N.º de bebedores excessivos/doentes alcoólicos e alcoólicos inscritos no CRAC provenientes do Concelho de Cinfães

Tabela 7 – Distribuição dos Alcoólicos por sexo e grupo etário

Tabela 8 – Distribuição dos Alcoólicos segundo a situação profissional

Tabela 9 - Dados dos Indicadores referentes ao Projeto CRER

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ASSIST - Alcohol Smoking ad Substance Involvement Screening Test

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

C.A - Consulta de Alcoologia

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNAPA - Comité de Politica Nacional e Ação sobre o Álcool

CRAC - Centro Regional de Alcoologia do Centro

CRER - Consulta, Reabilitação, Esperança e Reinserção

CRI - Centro de Resposta Integrada

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CT - Comunidades Terapêuticas

DG S- Direção Geral de Saúde

EU - União Europeia

GABA - (Gamma-AminoButyric Acid) - Ácido Aminobutírico

hL - Hectolitros

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGESS - Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

IB - Intervenção Breve

ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários

IDT – Instituto Da Droga E Toxicodependência

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento na Europa

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PLA - Problemas Ligados ao Álcool

PNRCAD - Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

PNRPLA - Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependência

SNC - Sistema Nervoso Central

TAS - Taxa de Álcool no Sangue

UA - Unidade Alcoologia

UD - Unidade Desabituação

UDN - Unidade Desabituação do Norte

UCC - Unidade De Cuidados A Comunidade

UCSP – Unidade De Cuidados de Saúde Personalizados

WONCA - Organização Mundial de Médicos de Família

Índice

AGRADECIMENTOS ii
RESUMO iii
ÍNDICE DE FIGURAS v
ÍNDICE DE GRÁFICOS vi
ÍNDICE DE IMAGENS vii
ÍNDICE DE TABELAS viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS ix
INTRODUÇÃO 3
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA 6
1.SAÚDE MENTAL 6
1.1. PROBLEMÁTICAS ADITIVAS 12
1.2. ÁLCOOL 13
1.3. ALCOOLISMO EM PORTUGAL 19
CAPÍTULO II – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO 21
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO 21
2.1 REDE REFERENCIAÇÃO/ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS 22
2.2. TESTES CONSUMO ÁLCOOL 29
2.2.1. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test 30
2.2.2. ASSIST – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test 32
2.2.3 Intervenções Breves 35
2.3 PROJETO CONSULTA, REABILITAÇÃO, ESPERANÇA E REINSERÇÃO (CRER) 36
2.3.1. Objetivos gerais do Projeto 37
2.3.2. Critérios Referenciação 37
CAPÍTULO III – CARATERIZAÇÃO AMOSTRA 40
3. CARATERIZAÇÃO ÁREA GEOGRÁFICA 40
3.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA 41

3.2 UNIDADE CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP).....51
3.2.1. Consulta Alcoologia.....52
3.2.2. Projeto CRER.....55
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO RESULTADOS.....73
CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO.....76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....80
Anexos.....87
Anexo I- Mostra de utilização de Benzodiazepina em Portugal e Internacional.....88
Anexo II - Teste *AUDIT*.....1
Anexo III - Teste ASSIST.....3
Anexo IV- Cartão Resposta Teste ASSIST.....8
Anexo V- Composição Equipa Multidisciplinar.....1
Anexo VI- Utentes rastreados através da aplicação do *AUDIT* ou *ASSIST* 1
Anexo VII- Indicadores para obtenção do número de intervenções breves.1
Anexo VIII- Indicadores para obtenção do Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta.....1
Anexo IX- Indicadores para obtenção de utentes com continuidade de cuidados.....1
Anexo X - Distribuição das idades dos utentes no ano 2015 no projeto CRER.....1
Anexo XI - Distribuição das idades dos utentes no ano 2016 no projeto CRER.....1
Anexo XII - Distribuição das idades dos utentes no ano 2017 no projeto CRER.....4
Anexo XIII - Dados Estatísticos por ano do projeto CRER.....9
Anexo XIV - Dados Estatísticos do projeto CRER.....11

INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, na Faculdade de Economia do Porto. Este estudo centra-se em torno do álcool, uma problemática aditiva. O tema abordado nesta dissertação é bastante atual e recorrente, o que reforça a necessidade de informar não só os utentes mas toda a sociedade relativamente a este problema.

É inegável que as consequências da crise económica e financeira se refletiram no funcionamento dos sistemas de saúde e organizações de saúde quer públicas quer privadas. Por isso é necessário que os sistemas de saúde respondam com maior rapidez e eficiência aos novos desafios. Os princípios de equidade e solidariedade assumem, neste contexto, particular relevância na área da saúde.

Os níveis e o estado de saúde dos indivíduos está intrinsecamente relacionado com o seu patamar socioeconómico, os estilos de vida, os níveis de educação e o meio em que se inserem. O acesso aos cuidados de saúde de qualidade e em si mesmo também é um determinante da saúde das populações.

É um facto que as dificuldades e as crises representam oportunidades de desenvolvimento, mudança e reforma. Assim, a crise económica e financeira serve para descortinar estratégias de reforma dos sistemas de saúde mais eficientes, centradas nas necessidades das populações e que contribuam para uma real e efetiva melhoria da saúde geral das comunidades.

Um dos fatores que influencia o nível de saúde da nossa população é o consumo de álcool como substância psicoativa, uma vez que apresenta uma prevalência de consumo entre a população portuguesa com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, variando entre um mínimo de 73,6% (registado em 2012) e um máximo de 86,3% (registado em 2016/17), segundo dados provisórios do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependência (SICAD) em 2017.

Mundialmente o uso nocivo do álcool resulta na morte de 3,3 milhões de pessoas por ano. Portugal é, um dos países com maior consumo anual de álcool, na população adulta de 15 ou mais anos (12,9L de álcool puro/pessoa), superior aos 10,9L na Europa e com o dobro

do consumo médio mundial que se cifra nos 6,2L (Campos & Ribeiro, 2012; WHO, 2014). Por outro lado, anualmente, mais de cinquenta e cinco mil jovens europeus morrem tendo por causa o consumo excessivo de álcool, sendo esta a causa de mortalidade de 9% da população europeia (Corte-Real et al., 2008). Estima-se que em Portugal, existam cerca de setecentos e quarenta mil bebedores excessivos e quinhentos e oitenta mil doentes alcoólicos, o que torna o alcoolismo um importante problema de Saúde Pública (Campos & Ribeiro, 2012; WHO, 2014). O álcool por sua vez influencia cerca de 60 tipos diferentes de doenças. Também causa danos ao bem-estar e à saúde das pessoas ao redor do utente alcoólatra. O consumo não registado representa 25% do consumo total mundial. (WHO, 2014)

Desde sempre, o consumo de álcool faz parte dos hábitos das populações e assume-se como fazendo parte da cultura de maior parte das sociedades. Porém, o seu uso inadequado assume consequências para a saúde que afetam em grande parte a população de maior risco como a de adolescentes/jovens e adultos jovens (Gomes, Alves, & Nascimento, 2010), tornando-se um fator de exposição para problemas de saúde na idade adulta, assim como de aumento do risco de consumo excessivo ao longo da vida. O consumo abusivo, de modo reiterado ou em episódios isolados, constitui-se como um dos principais fatores de risco, quer para doenças cardiovasculares, quer para a ocorrência de acidentes de viação, os quais representam a maior causa de morte entre jovens, (140 vítimas mortais em acidentes de viação com uma TAS ≥ 0,5 g/l, segundo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P, a Autoridade Nacional Segurança Rodoviária e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI.) quer ainda para o consumo de outras substâncias, manifestação de desordens depressivas, ansiedade, conflitos na escola e diminuição do controlo cognitivo, menor rendimento escolar, consequências criminais, relações sexuais desprotegidas ou ocasionais e gravidez não programada (Bailey et al., 2014; Malta, Mascarenhas, Porto, Duarte et al., 2011; Mendes & Lopes, 2007; Reis et al., 2010; Santana & Negreiros, 2008; Wicki et al., 2010). Assim, os comportamentos de consumo de álcool ocupam um importante destaque nas preocupações relativas à promoção de comportamentos promotores de saúde, bem-estar e qualidade de vida dos jovens, o que é reforçado pelo facto de se tratar de um período de vida, por excelência, saudável, no qual se alicerçam conhecimentos, crenças e atitudes subjacentes aos comportamentos (Vinagre & Lima, 2006). Os contextos de consumo de álcool são muito variados, desde a própria casa, a bares, casa de amigos, etc. (Windle, 2003), mas trata-se de uma prática que está fundamentalmente associada a encontros sociais e por motivos de facilitação das relações aí

implicadas (Tavares et al., 2013; Wicki et al., 2010). Relativamente ao tipo de bebida alcoólica consumida, destacamos resultados referentes à realidade portuguesa e, nesse âmbito o consumo de vinho e cerveja ganham para as bebidas destiladas. Diversas são as variáveis referidas na literatura como associadas ao consumo de álcool, quer de natureza demográfica, económica, social ou individual. Nos adultos, os homens são os maiores consumidores e continua a verificar-se um aumento com a idade (Van Beek et al., 2014). Em Portugal, Matos et al., (2002) verificaram, com uma amostra portuguesa a nível nacional, que o género masculino apresenta frequências superiores de experiência, regularidade e abuso de consumo. A tendência atual é para um início mais precoce de consumo de álcool, bem como a existência de problemas associados em idades cada vez mais jovens, o que representa maior gravidade se pensarmos nisto como um fator potenciador da dependência (Bell et al., 2014). Trabalhos recentes efetuados em adultos dos 18 aos 97 anos concluem que a ingestão de álcool em gramas/dia aumenta com a idade (Van Beek et al., 2014).

Pelo que atrás foi referido, é objetivo do presente trabalho avaliar os resultados do Projeto CRER no intuito de fornecer dados concretos que ajudem os profissionais da área intervir para um melhor funcionamento deste projeto, visto que só conhecendo bem estes utentes é que podemos saber como intervir junto deles e das suas famílias de uma forma eficiente. Só refletindo sobre as questões de identificação e as suas dificuldades poderemos sugerir estratégias cada vez mais eficazes para prevenir o uso do álcool e para intervir o mais precocemente possível. Face ao exposto, o principal objetivo da atual investigação baseia-se na avaliação do projeto CRER, em utentes com dependência alcoólica.

Assim, a estrutura do presente trabalho consiste em cinco capítulos principais. A primeira parte (capítulo I) corresponde ao enquadramento teórico com uma revisão de literatura sobre o álcool e os problemas ligados ao álcool, de forma a enquadrar a problemática em estudo e a destacar os dados mais importantes relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas. Na segunda parte (capítulo II) fazemos a conceptualização do projeto de estudo. Na terceira parte (capítulo III) é feita a caraterização da amostra de estudo. Na quarta parte (capítulo IV) realizamos a análise e a avaliação dos resultados além de procedermos a uma breve discussão dos mesmos. Por fim na parte seis (Capítulo V), realizamos uma breve conclusão com as principais contribuições da dissertação, limitações e pistas para trabalho futuro.

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA

1.SAÚDE MENTAL

Existem muitas maneiras de melhorar a vida das pessoas com transtornos mentais. Uma maneira importante é aquela que oferecem as boas políticas, bons planos e bons programas que resultem em melhores serviços. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde mental como "o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere." (OMS, 2002) Portanto, a OMS (2002) define a Saúde Mental não só "como a ausência de doença, mas como uma situação de bem-estar físico, mental e social" e "Esta definição reflete a importância da saúde mental no mundo atual, onde se assiste a um elevado e alarmante aumento das perturbações mentais, não se trata apenas da ausência de doença, mas sim um bem-estar em que nos permite responder de forma positiva às adversidades". Deste modo, o conceito de saúde não é igual para todas as pessoas, depende do indivíduo, dos contextos económicos, sociais, culturais e políticos onde se encontra inserido. Verifica-se ainda uma tendência para separar a saúde mental da saúde física. Porém, elas são inseparáveis, não há saúde física sem saúde mental., o que não se resolve na mente, o corpo transforma em doença (OMS, 2002). Para a OMS (2002), "saúde mental é então fundamental para o bem-estar das pessoas e é indivisível da saúde em geral". Sabemos que na nossa vida é difícil manter a saúde mental perante determinadas dificuldades e/ou acontecimentos, o que não nos torna necessariamente doentes mentais. Procurar ajuda dos profissionais de saúde mental nestes momentos de perturbação é o primeiro passo para nos ajudar a pensar e resolver o que se passa na nossa mente, para que não se reflita depois no nosso corpo, nos nossos comportamentos e relações e conseguirmos assim encontrar a harmonia necessária para sermos o mais saudáveis que conseguirmos ser. O conceito de saúde mental tem evoluído ao longo do tempo, integrando vertentes que o tornam cada vez mais abrangente. (OMS, 2002)

Em virtude da dificuldade de definir saúde mental dada a quantidade de fatores que dessa definição teriam que fazer parte, em 2005, a OMS reformulou a definição de saúde mental para "um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz

de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade". (WHO, 2013)

Assim, para a OMS a saúde mental está ligada ao bem-estar e à saúde física, visto que são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e integral do indivíduo, para que ele se sinta como uma pessoa integrada na sua comunidade e possa desenvolver todas as suas potencialidades para o seu bem e bem da comunidade em que se insere. (WHO, 2013)

A definição de doença mental refere-se ao sofrimento, incapacidade e morbilidade devido a perturbações mentais e neurológicas, e por uso de substâncias (WHO, 2013), podendo ainda surgir devido a fatores genéticos, biológicos e psicológicos, bem como a condições sociais adversas e fatores ambientais (WHO, 2013). Portanto, é a ausência destas perturbações e não só que dita a existência de saúde mental.

A saúde mental é a base do bem-estar geral, tal como a velha máxima preconiza ¨mente sã, em corpo são" ou, noutra formulação, "não há saúde sem saúde mental". O estado de saúde, assim como o de doença, ocorre quando um conjunto de sintomas a um nível específico interfere com o funcionamento cognitivo e/ou social. Para WHO, (2013) "a saúde mental pode ser operacionalizada como uma síndrome de sintomas de bem-estar emocional e o reconhecimento da capacidade de realização do potencial intelectual e emocional num indivíduo". O bem-estar constitui uma perceção individual, uma avaliação da própria vida, mediante o estado emocional e o funcionamento psicológico e social. Quando existe sofrimento emocional e a relação com familiares e amigos não for suficiente para os resolver, importa pedir ajuda a profissionais do sector, a começar pelo respetivo médico de família. Para a redução da qualidade da saúde mental concorrem motivos pessoais, circunstanciais e constitucionais: há pessoas mais vulneráveis emocionalmente a acontecimentos de vida adversos. (WHO, 2013)

Portugal é, há anos, o maior consumidor europeu de benzodiazepinas (os tranquilizantes mais frequentes ou ansiolíticos) (Anexo I), com valores também relevantes nos antidepressivos e nas bebidas alcoólicas. As perturbações mentais comuns são uma das principais causas de incapacidade para a atividade produtiva, expressa, por exemplo, pelo elevado número de baixas e de reformas para a atividade profissional. (OCDE,2017) Quer as benzodiazepinas quer o álcool induzem dependência e tolerância, tendo, entre outros, um efeito meramente sintomático: não interferem na origem do sofrimento psíquico, apenas na

expressão dos seus sintomas, com várias ações adversas possíveis: défice cognitivo (memória, quadros demenciais) nas benzodiazepinas em toma prolongada; comportamentos de risco e indução de depressão nas bebidas alcoólicas.

A manifestação da saúde mental mede-se pela capacidade:

-Adaptação a novas circunstâncias de vida/mudanças;

-Superação de crises e resolução de perdas afetivas e conflitos emocionais;

-Ter capacidade de reconhecer limites e sinais de mal-estar;

-Ter sentido crítico e de realidade mas também humor, criatividade e capacidade de sonhar;

-Estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade;

Os governos tiveram que adotar políticas e leis que reduzissem os problemas ligados ao consumo excessivo de álcool intrinsecamente ligado a saúde mental e bem-estar dos indivíduos. Nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril, "o Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, reunido em 30 de junho de 2014, aprovou o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (PNRCAD) e o Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016, com o objetivo de reduzir significativamente um amplo leque de comportamentos aditivos e dependências". A integração dos problemas ligados ao álcool (PLA) na Estrutura de Coordenação criada pelo Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro, e reformulada pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril, "constituiu uma mais-valia para a política de redução dos problemas ligados ao uso nocivo do álcool, que passou assim a usufruir das sinergias já instituídas e dotou organismos, com competências comparativamente residuais nessa área, com o conhecimento especializado das redes de atores mais diretamente implicados". Têm sido feitos estudos sistemáticos no sentido de avaliar estatisticamente a prevalência do consumo do álcool e o seu reflexo a nível pessoal, interpessoal, profissional e social. Da leitura global dos resultados relativos às metas específicas do PNRPLA (2010-2012) concluiu-se que, "relativamente às tendências dos consumos, as prevalências de consumo e alguns padrões de consumo nocivo de álcool (consumo *binge* e embriaguez) baixaram entre 2007 e 2012, nomeadamente na população jovem", de acordo com os resultados do III Inquérito Nacional ao Consumo de

Substâncias Psicoativas na População Portuguesa, 2012. Contudo esta redução não obteve os valores desejados, visto que existem outros indicadores preocupantes que importa referir, designadamente porque, apesar da diminuição da prevalência de embriaguez no último ano (pelo menos uma experiência) na população jovem entre os 15-19 anos, aumentou a frequência das situações de embriaguez entre os jovens consumidores no último ano (Balsa, Vital & Urbano, 2013). Acresce que existem outros estudos que apontam para um aumento de alguns padrões de consumo nocivo de álcool entre os jovens, nomeadamente os estudos em contexto escolar verificando-se entre 2007 e 2011 aumentos das prevalências de embriaguez nos últimos 12 meses, em todas as idades entre os 13 e 18 anos inclusive (Feijão, Lavado & Calado, 2012).

Entre as diversas medidas e regulamentações governamentais relativas ao consumo nocivo do álcool, figuram estratégias que têm tido resultados visíveis e positivos de caráter quase imediato pelo acompanhamento feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o uso nocivo do álcool. Um dos instrumentos mais relevantes da ação recente da OMS, a Estratégia Global para reduzir o uso nocivo do álcool, foi adotado na 63.ª Sessão da Assembleia Mundial da Saúde, que teve lugar em 2010. A Estratégia promove uma série de medidas de comprovada eficácia para reduzir os efeitos nocivos do álcool. No respeitante à regulação ou proibição de venda de bebidas alcoólicas, incluem-se a tributação sobre o álcool para reduzir o consumo, a redução da disponibilidade, diminuindo os postos de venda, o aumento da idade mínima dos compradores e o uso de medidas eficazes no que toca à condução sob o efeito de álcool. A Estratégia Global promove ainda a intervenção dos serviços de saúde, no sentido de alterar padrões de consumo nocivo e tratar as alterações de saúde associadas ao consumo de álcool, e a realização de campanhas educativas e de informação de apoio às medidas políticas. (SICAD,2013)

"O Escritório Regional da OMS para a Europa elaborou, em estreita articulação com os Estados Membros, o Plano de Ação Europeu em matéria de Álcool para o período 2012-2020 como resposta da região Europeia à implementação da Estratégia Global". (SICAD,2013)

A Comissão Europeia adotou em outubro de 2006 uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool. Esta Estratégia concentrou-se na prevenção e na redução dos padrões de consumo nocivo de álcool pelos jovens menores, bem como em algumas das suas consequências mais nefastas, tais como os

acidentes de viação provocados pelo álcool e a síndrome alcoólica fetal. Deste modo foi criada uma estrutura para promover o intercâmbio de boas práticas e acompanhar a implementação da Estratégia, nomeadamente o Comité de Política Nacional e Ação sobre o Álcool (CNAPA) e o Fórum Europeu Álcool e Saúde. (SICAD,2013)

Sempre preocupados com a problemática do consumo nocivo do álcool, os estados membros representados no CNAPA incentivaram Portugal a assumir o papel "*main partner*", isto é, apresentar a proposta de Ação Comum e coordenar todos os demais parceiros envolvidos. Ainda ao nível da UE, importa mencionar a decisão da Comissão Europeia de se apresentar uma proposta de Ação Comum - *Joint Action*, no âmbito do Segundo Programa Plurianual de Ação da UE no domínio da Saúde, para apoiar os Estados Membros na implementação da Estratégia da UE em matéria de álcool. (SICAD,2013)

Assim, e com objetivo de reduzir o uso nocivo do álcool os estados têm ao seu dispor um conjunto de medidas que fazem parte da estratégia global da OMS e que têm como conteúdo a disponibilidade e acessibilidade do álcool, designadamente a localização dos pontos de venda, a densidade dos locais de venda, a emissão de licenças específicas para venda, as horas de abertura e encerramento dos estabelecimentos, a venda a menores, com o marketing e publicidade, designadamente a publicidade feita por menores e ou dirigida a menores, o tipo de publicidade e locais, como por exemplo, televisão, rádio, o cinema e *"outdoors*", a política de preços, nomeadamente os impostos diretos sobre o consumo, o preço mínimo, as "*happy hours*" e promoções, bem como a redução do impacto do álcool ilegal, não registado e falsificado, medidas que os Estados podem sempre, consoante as suas especificidades próprias, aplicar. (SICAD,2013)

No domínio dos problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas e respetivo tratamento, e segundo a Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2014 verificou-se que, em 2011, o número de utentes integrados na rede pública de tratamento de substâncias ilícitas/álcool foi de 45.863 em ambulatório, dos quais 38.292 atendidos nos Centros de Respostas Integradas (CRI) e 7.571 nas Unidades de Alcoologia (UA), sendo o número de novos admitidos no mesmo ano de 10.373, distribuindo-se por 8.492 nos CRI, 5.960 pela primeira vez inscritos nestas estruturas do Instituto Da Droga E Toxicodependência- Instituto Português (IDT), dos quais 36 % admitidos por problemas ligados ao álcool e 38 % pelo consumo de substâncias psicoativas ilícitas) e 1.881 nas UA. Na rede pública e convencionada, o número de internamentos foi de 3.142 em Comunidades

Terapêuticas (CT), 1.804 em Unidades de Desabituação (UD) e 811 nas UA. Em contexto prisional, cerca de 1.184 reclusos iniciaram programas farmacológicos (503 da responsabilidade do Estabelecimento Prisional e 681 em articulação com o IDT,IP) e 223 reclusos estiveram inseridos em Unidades Livres de Drogas. Por sua vez, em 2011, o número de utentes sem enquadramento sociofamiliar de estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) apoiadas pelo IDT foi de 12.550 (IDT, 2012; SICAD, 2012).

A grande maioria dos utentes integrados nestas estruturas de tratamento e de RRMD são do sexo masculino (de um modo geral, acima dos 80 %). Considerando as etapas do ciclo de vida e respetivos períodos críticos, as modas e médias de idades dos utentes destas estruturas situam-se nos grupos etários dos 35-44 anos, com a média etária dos utentes com problemas relacionados com o consumo de substância ilícitas tendencialmente próxima do extremo inferior e também a dos utentes com PLA. Com efeito, a procura de tratamento no caso dos utentes com PLA acima destes grupos etários, e em particular entre os 45-54 anos, é também bastante relevante e significativamente superior ao dos utentes com problemas relacionados com o consumo de substância ilícitas (IDT, 2012; SICAD, 2012).

Em Portugal continental, no âmbito do consumo nocivo de álcool, em 2011, ocorreram 3,163 episódios de internamento por grupos de diagnósticos homogéneos. Destes, 202 apresentavam cirrose e hepatite alcoólica, e 218 acabaram em óbito. No mesmo ano, verificou-se que os episódios de internamento continuaram a aumentar ao longo do ciclo de vida, atingindo um valor máximo de 868 utentes entre os 50-59 anos, idade a partir da qual se assiste a um progressivo decréscimo no número de casos. Com efeito, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos em Portugal Continental foi de 12,7 % em 2011, sendo cerca de seis vezes superior no sexo masculino comparativamente ao feminino. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), as doenças atribuíveis ao álcool são uma das 10 principais causas de mortalidade prematura entre os homens em Portugal Continental (DGS, 2012).

1.1. PROBLEMÁTICAS ADITIVAS

Nos dias de hoje, as adições e dependências constituem um gravíssimo problema de saúde pública e há uma propensão cada vez maior para lidar com este problema encarando-o na sua globalidade, e não apenas o consumo de uma ou outra substância em particular, e a totalidade dos problemas que este pode causar, não se limitando apenas à questão da dependência em si (Borges e Filho, 2007). No campo das adições pode-se falar numa série de comportamentos problemáticos cujo desenvolvimento pode levar a uma situação em que a vida do indivíduo e das pessoas que o rodeiam é afetada de forma negativa nas mais diversas áreas. (Nunes e Jólluskin, 2007). O uso de drogas remonta à antiguidade onde eram consumidas substâncias psicoativas e que têm vindo a atravessar todos os períodos da história das civilizações, tendo ganho cada vez mais raízes. Esta relação de proximidade entre o consumo de drogas e o homem é reveladora do desejo do ser humano de alterar periodicamente a consciência através de drogas ou quaisquer outros meios (Pires, S. 2004). Noto et al (2003) alerta que, todas as drogas têm potencial para modificar o Sistema Nervoso Central (SNC) e são reforçadoras do uso. Podemos observar que o uso de drogas lícitas como ilícitas são uma solução mágica para os utentes, para os seus conflitos interiores e exteriores assim como para resolver conflitos familiares. "O uso de substâncias adquire significados diferentes em cada indivíduo e situa-se num determinado contexto cultural e social que lhe dá significado, persistindo na medida em que desempenha uma determinada função a nível físico, psíquico e social." (Rosa, Gomes, Carvalho, 2000, p.15). As consequências dos consumos de substâncias lícitas ou ilícitas são mais que diversas e ocorrem no imediato ou a longo prazo. Freitas (2008) refere que devido aos comportamentos de risco/uso excessivo de substâncias o indivíduo apresenta consequências de carácter imediato que incluem alterações ao nível da vida pessoal e profissional, comportamentos ilegais ou comprometimento grave da saúde. Na atualidade, o abuso de substâncias psicoativas é encarado como um problema social e de saúde pública. Fatores de ordem biológica, psicológica e cultural contribui para a génese e manutenção da dependência (Seibel e Toscano 2000). Neste trabalho vou focar-me nas drogas lícitas, em particular na adição ao álcool, isto porque, a grande maioria dos utentes do projeto são para desabituação alcoólica. As adições são substâncias que causam dependência física. O termo adição abrange todo o conjunto de

perturbações comportamentais associadas a hábitos, dependências ou excessos. (Valleur, 2002, cit in Nunes e Jólluskin, 2007).

1.2. ÁLCOOL

Ao longo dos tempos, o álcool foi obtendo uma importância desmedida, quer como substância de caráter quase fantástico, servindo como fonte de celebração, de ritualização, de lazer, de gozo, proporcionando bem-estar, quer como fonte de rendimento e benefício comercial de elevado valor, fator de desenvolvimento económico para alguns países, incluindo o nosso (IDT, 2009). Desde os primórdios que são conhecidos os efeitos nocivos causados pelo uso do álcool, levando-nos a pensar, através da existência de elementos arqueológicos e bibliográficos que a utilização das bebidas alcoólicas pelo Homem e o respetivo conhecimento dos seus efeitos prejudiciais remontam a algumas dezenas de milhares de anos antes de Cristo (BARRIAS, J. [et al.], 2001).

Será interessante referir que a palavra alcoolismo e o respetivo conceito como doença e não apenas vício foi só introduzido na segunda metade século XIX, tendo sido França o país que mais cedo valorizou o crescente consumo médio anual de álcool. Várias definições têm surgido sobre esta matéria. (IDT, 2009) À OMS deve-se um grande valor na definição desta problemática. Entre as numerosas definições que lhe são atribuídas, destaca-se a que considera o alcoolismo como doença e o alcoólico como doente, fazendo referência às diversas repercussões na saúde do indivíduo e daqueles que o rodeiam. (IDT, 2009)

O álcool é um depressor do sistema nervoso central que atua nos recetores do ácido aminobutírico (Gamma-AminoButyric Acid- GABA) e figura na principal substância que é usada abusivamente pelos jovens. A ingestão de álcool está muito associada a acontecimentos sociais e culturais podendo proporcionar aos indivíduos ou consumidores momentos agradáveis e de prazer. (Antonanzas, Ibeas, Barco, Ramírez & Pinillos, 2008) Surgem também diversos problemas físicos, sociais e familiares. Na maioria dos casos, o consumo de álcool começa no início da adolescência mas aumenta mais a partir dos 20 anos de idade. (BARRIAS, J. [et al.], 2001)

"Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando

perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais." (Mello, 2001, pp. 15)

"Alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devem submeter-se a tratamento." (Mello, 2001, pp. 15)

"Problemas Ligados ao Álcool, ou simplesmente problemas de álcool, é uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado." (Mello, 2001, pp. 15716)

Esta perspetiva alargada ultrapassa já o simples conceito de Alcoolismo como doença, alvo de cuidados médicos. Os problemas ligados à dependência alcoólica, se bem que extensos e graves, "não representam senão uma pequena parte de todos os problemas ligados ao álcool." (Mello, 2001, pp. 16)

O consumo de álcool faz parte da cultura portuguesa, tanto mais que somos um país produtor dos melhores vinhos do mundo. É considerado um dos grandes consumidores a nível mundial. (DGS, 2001) O consumo do álcool tem vindo aumentar ao longo dos anos. Em 1999 a produção de álcool foi de 7,8 milhões de Hectolitros (hL) de vinho, ocupando deste modo o 9.º lugar como produtor mundial e a produção de cerveja, em cerca de 6,8 milhões de hL (DGS, 2001). Os consumos do álcool estão enraizados na cultura portuguesa assim como na restante Europa, sendo assim um dos países mais consumidores a nível mundial. (DGS, 2001). Segundo a DGS (2012:6), o álcool é a terceira causa de doença e morte prematura a nível mundial. No contexto europeu, o álcool assume-se também como o terceiro fator de risco de morbilidade e mortalidade. Para além disso, o álcool é um fator de risco para várias doenças, como neoplasias, doenças cardíacas e cerebrovasculares, doenças hepáticas, e quando consumido durante a gravidez, está ainda relacionado a alterações no desenvolvimento cerebral fetal, que pode originar défices intelectuais (DGS, 2012). Na população portuguesa, o consumo de álcool é algo que está enraizado na própria cultura, assim como, em muitas outras sociedades. Esta situação acaba por trazer novos desafios para a saúde pública, pois o consumo excessivo de álcool associa-se a um grande

conjunto de consequências individuais e sociais, que se refletem ao nível da mortalidade, morbilidade, incapacidade devido a acidentes e doenças que provoca, falta de produtividade no trabalho, dificuldades de aprendizagem, violência e acidentes de viação (Pedrosa et al, 2004). Por todas as consequências apresentadas, e pelo impacto negativo que o consumo em excesso de álcool acarreta para a vida dos indivíduos, é necessária uma abordagem terapêutica na desintoxicação mas também nas terapêuticas de intervenções que visem uma mudança do tipo de comportamento e que se manifeste a longo prazo.

Por definição, "o alcoolismo é uma doença crónica progressiva caraterizada pela perda de controlo sobre o uso do álcool e que acarreta graves consequências sociais, legais, psicológicas e físicas subsequentes". É considerada a droga mais antiga do mundo que muda mentes e emoções segundo Moreno et al (2009) e a Federação das Comunidades Terapêuticas (2001). Segundo a organização Mundial da Saúde (OMS), "o alcoólico é aquela pessoa que bebe em excesso e cuja dependência tenha alcançado um grau tal que determine o aparecimento de perturbações visíveis, tanto interpessoais ou intrapessoais, como físicas, comprometendo o seu adequado funcionamento social e económico". Sob esta conceção, a pessoa dependente do álcool passa a ser apenas parte de um problema cujas consequências atingem, diretamente, a sua família, avançando, simultaneamente, nas dimensões social, económica, cultural, intelectual, emocional e biológica, que constituem o seu contexto de vida (Paidos, 1992). Por sua vez, os consumos excessivos de álcool no organismo originam vários distúrbios fisiológicos tais como como pancreatite, hepatite, gastrite, hipertensão, fraqueza em membros inferiores, convulsões, quedas frequentes e tremores matinais; distúrbios psicológicos tais como como irritabilidade, nervosismo, insónia, falta de concentração, prejuízo de memória; além de problemas sociais como perda da produtividade, faltas no trabalho, uso de violência com amigos e familiares, perda de responsabilidade, entre outros (LARANJEIRA R, PNSKY I, 2001). O álcool é considerado uma droga psicotrópica que atua ao nível do sistema nervoso central, e o seu consumo excessivo é encarado pela OMS como uma ameaça à Saúde Pública mundial. Tem uma ampla aceitação social e exerce grande peso como causa de problemas de saúde (Pereira, 2003). Vários estudos (e.g., Abbey, Smith, & Scott, 1993; Fromme & Ruela, 1994) indicam que o consumo de álcool entre adultos é influenciado pela atual perceção que cada um tem do consumo da sua rede social. As normas da rede social são importantes para incentivar/encorajar ou manter uma variedade de comportamentos preventivos de saúde (Leonard, 1995). O "consumo do álcool é um dos hábitos sociais mais antigos e difundidos entre as populações, já que está

correlacionado a ritos religiosos, valores sociais e culturais, além de lhe ser conferido efeitos como calmante, afrodisíaco, estimulante de apetite, desinibidor", entre outros. (Edwards G, 1999) Além do mais, "a cultura pode influenciar o padrão e o contexto, assim como a quantidade do consumo de álcool e o padrão desse consumo pode, por sua vez, ser um determinante importante dos problemas com bebida" (Edwards G, 1999).

Esta doença faseia-se em várias etapas de acordo com Sequeira (2006, p. 126) refere que "o alcoolismo tem várias etapas (…) Etapa da bebida excessiva, Etapa da dependência alcoólica e Alcoolismo crónico." A primeira traduz-se no facto do álcool passar a ser imprescindível na vida do indivíduo. Na segunda fase, o indivíduo perde o controlo sobre o consumo de álcool e começa a beber compulsivamente e por fim a fase do alcoolismo crónico em que o indivíduo passa o dia a beber, apresentando sintomas físicos ("*delirium tremens"*) e mentais graves. Também a OMS classifica os consumos de álcool em etapas, sendo elas, segundo o Portal da Saúde: "Consumo de risco - é um padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental se esse consumo persistir. Consumo nocivo - é um padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais. Todavia não satisfaz os critérios de dependência. Dependência - é um padrão de consumo constituído por um conjunto de aspetos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool, desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos apesar das consequências, uma grande importância dada aos consumos em desfavor de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool (necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir o efeito desejado ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade) e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado".

Como qualquer doença de cariz aditivo, que provoca dependência, os seus reflexos e repercussões são rapidamente evidentes no âmbito familiar e muitas vezes profissional e os estudos indicam que os filhos de alcoólicos têm forte aptidão para eles próprios se tornarem alcoólicos. Alguns autores chegam a estimar que para os filhos de alcoólicos o risco para desenvolver dependência ao álcool, na idade adulta, é três vezes maior do que para aqueles cujos pais não são alcoólicos (Glitow, 1991). Na nossa sociedade, o uso de bebidas alcoólicas começa muito cedo, por norma no início da adolescência, com um grupo de amigos e/ou em casa com os familiares. Segundo vários estudos ninguém nasce dependente de nenhuma drogas, a pessoa é que desenvolve uma relação que evolui ou não para a dependência. Não

existe nenhum fator que determine de uma forma definitiva quais as pessoas que ficariam dependentes das drogas ou não. Segundo Mello, Barrias, Breda, (2001) "na realidade trata-se de uma combinação de fatores que contribuiriam para que algumas pessoas tivessem maiores possibilidades de desenvolverem problemas em relação às drogas durante algum período da sua vida". Existem depois vários fatores que podem facilitar a dependência do álcool, entre os quais os individuais, psicológicos, os externos e também a constituição genética (tendo em conta que existe uma grande variação individual na tolerância do álcool) (Mello, Barrias, Breda. 2001). Daqui, podemos concluir e ainda segundo o mesmo autor, que o alcoolismo não tem uma única causa, mas sim várias causas, que podem coexistir na mesma situação, tais como:

Fatores genéticos – o fator genético ou hereditário, é comprovado pelo fator morbilidade alcoólica ser cerca de três a quatro vezes maior nos descendentes de alcoólicos crónicos;

Depressão – as doenças depressivas estão muito associadas ao alcoolismo. É frequente o refúgio no álcool quando surgem sentimentos de tristeza, angústia, desinteresse pela vida, entre outros;

Ansiedade – as perturbações de ansiedade estão muitas vezes associadas ao alcoolismo. Esta situação é explicada pelo efeito ansiolítico proporcionado pelo álcool;

Fatores socioculturais – o consumo de álcool em idades muito precoces pode ser motivado por razões socioculturais.

A presença de hábitos familiares de ingestão de álcool é também uma das situações que concorre para as causas de alcoolismo. Outro aspeto relevante é a própria personalidade. Existem algumas personalidades mais predispostas ao abuso do consumo de álcool, um exemplo, é a perturbação de personalidade antissocial. Por outro lado, alguns indivíduos com um certo grau de "fobia social" podem utilizar o álcool (efeito excitante e desinibidor) para melhorarem o seu relacionamento social. (Mello, Barrias, Breda. 2001)

Como refere Salvador, (2008) há uma longa tradição de consumo de álcool até mesmo ritualizado no acompanhamento das refeições e faz parte dos hábitos alimentares de várias culturas entre as quais a cultura portuguesa. O consumo de álcool é incentivado por parte de vários setores, nomeadamente turismo, restauração, indústria produtora e setor das diversões. A dependência do consumo de álcool e o consumo habitual de bebidas alcoólicas contribui significativamente para o aumento da taxa de mortalidade e afeta seriamente a

sociedade portuguesa. (Pereira, 2003) A taxa de mortalidade de doenças atribuíveis ao álcool dos 0-65 anos em Portugal, é de 10,6% em 2006, sendo na região Norte do país a mais elevada (12.8%), (Ministério da Saúde, 2008). O consumo de álcool abrange também a população mais jovem. Atualmente assiste-se a um aumento de consumo de álcool por parte dos jovens e com início em idades cada vez mais precoces. No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal, o consumo anual *per capita* (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) era em 2009 de 13,43 litros (álcool puro), um pouco superior à média europeia, apesar de a percentagem de abstinentes ao longo da vida ser bastante superior à média europeia, quer no sexo masculino (18,6%) quer no feminino (32%) (WHO Regional Office for Europe, 2012). Em 2012, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida e 60% tinha consumido nos últimos 12 meses. Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual), estes são sempre superiores no sexo masculino. O consumo recente (últimos 12 meses) concentra-se nas idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Entre a população portuguesa de 15-74 anos, considerando o período dos últimos 12 meses, a prevalência de padrões de consumo excessivo episódico ("*Binge drinking*") era de 7,4 %, e a de embriaguez no sentido restrito (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e ou não recordar depois o que aconteceu) era de 5,1 %, sendo estas prevalências mais elevadas nos grupos etários mais jovens, designadamente entre os 15-24 anos (13,2 % e 12,8 % respetivamente) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

As idades médias do início dos consumos abusivos de substâncias ilícitas, álcool e benzodiazepinas situam-se entre os 16 e 23 anos. (SICAD, 2013). Estes números foram registados entre os utentes que em 2011 procuraram tratamento e nas Unidades de Desabituação (UD) e nas Comunidades Terapêuticas (CT) públicas,

A ingestão de álcool sem controlo pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade. Em estado de embriaguez, o indivíduo apresenta comportamentos que infringem a ordem pública e a lei e pode cometer delitos de violência, que são mais frequentes na embriaguez dita "patológica". Os delitos e crimes do alcoólico crónico tomam aspetos diferentes, encontrando-se, segundo alguns autores, mais diretamente relacionados com o tipo de personalidade e sintomatologia psíquica de doença alcoólica. É o caso dos delitos e crimes sexuais, de homicídios cometidos

por alcoólicos com delírio de ciúme ou com um núcleo paranóide. (Mello, Barrias, Breda. 2001) Em síntese, diríamos que os problemas ligados ao álcool na comunidade passam por perturbações nas relações sociais e da ordem pública, ou seja, todas as consequências individuais têm repercussões ao nível macro, traduzindo-se em delitos, atos violentos, criminalidade, desemprego, degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da Comunidade, acidentes de viação. Este alcoolismo, à luz do que já foi dito, enquadra-se numa lógica de fenómeno cultural. No fenómeno do consumo de álcool é de salientar o papel das famílias e da sociedade na resistência a uma mudança de costumes e na transmissão de falsos conceitos e modelos culturais de utilização do Álcool. (Mello, Barrias, Breda. 2001)

1.3. ALCOOLISMO EM PORTUGAL

Em Portugal, como já foi referido, o consumo de bebidas alcoólicas é muito elevado e merece especial atenção por parte dos governos e setores da saúde responsáveis pela promoção de estilos de vida saudáveis. Sendo um produto legalizado, que se pode produzir, distribuir e consumir quase livremente, isto porque, temos que agir de acordo com as leis, o álcool continua a ser visto como um tipo especial de bem de consumo. Os problemas ligados ao álcool em Portugal, embora antigos, estão em agravamento acentuado. As suas repercussões expressam-se, por um lado, pela ligação às principais causas de mortalidade – cirrose hepática, neoplasias do aparelho digestivo, miocardiopatias, para além do resultado dos acidentes de viação e de trabalho. Por outro, pela relação relevante com muita morbilidade psicossocial, como são muitos dos conflitos laborais, sociais e familiares e várias perturbações do foro emocional e intelectual nas crianças e cônjuges dos bebedores excessivos, sendo, na maioria das vezes, a origem de violência familiar, de analfabetismo e de desemprego, para além da Síndrome Alcoólica Fetal derivada do consumo materno de álcool na gravidez.

Normalmente o início da ingestão de bebidas alcoólicas ocorre no seio familiar alargando-se progressivamente ao local de trabalho e outros conceitos sociais. Em Portugal, o utente alcoólico é aquele que, provavelmente, inicia o consumo de bebidas alcoólicas durante a infância, tendo por isso uma esperança média de vida de cerca de 50/55 anos. A dependência surge após um longo período de alcoolização. Ainda ao nível da comunidade existe uma associação entre consumo de álcool e a prevalência de assaltos e homicídios, sendo o álcool

elemento implicado em muitos problemas na ordem pública: crime, homicídio e violência. Em Portugal, um estudo realizado em Estabelecimentos Prisionais (1985) mostra que cerca de 40% da população reclusa estava direta ou indiretamente ligada ao consumo de álcool (homicídio, em 44%; furto, em 27%; fogo posto, em 5% e violação em 1,5%).

CAPÍTULO II – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

SICAD (2015) refere que as Administrações Regionais de Saúde (ARS.) são organismos públicos (pessoas coletivas de direito público), integrados na administração indireta do Estado, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e património próprio. A sua "missão é garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção". (Decreto Lei n.22/2012)

Após a extinção do Instituto Da Droga E Toxicodependência (IDT) e com integração das Unidades de Intervenção Local nas ARS, houve a necessidade da criação de uma equipa multidisciplinar, para a área de Coordenação Regional.

Foram então criadas as Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), com as seguintes atribuições: (SICAD, 2013)

-Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências;

- Colaborar, ao nível da sua área de intervenção geográfica, na definição da estratégia nacional e das políticas com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências e na sua avaliação;

-Prestar apoio técnico à execução dos programas e projetos de intervenção local;

-Assegurar a implementação de procedimentos e meios de recolha de dados, proceder à sua consolidação e enviar ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), os dados e informações necessárias para prossecução das suas atribuições, e desenvolver estudos sobre as intervenções realizadas na região e elaborar os relatórios de atividades;

-Assegurar, ao nível da região, a articulação com o SICAD para o desenvolvimento de programas e projetos;

2.1 REDE REFERENCIAÇÃO/ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

A implementação de um sistema, dentro de uma nova arquitetura institucional, as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as entidades intervenientes no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências, exige a construção de uma Rede de Referenciação/ Articulação de forma a promover o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam. (SICAD, 2013)

De acordo com a constituição desta Rede, pretende-se não só a redefinição das relações de complementaridade, de apoio técnico à luz de uma nova atribuição de competências entre instituições públicas, mas também, a oportunidade de potenciar o alargamento e integração da prestação de cuidados, sempre em função das reais necessidades das populações, em matéria dos comportamentos aditivos e dependências. (SICAD, 2013)

Neste sentido, Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências estão incluídos os serviços de saúde públicos, os diferentes sistemas, potencialmente, envolvidos no trajeto de acompanhamento destas populações (Segurança Social, Educação, Segurança Pública, Justiça), bem como os dispositivos dirigidos à problemática da violência doméstica / familiar, às crianças e jovens em risco e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social, mas também entidades privadas que ao longo do tempo têm vindo a ter um papel importante no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências. (SICAD, 2013) A função desta Rede assenta na organização e articulação de respostas para todos os comportamentos aditivos e dependências e define uma visão holística do conceito de conduta aditiva e de dependência, que preconiza a mobilização para esta Rede de outras intervenções, Unidades e Planos que até agora operavam de forma menos interligada. (SICAD, 2013)

Esta implementação da Rede de Referenciação / Articulação garante ao utente com problemas ligados aos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) o acesso aos

cuidados de saúde integrados, beneficiando para tal das respostas que, em cada momento, efetivamente necessita, depende igualmente do seu alinhamento e enquadramento com Ações e Planos. (SICAD, 2013)

Por sua vez, a Rede do projeto CRER baseia-se na articulação interinstitucional alargada e diferenciada entre o SICAD onde é representado pelo DICAD, a ARS Norte e os seus serviços parceiros regionais e locais, que são a Câmara Municipal de Cinfães, o Agrupamento de Centro de Saúde Tâmega I-Baixo Tâmega (ACES) e a Unidade Cuidados Saúde Personalizados Cinfães (UCSP). Por outro lado esta rede assenta no princípio da centralidade no utente, abordando-o como um todo indissociável, independentemente dos serviços que frequenta, e deve ter em conta os seus recursos pessoais, as suas necessidades objetivas e subjetivas, assim como os recursos familiares e sociais, sobre os quais a intervenção vai incidir, segundo SICAD (2013). Esta centralidade no cidadão pressupõe uma atitude ativa e uma corresponsabilidade na definição do seu projeto de vida, tanto em termos de direitos como de deveres de cidadania. Neste âmbito, "os serviços devem constituir-se enquanto gestores do capital de saúde do cidadão, sendo deste último a decisão de a eles recorrer". (SICAD 2013) Esta perspetiva não obsta a existência de uma atitude proactiva na intervenção, principalmente em situações de maior risco, quer para o cidadão e para a família, quer para a comunidade. É fundamental que exista a capacidade de proporcionar a todos os indivíduos uma igual oportunidade de acesso e utilização dos serviços e da prestação de cuidados, de uma forma direta, imediata, contínua, permanente e o mais autónoma possível. Na área do tratamento, o SICAD assegura as respostas necessárias em tratamento ambulatório, tendo também convenções para a desabituação de utentes em Unidades de Desabituação (UD) ou em Comunidades Terapêuticas (CT) aos utentes do DICAD ou referenciados por outros serviços de saúde. As UD são unidades especializadas, orientadas para internamentos de curta duração, para tratamento de síndrome de privação, em utentes que não o conseguem fazer em ambulatório. As CT são unidades especializadas que prestam cuidados a utentes que necessitam de internamento prolongado com apoio psicoterapêutico e sócio terapêutico, com o objetivo de promover o seu tratamento e a sua ressocialização. (SICAD, 2013)

A presente Rede de Referenciação / Articulação procura: definir, numa lógica de proximidade dos cuidados de saúde e de acessibilidade dos cidadãos aos mesmos, uma arquitetura dinâmica de respostas, que permita garantir a qualidade na prestação de cuidados

de saúde, no âmbito dos consumos aditivos e nas dependências; estruturar, por níveis diferenciados de intervenção, a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários, as Equipas Técnicas Especializadas na intervenção em CAD, os Serviços Locais de Saúde Mental (de Adultos e da Infância e Adolescência), as intervenções no âmbito da Cessação Tabágica, as Estruturas de Especialidades Médico Hospitalares, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) / Organizações Não Governamentais (ONG) (predominantemente ao nível do Tratamento em Comunidade Terapêutica (CT) e no domínio da Redução de Riscos e Minimização de Danos) e Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), entre outros; garantir a interação / articulação entre os serviços que atendem cidadãos com comportamentos aditivos e dependências, desde a deteção precoce até à abordagem mais diferenciada. Esta articulação deverá ser sustentada por um sistema integrado de informação interinstitucional. (SICAD 2013)

A implementação desta Rede "foca-se no cidadão e nas suas reais necessidades, articulando-as segundo critérios lógicos e de racionalidade, que mobilizem seletivamente estruturas com a diferenciação e os meios técnicos e humanos adequados à concretização de intervenções que efetivamente respondam aos seus problemas de saúde, em termos de especificidade e complexidade e grau de gravidade". (SICAD, 2013)

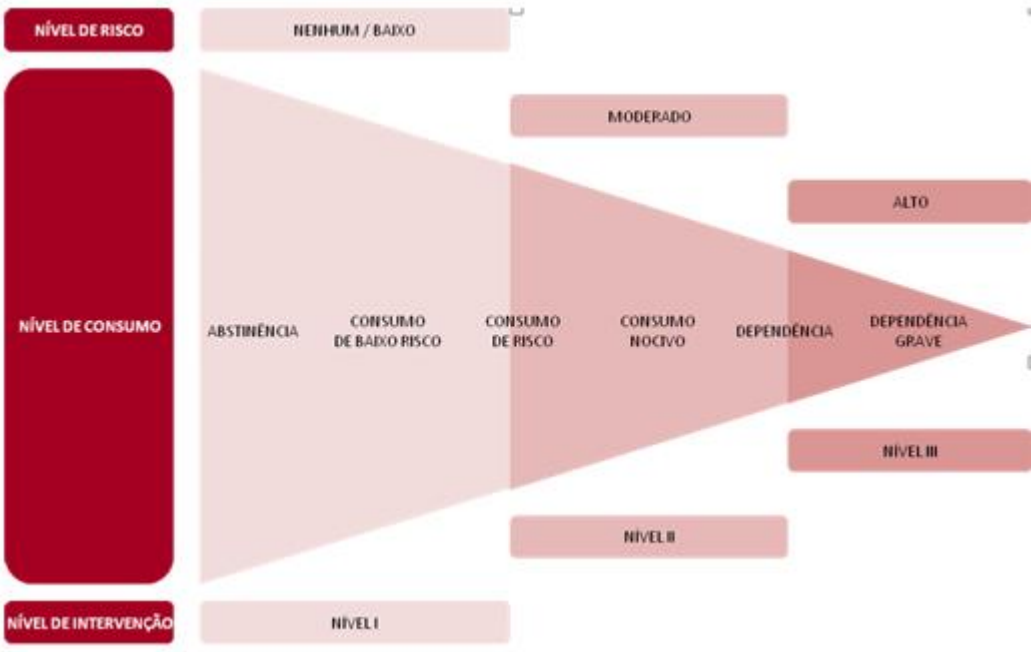
A magnitude dos problemas ligados aos CAD, na sua definição, mais abrangente, baseada na evidência científica, representa um problema de saúde pública, em todo o mundo. Os CAD são fenómenos que podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo, tendencialmente de evolução crónica, sujeitos a períodos de recaídas e de remissão associando-se, muito frequentemente, a outras patologias físicas e/ou psíquicas e a riscos e danos variados. Assim, se compreende a importância crucial da promoção da acessibilidade destes cidadãos a serviços diferenciados/especializados, onde possam obter respostas adequadas ao nível de gravidade dos seus problemas (SICAD 2013).

A apresentação destas problemáticas é realizada de acordo com três níveis e pode manifestar-se por sinais de alarme diversos, desde alterações do comportamento e patologias somáticas, passando por situações em que já podem ser evidentes padrões disfuncionais de consumo (consumo baixo risco e de risco) – Nível I. De gravidade acrescida, são as situações em que se tornam evidentes as consequências nocivas diretamente relacionadas com o padrão de consumo existente: consumo nocivo, policonsumo ou mesmo a dependência, ainda de expressão atenuada. Associados a estes padrões de consumo, surgem frequentemente

comportamentos de risco em diversas esferas do funcionamento individual (saúde, sexualidade, social, familiar), bem como patologias diversas associadas a esse padrão disfuncional (co morbilidades) – Nível II. (SICAD 2013) Quando existe evolução desfavorável, a partir deste nível de gravidade, quando este ocorre determina um agravamento do nível da patologia aditiva subjacente, bem como das suas consequências. A dependência assume características graves, a incursão por outros consumos recrudesce, decorrendo assim um aumento de probabilidade do surgimento/ agravamento de co morbilidades (psicopatologia grave) – Nível III. (SICAD 2013)

Conceptualizando uma intervenção neste contexto, decorre da sua expressão a necessidade de uma intervenção integrada, de acordo com a avaliação do risco da situação em que a pessoa se encontra, bem como a articulação fluída de respostas, garantida por profissionais comprometidos com a melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e dos cuidados prestados, que permita acompanhar as manifestações evolutivas desta patologia. (SICAD 2013)

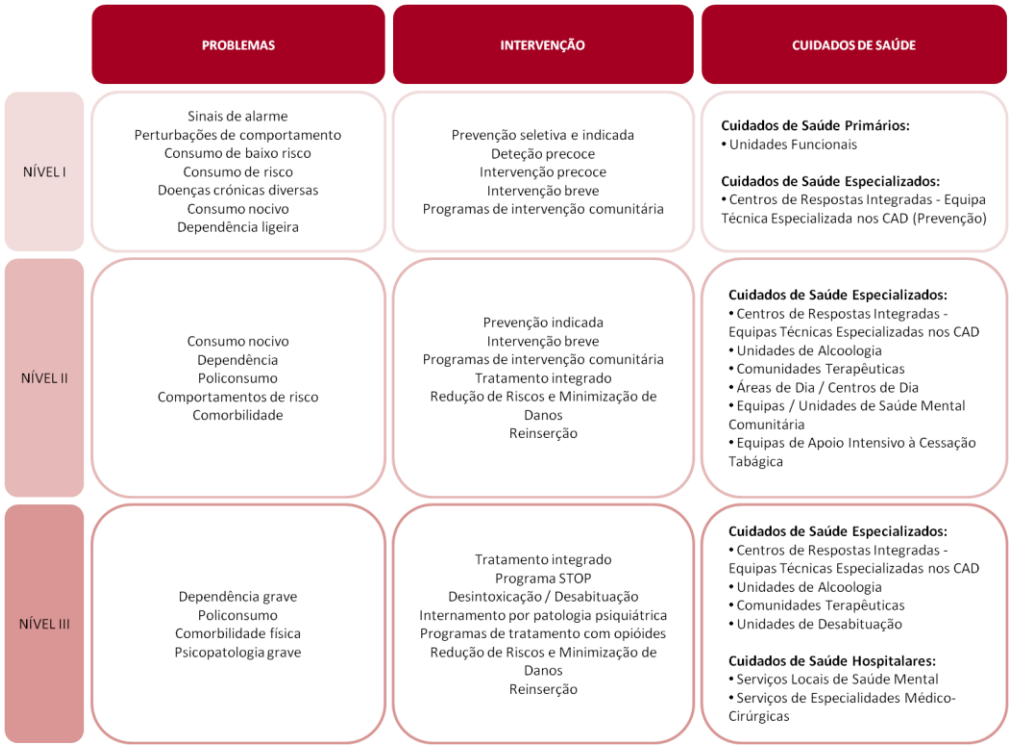
Figura 1: Relação de níveis de consumo, risco e intervenção



Fonte: SICAD, 2013

O estabelecimento de uma rede de serviços de saúde públicos estruturados em diferentes níveis de intervenção na área dos CAD pretende potenciar sinergias de atuação, numa lógica centrada no cidadão, de forma a evitar a fragmentação da prestação de cuidados. Neste âmbito, esta Rede de Referenciação/Articulação foi estruturada em três níveis de intervenção. (SICAD 2013)

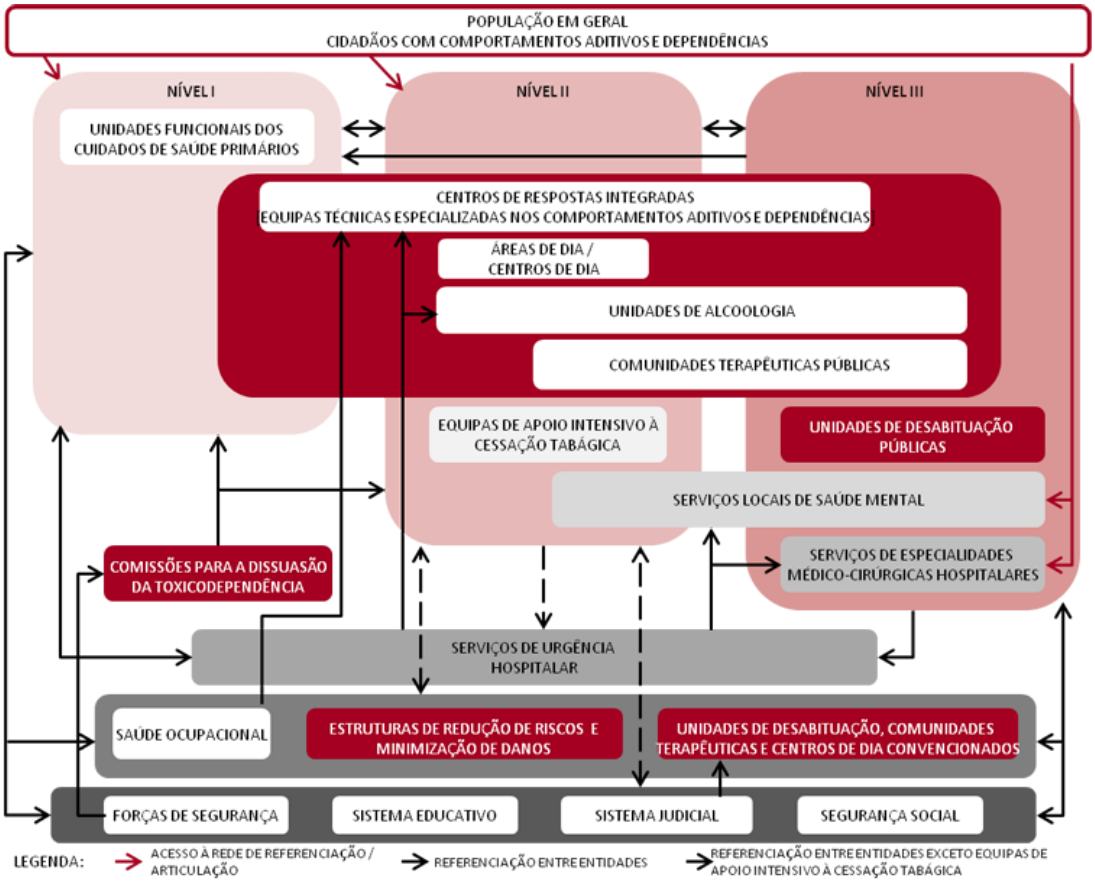
Figura 2: Algoritmo da Rede



Fonte: SICAD, 2013

Sintetizando, o fluxograma global Rede de Referenciação / Articulação enquanto desenho da Rede e do circuito do utente ilustra, por níveis de intervenção, os principais interventores da presente Rede, assim como as eventuais estruturas referenciadoras. (SICAD 2013)

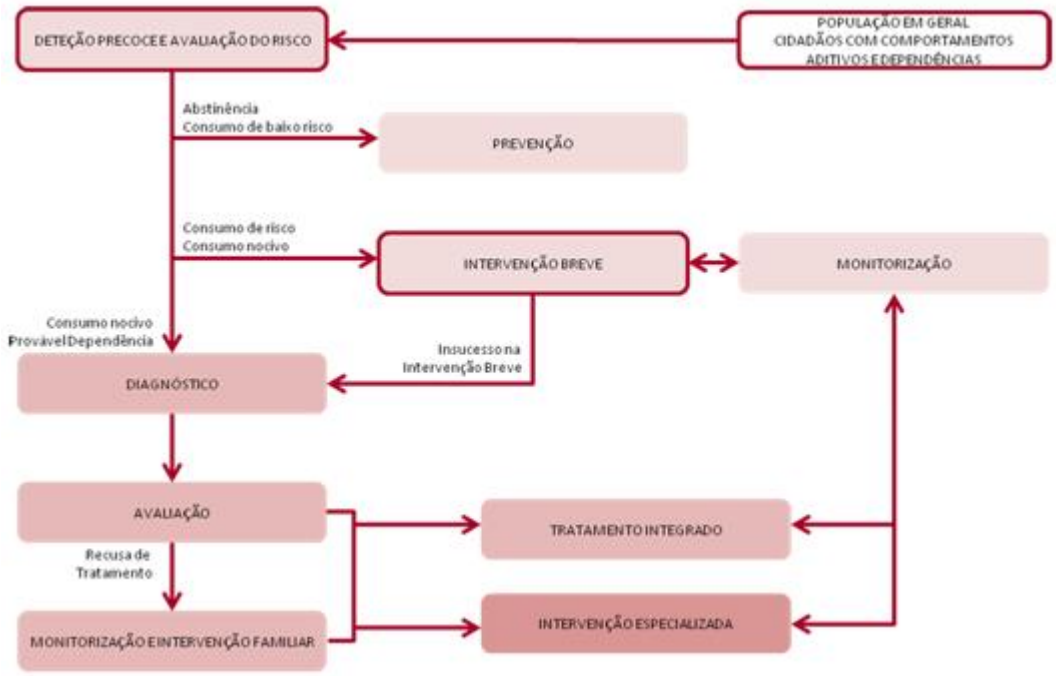
Figura 3: Fluxograma Global da Rede



Fonte: SICAD, 2013

Para uma intervenção eficaz no âmbito dos CAD é importante considerar a fase de deteção precoce e avaliação do risco dos consumos e atuar, ou seja, devemos detetar a gravidade dos consumos e avaliar outros problemas relacionados logo à partida. (SICAD 2013)

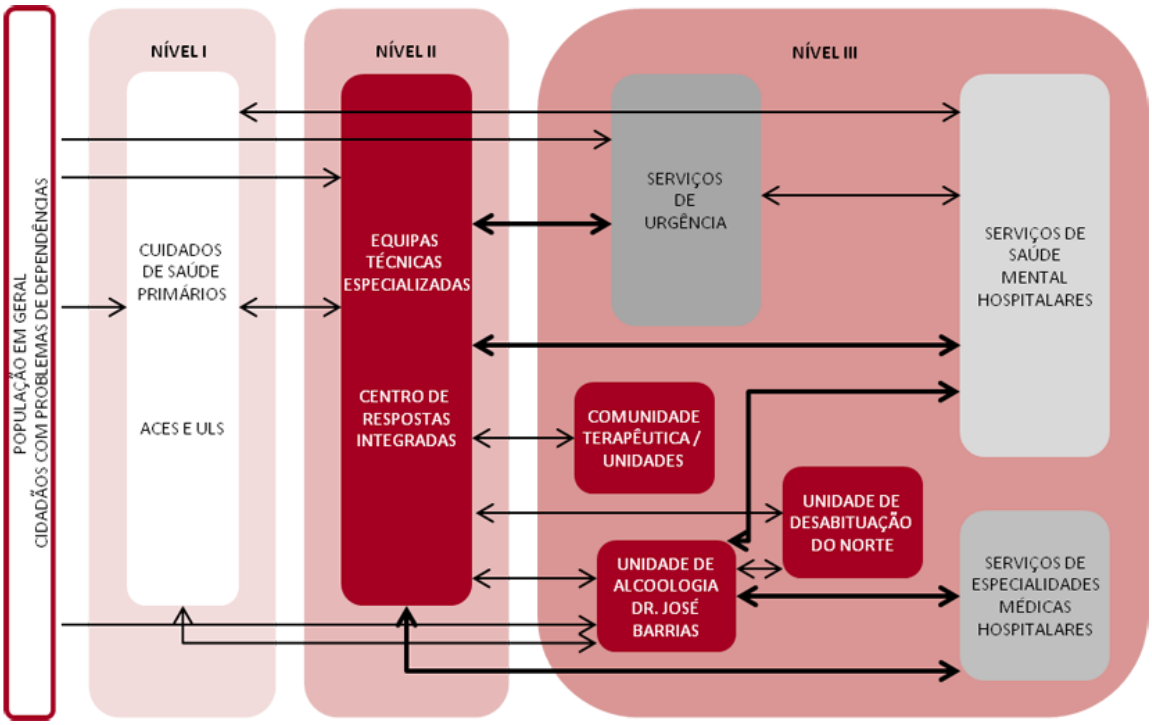
Figura 4: Fluxograma de Intervenção



Fonte: SICAD, 2013

Sintetizando, a Rede de Referenciação / Articulação enquanto desenho da Rede e do circuito do utente ilustra os principais intervenientes da presente Rede, por níveis de intervenção.

Figura 5: Rede de Referenciação/Articulação



Fonte: SICAD, 2013

2.2. TESTES CONSUMO ÁLCOOL

De acordo com SICAD (2013), a "sensibilização dos profissionais de saúde para a relevância da deteção precoce e intervenção junto dos utentes com consumos de álcool de baixo risco, de risco e nocivos, incluindo os padrões de consumo excessivo episódico ("*Binge drinking*"), já preconizada na Rede de Referenciação/Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool, deverá ser potenciada no sentido de se desenvolverem práticas no sistema de saúde (utilização de técnicas, competências e instrumentos), que têm como objetivo identificar problemas com o uso de diferentes substâncias psicoativas". Por isso é deveras importante o desenvolvimento de estratégias de formação de profissionais que assegurem a efetiva

implementação da Rede de Referenciação / Articulação, permitindo assim a obtenção de níveis de qualidade da articulação e intervenção no âmbito dos CAD. (SICAD 2013)

As mais diversas intervenções na área da saúde, em específico no âmbito dos CAD, necessitam de conhecimentos e competências na utilização de técnicas específicas, nomeadamente a aplicação de instrumentos de rastreio e das intervenções breves, importante para orientar os utentes no processo de mudança. Nessa lógica, os profissionais dos cuidados saúde primários, estão habilitados à deteção precoce e a avaliação do grau de gravidade que passa por consumos de baixo risco, de risco, nocivos e de dependência, podendo se necessário serem utilizados instrumentos de fácil deteção, como o caso do The Alcohol Use Disorders Identification Test (*AUDIT*) (anexo II) e/ou The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (*ASSIST*) (anexoIII), assim como aplicação de intervenções precoces e intervenções breves com eventual envolvimento de outros técnicos para níveis de gravidade mais baixos e/ou referenciar utentes com dependência para as unidades de intervenção mais diferenciadas. (SICAD 2013)

Segundo SICAD (2013), "é consensual que a utilização de instrumentos, que detetam o consumo de substâncias psicoativas e que permitem a avaliação do risco envolvido no consumo destas, designadamente o *ASSIST* e o *AUDIT*, no âmbito dos cuidados de saúde primários bem como noutros serviços na comunidade é um meio efetivo para informar os utentes sobre as consequências do consumo de risco e nocivo e a necessidade de mudança nos seus padrões de consumo de substâncias". São também os testes que apresentam maior adequabilidade para os PLA.

2.2.1. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

O *AUDIT* é um método de deteção precoce de transtornos por consumo, desenvolvido e recomendado pela OMS a partir de 1989 (anexo II). É um instrumento para uso nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os seus autores são Babor Saunders e Marcus Grant, tendo sido realizada a validação da versão portuguesa deste questionário em 2002. A sua

utilização têm-se revelado importante para a adequada triagem e diagnóstico de PLA. (SICAD 2013)

O seu questionário é composto por dez perguntas, das quais três são dirigidas ao consumo (frequência e quantidade), três à dependência e quatro a problemas causados pelo consumo. Este instrumento é deveras importante visto que deteta diferentes níveis de consumo de álcool, que vai desde o consumo baixo risco, ao de risco, passando pelo consumo nocivo e ainda ao nível de dependência, de uma forma rápida e simplificada. É de fácil aplicação e de fácil interpretação, podendo ser aplicado sob a forma de entrevista ou como questionário de auto preenchimento, onde as suas pontuações correlacionam dimensões que têm que ver com as consequências dos consumos e vulnerabilidade para a dependência alcoólica. (SICAD 2013)

Para SICAD (2013), este instrumento de rastreio oferece informação através de 10 questões, nomeadamente:

- "Com que frequência consome bebidas que contêm álcool";

- "Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal";

- "Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião";

- "Com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar";

- "Com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente se lhe exige, por ter bebido";

- "Com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca";

- "Com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido";

- "Com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido";

- "Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por ter bebido";

- "Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber".

A sua pontuação pode variar de 0 a 40, sendo que cada pergunta apresenta respostas estruturadas e cada resposta apresenta um valor numérico. Para cada questão contabiliza-se

o valor numérico correspondente à resposta do paciente e no fim da entrevista, esses valores são somados para se obter um resultado final. Pode ser classificado de acordo com consumo de baixo risco ou abstêmios de 0 a 7 pontos; consumo de risco de 8 a 15 pontos; consumo de alto risco de 16 a 19 pontos e provável dependência com 20 ou mais pontos num máximo de 40 pontos. (SICAD 2013)

Figura 6: Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do *AUDIT*

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

Fonte: SICAD, 2013

2.2.2. ASSIST – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

O *ASSIST*, instrumento também produzido pela OMS, surge na sequência do desenvolvimento e eficácia *AUDIT*, como resposta à magnitude nociva que o consumo de substâncias psicoativas representa para a saúde pública (anexo III). Foi elaborado para ser aplicado no âmbito dos CSP, permitindo "detetar, para além do álcool, a gravidade do consumo de todas as substâncias, tais como, Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.); Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.); Cannabis (haxixe, erva,

marijuana, pólen, etc.); Cocaína (coca, crack, etc.); Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.); Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.); Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos; Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.); Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)" (SICAD 2013)

De acordo com a OMS, este questionário de deteção pode ser aplicado: todas as pessoas abrangidas por programas de deteção para a promoção de saúde, desde o grupo etário de jovens adultos, em diferentes contextos; todos os utilizadores de serviços com uma alta prevalência de pessoas com CAD, nomeadamente Serviços de Saúde de Universidades, Serviços de Doenças Infeto Contagiosas, Serviços de Saúde Mental, etc.; utentes cujo motivo de consulta sugira a existência de uma relação com o consumo de substâncias psicoativas ou um problema de saúde esteja relacionado com os consumos; reclusos ou indiciados cujo motivo possa estar relacionado com o consumo de substâncias psicoativas; mulheres grávidas. (SICAD 2013)

Resumidamente, e segundo SICAD (2013) este instrumento é constituído pelas seguintes questões:

- "Quais as substâncias que já consumiu ao longo da vida";

- "Com que frequência consumiu cada uma das substâncias";

- "Com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir";

- "Com que frequência o seu consumo originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros";

- "Com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao seu consumo";

- "Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo";

- "Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o seu consumo";

- "Alguma vez consumiu substâncias por via injetável".

A sua aplicação pode ser exclusiva ou integrada numa consulta de rotina, em que se faz um questionário de saúde geral ou de estilo de vida ou uma análise de risco ou mesmo como parte da história clínica do utente, tanto mais que é um instrumento de fácil aplicação, de fácil aferição de resultados e de interpretação, assim como também as suas pontuações

correlacionam dimensões relativas às consequências no âmbito dos CAD, ou seja, os resultados podem ser relacionados com os níveis de consumo e com as intervenções a preconizar. Cada questão do *ASSIST* apresenta respostas estruturadas e cada resposta apresenta um valor numérico. Para cada questão contabiliza-se o valor numérico correspondente à resposta do paciente e no fim da entrevista, esses valores são somados para se obter um resultado final do *ASSIST*. (SICAD 2013)

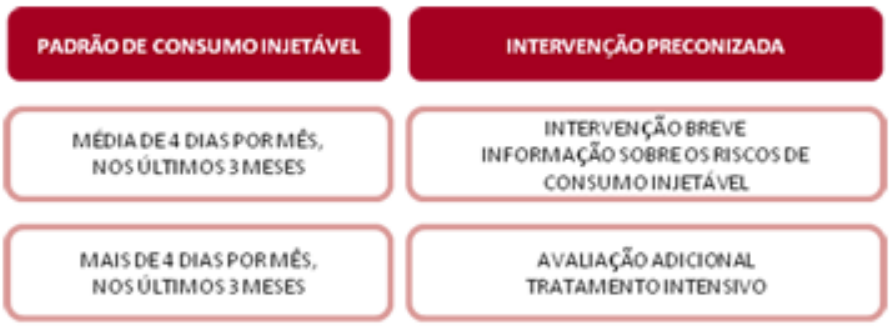
Figura 7: Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do *ASSIST*

RESULTADO ASSIST ÁLCOOL	RESULTADO ASSIST OUTRAS SUBSTÂNCIAS	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-10	0-3	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE RISCO	INFORMAÇÃO EDUCAÇÃO
11-26	4-26	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	INFORMAÇÃO ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
27 OU +		ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS
SUBSTÂNCIAS INJETADAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES		MODERADO ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ANÁLISES DE SANGUE ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

Fonte: SICAD, 2013

Aquando da resposta à questão número 8 e se esta for positiva para consumos injetáveis, apresentar um valor numérico diferente, e a intervenção por parte da Rede também terá de ser diferente.

Figura 8: Relação de padrão de consumo injetável e respetiva intervenção no âmbito do *ASSIST*



Fonte: SICAD, 2013

2.2.3 Intervenções Breves

Se através da aplicação dos instrumentos de rastreio for detetado que os consumos são de risco ou nocivos deve-se proceder à Intervenção Breve (IB) realizada pelo Médico de Medicina Geral e Familiar ou outro elemento da equipa de trabalho, sendo o objetivo dessa intervenção a redução dos consumos para níveis de baixo risco ou mesmo a abstinência. (SICAD 2013)

As Intervenções Breves baseiam-se em técnicas de entrevista motivacional e abordagem cognitivo - comportamental, cujo foco principal é a mudança de comportamento, tendo uma duração entre 5 a 10 minutos cada e que podem decorrer em 3 ou 4 sessões. Este aconselhamento pode ser complementado com prescrição terapêutica, quando indicada, ou com o encaminhamento para a consulta de apoio intensivo. (SICAD 2013) Têm principalmente dois objetivos globais, distintos mas complementares:

"- Identificar e ajudar as pessoas que consomem substâncias e que, por tal, podem vir a desenvolver CAD, intervindo para reduzir ou até eliminar os riscos associados à continuação desse consumo.

- Identificar e encaminhar as pessoas com CAD para serviços especializados, intervindo precocemente e prevenindo a progressão dos consumos." (SICAD 2013)

2.3 PROJETO CONSULTA, REABILITAÇÃO, ESPERANÇA E REINSERÇÃO (CRER)

Segundo Lima e Ribeiro, (2008) "na perspetiva da moderna alcoologia, a ênfase vai para a prevenção primária como base da resolução dos PLA". No entanto, e segundo o mesmo autor, a "necessidade de tratar os muitos utentes com esta patologia obriga, cada vez mais, a procurar modelos mais ajustados às suas necessidades terapêuticas, que vão do tratamento médico, técnicas psicoterapêuticas individuais e/ou grupais, ao apoio familiar, e ao desenvolvimento de um bom suporte social, com a dinamização dos grupos locais de voluntariado e de autoajuda". Para dar resposta a esta problemática, foi criado, em 2015, um projeto piloto da ARS Norte juntamente com o SICAD e em parceria com a Câmara Municipal de Cinfães, o ACES Tâmega I-Baixo Tâmega e a UCSP Cinfães de forma a potenciar os meios técnicos existentes, permitindo o acompanhamento dos indivíduos CAD numa perspetiva biopsicossocial e das suas famílias.

Esse projeto piloto, é denominado por Projeto Consulta, Reabilitação, Esperança e Reinserção (CRER) e é constituído por uma equipa multidisciplinar (médico de medicina geral e familiar, enfermeira, psicólogos, técnicos de serviço social e secretária clínica) (anexo V) que disponibilizam várias modalidades de programas de tratamento individualizado, com vista à manutenção da abstinência, à prevenção das recaídas, à redução de danos e à reabilitação social e familiar (anexo VI). Pretende-se com este projeto um processo de ação, desenvolvido em várias fases de cooperação e de responsabilidades partilhadas e, por isso, requerendo uma negociação constante e uma avaliação contínua, de modo a existir uma intervenção preventiva. A articulação entre os diversos serviços assumem-se como pilares fundamentais para o cumprimento da política nacional nestas matérias, para uma resposta positiva ao utente e às suas necessidades. A população alvo referente ao projeto é composta pelos utentes da zona geográfica de Cinfães, com comportamentos aditivos e dependências. (SICAD 2013)

A Rede de Referenciação / Articulação será objeto de acompanhamento global e avaliação por parte do SICAD, sendo que, no âmbito regional, o acompanhamento e monitorização competirá às respetivas ARS.

2.3.1. Objetivos gerais do Projeto

A recuperação do utente alcoólico crónico do projeto CRER tem como objetivos o tratamento para a desintoxicação alcoólica e suas complicações, o proporcionar ao utente os meios para uma reorganização da sua vida e o restabelecimento das suas capacidades relacionais, bem como a aquisição de novos estilos de vida, entre os quais uma abstinência alcoólica autodeterminada e gratificante para a sua pessoa e família, no trabalho e na comunidade e assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas e comportamentos aditivos e dependências e das suas famílias. (SICAD 2013)

2.3.2. Critérios Referenciação

Os utentes podem ser referenciados tanto por médico de família quer pela própria família, por equipas de rendimentos social inserção, ou até mesmo pela própria vontade do utente desde que estejam em situação de abuso ou dependência de álcool. Mesmo já tendo anteriores registos de tratamentos fracassados, ou que estejam em risco de privação moderada a severa, que tenham ordem judicial problemática e/ou determinação judicial, que tenham consumos regulares de outras substâncias aditivas. (SICAD 2013)

Estes utentes podem ser referenciados por equipas de rendimentos social inserção, pelas equipas da rede social da câmara municipal, pela equipa de psicologia do ACES Tâmega I-Baixo Tâmega ou até mesmo pela própria vontade do utente desde que esteja em situação de abuso ou dependência alcoólica. Devem estar motivados para uma mudança de comportamentos e estilos de vida, visto que vai ser diferente da que tem tido até agora. Por outro lado, utentes com morbilidades médicas (ex: Doença hepática crónica) e comorbilidades psiquiátricas minor (ex: Síndrome depressivo, Perturbação de ansiedade) têm

acesso prioritário à consulta, visto que com esta problemática torna-se um risco para a sociedade / família. Em relação aos critérios de referenciação externa, aquando do encaminhamento do utente para o CRI - Porto Central, é necessário que o utente já se encontre em situações extremas de existir desestruturação familiar e/ou social, falência de tratamentos anteriores em ambulatório, necessidade de isolamento para garantir a sua abstinência continuada e por situação judicial problemática e/ ou determinação judicial. (SICAD 2013)

O modelo de abordagem do projeto CRER desenvolve-se por várias fases, das quais duas são realizadas por consulta, uma primeira consulta, de acolhimento ao utente, de curta duração, realizada com toda a equipa multidisciplinar onde são prescritos meios complementares de diagnóstico (MCDT) de acordo com protocolo, aplicados vários testes para avaliação psíquica do utente, dos quais, *AUDIT* e *ASSIST*, e também realizada uma avaliação motivacional ao utente. Numa segunda abordagem, segunda consulta que por si só já é mais prolongada, sem duração, constituída por psicoterapia de grupo e abordagens terapêuticas individuais onde são realizadas intervenções breves de acordo com avaliação psíquica, ou se necessário, encaminhamento deste para o CRI, de acordo com protocolo existente. A articulação entre serviços assume aqui uma maior importância tendo em consideração a especificidade própria das intervenções desenvolvidas por cada um dos serviços. (SICAD 2013)

No âmbito da prestação de cuidados propriamente dita, deverão ser definidos, através dos instrumentos contratuais, indicadores e metas específicas para cada tipologia de cuidados e permitir a introdução e o acompanhamento de instrumentos padronizados para o apoio clínico, articulação e desenvolvimento do controlo de gestão e da qualidade da prestação. (SICAD 2013)

Assim, a articulação e o desempenho dos intervenientes no âmbito da Rede de Referenciação / Articulação deverá ser continuamente monitorizada e avaliada numa perspetiva de melhoria contínua, nas suas diversas dimensões, com base nos seguintes indicadores: Total de Utentes rastreados através da aplicação do AUDIT ou ASSIST (anexo VI), Total de utentes alvo de intervenções breves (anexo VII), Valor médio dos intervalos entre a referenciação e a 1ª consulta (anexo VIII), Total de utentes com continuidade cuidados (anexo IX), Número primeiras consultas, Número de consultas de seguimento, Número de

consultas de psicologia, percentagem de Utentes em abstinência/redução consumos, Número de utentes referenciados ao CRI. (SICAD 2013)

CAPÍTULO III – CARATERIZAÇÃO AMOSTRA

3. CARATERIZAÇÃO ÁREA GEOGRÁFICA

Segundo o relatório de Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães (2006), o concelho é composto por uma área de 239,29 Km2, situada entre rios Douro (a Norte), Paiva (a Poente) e Cabrum (a Nascente). Esta área subdivide-se geograficamente em 14 freguesias, sendo elas: Cinfães, Espadanedo, Ferreiros de Tendais, Fornelos, Moimenta, Nespereira, Oliveira do Douro, Santiago de Piães, S. Cristóvão de Nogueira, Souselo, Tarouquela, Tendais, Travanca e União das Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires com superfícies compreendidas entre os 5,81 e os 38,48 Km2, denotando-se uma enorme disparidade em termos de área por freguesia. Cinfães é um dos 24 concelhos do distrito de Viseu. Situa-se em plena região do Douro Sul fazendo parte da Sub-região do Tâmega. É limitado a Norte pelos concelhos de Baião e Marco de Canaveses, a Sul os de Castro Daire e Arouca, a Este Resende e a Oeste Castelo de Paiva. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

Imagem 2 - Enquadramento do concelho de Cinfães



Fonte: https://www.visitarportugal.pt

Em Cinfães podemos verificar dois tipos de povoamento: um povoamento de montanha, aglomerado e bastante espaçado e o povoamento dos vales, um povoamento geralmente disperso, excetuando junto às principais vias de comunicação e nas localidades mais importantes onde a população se aglomera. Segundo os Censos 2011- INE, o concelho possui 20.427 habitantes, cuja densidade populacional, tendo em conta a sua área, é de 84.6 hab./Km2. A densidade populacional é limitada pelos 15 habitantes/Km2 da freguesia de Ramires e os 387 habitantes/Km2 da freguesia de Souselo. Podemos afirmar que existe uma grande dispersão geográfica das freguesias, sendo a Gralheira, Travanca e Alhões as mais distantes da Sede de concelho. Esta situação é ainda mais dificultada devido à deficiente rede de transportes público que leva a que os utentes não se desloquem à sede do concelho. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

Segundo o mesmo relatório, o Município de Cinfães, com origem rural e artesanal, está longe de uma cadeia de valor produtivo, apresentando baixos valores de mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços que potenciem o circuito económico. Apenas 42% da população subsiste com rendimentos oriundos do seu trabalho sendo que os restantes são dependentes de rendimentos sociais e reformas/pensões. Recentemente, o concelho apresenta-se mais virado para o segmento turístico como oportunidade de negócio, em especial ao nível da gastronomia e vinhos, turismo de natureza e turismo náutico, tendo por base a criação de meios complementares de restauração e alojamento, e empresas de desenvolvimento de atividades/desportos. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

3.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Em relação à evolução da população residente no concelho de Cinfães, verificamos a partir dos dados que a população do Concelho tem vindo a diminuir progressivamente o que também se reflete nas freguesias.

Imagem 2 - Variação da população residente (2001-2011), por freguesia

FREGUESIA	POPULAÇÃO RESIDENTE 2001	POPULAÇÃO RESIDENTE 2011	VARIAÇÃO (%)
Cinfães	3290	3395	3,2
Espadanedo	1406	1318	-6,3
Ferreiros de Tendais	802	695	-13,3
Fornelos	835	703	-15,8
Moimenta	468	408	-12,8
Nespereira	2217	1977	-10,8
Oliveira do Douro	1785	1529	-14,3
Santiago de Piães	2027	1797	-11,3
São Cristóvão de Nogueira	2215	1930	-12,9
Souselo	3407	3202	-6,0
Tarouquela	1339	1242	-7,2
Tendais	894	807	-9,7
Travanca	959	829	-13,6
União das Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires	780	595	-23,7
Concelho de Cinfães	**22424**	**20427**	**-8,9**

Fonte: GeoAtributo, 2015

Segundo o quadro podemos verificar que a população residente no Concelho de Cinfães de 2001 a 2011 sofreu uma variação negativa. Relativamente ao número de habitantes por freguesia, verificamos que em 2011, era em Cinfães onde se localizava a maior quantidade de habitantes do concelho, seguido de Souselo e Nespereira, sendo Moimenta a freguesia com menor número de habitantes. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

Tabela 1- População residente, por sexo e por freguesia

Freguesia	Total	Homens	Mulheres
Cinfães	3395	1578	1817
Espadanedo	1318	642	676
Ferreiros de Tendais	695	343	352
Fornelos	703	328	375
Moimenta	408	196	212
Nespereira	1977	959	1018
Oliveira do Douro	1529	753	776
Santiago de Piães	1797	877	920
S. Cristóvão de Nogueira	1930	936	994
Souselo	3202	1577	1625
Tarouquela	1242	634	608
Tendais	807	398	409
Travanca	829	413	416
União de Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires	595	298	297
Concelho de Cinfães	**20427**	**9932**	**10495**

Fonte: Censos 2011- INE

Em relação ao género, os Censos 2011 refletem que a população residente no concelho de Cinfães apresenta um peso maior no género feminino com 51.37%.

Imagem 3 - Densidade populacional por freguesias em 2011

FREGUESIA	DENSIDADE POPULACIONAL		VARIAÇÃO (%)
	2001	2011	
Cinfães	127,77	133,5	4,5
Espadanedo	257,84	248,5	-3,6
Ferreiros de Tendais	49,40	43,5	-11,9
Fornelos	93,24	69,7	-25,2
Moimenta	73,08	62,4	-14,6
Nespereira	58,11	54,9	-5,5
Oliveira do Douro	140,90	108,2	-23,2
Santiago de Piães	117,81	102,2	-13,3
São Cristóvão de Nogueira	118,42	106,3	-10,2
Souselo	405,68	349,1	-13,9
Tarouquela	188,30	186,9	-0,7
Tendais	28,99	25,4	-12,4
Travanca	144,31	166,6	15,4
União das Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires	16,80	20,79	23,8
Concelho de Cinfães	**92,94**	**85,4**	**-8,1**

Fonte: GeoAtributo, 2015

A densidade populacional do concelho em 2011 era 85.4 hab/km2, sendo que a freguesia do concelho que apresenta uma densidade populacional mais elevada é a de Souselo (349,1 hab/km2), seguida de Espadanedo (248,5 hab/km2) e Tarouquela (186,9 hab/km2). Sendo União das freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires a freguesia com menos densidade populacional (20,79 hab/km2). De ressalvar que nas freguesias que apresentaram a densidade mais elevada, a variação populacional foi negativa. Sendo que a densidade populacional da freguesia de Cinfães chega inclusive a ser superior à média concelhia. Resumindo, em termos gerais assistimos a uma diminuição da densidade populacional, a qual foi mais acentuada em Fornelos e Oliveira do Douro, com exceção de Cinfães, Travanca e União das freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

Imagem 4 - População residente por grupo etário

FREGUESIA	NÚMERO DE INDIVÍDUOS POR GRUPO ETÁRIO			
	0 – 14 anos	15 – 24 anos	25 – 64 anos	65 e mais anos
Cinfães	559	376	1809	651
Espadanedo	203	173	719	223
Ferreiros de Tendais	90	82	306	217
Fornelos	85	73	358	187
Moimenta	55	34	215	104
Nespereira	263	240	994	480
Oliveira do Douro	213	199	767	350
Santiago de Piães	265	248	967	317
São Cristóvão de Nogueira	305	232	1040	353
Souselo	514	373	1781	534
Tarouquela	193	159	682	208
Tendais	99	70	350	288
Travanca	122	109	455	143
União das Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires	56	67	301	171
Concelho de Cinfães	**3022**	**2435**	**10744**	**4226**

Fonte: Censos 2011 e Anuário Estatístico da Região Norte, 2013

No que se refere á distribuição por grupo etário da população residente no concelho de Cinfães, verificamos pela análise da tabela, que o grupo etário que engloba o maior número da população do concelho de Cinfães é dos 25 aos 64 anos com 52.6% habitantes, seguido de grupo etário com 65 ou mais anos com 20.7% habitantes. O grupo com menor peso de população é o de 15 aos 24 anos com 11.9%. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

Tabela 2 - Indicadores demográficos

Ano	Índice Envelhecimento %	Índice Juventude %	Índice Dependência Jovens %	Índice Dependência Idosos %	Índice Dependência Total %
2001	104,8	95,5	27,6	28,9	56,5
2011	139,84	71,51	22,93	32,07	55
2013	149,5	66,9	21,8	33,1	54,3

Fonte: Censos 2011 e Anuário Estatístico da Região Norte, 2013

No ano de 2013, o índice de envelhecimento no concelho de Cinfães era de 149,5 o que nos diz que em relação ao ano de 2001 houve um acréscimo. O índice de envelhecimento relaciona a população idosa com a população jovem. Por outro lado, o índice de juventude era de 66,9% no concelho de Cinfães em 2013, este índice mede a relação entre a metade mais jovem e a metade mais idosa da população em idade ativa. O índice de dependência de jovens, que relaciona a população entre os 0 e 14 anos e a população em idade ativa, foi de 21,8 no concelho. Em 2013, o índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos com a população em idade ativa, foi de 33,1. O índice de dependência total, possibilita determinar a proporção da população que se encontra potencialmente dependente dos indivíduos em idade ativa relacionando a população até aos 14 anos e a população idosa com a população em idade ativa, em 2013, no concelho de Cinfães era de 54,3. Esta situação pode condicionar a produtividade e mesmo a empregabilidade daqueles que se encontram em idade ativa, na medida em que poderão ter de abandonar o seu local de trabalho para puderem cuidar de algum familiar idoso. Além disso, este fenómeno traduz-se entre outras coisas, pela maior procura de serviços de saúde, maior pressão sobre o sistema de segurança social (pensões de reforma, velhice e outras) e, sobretudo pelo facto de diminuir, pelo menos em termos relativos, a parcela da população capaz de produzir bens e serviços (a força do trabalho). (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

Tabela 3 - Índice de Envelhecimento por freguesia, em 2011

Freguesia	**Índice de envelhecimento (%)**
Cinfães	116,46
Espadanedo	109,85
Ferreiros de Tendais	241,11
Fornelos	220
Moimenta	189,09
Nespereira	182,51
Oliveira do Douro	164,32
Santiago de Piães	119,62
S. Cristóvão de Nogueira	115,74
Souselo	103,89
Tarouquela	107,78
Tendais	290,91
Travanca	117,21
União de Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires	305,36
Concelho de Cinfães	**139,84**

Fonte: Censos 2011- INE

No que se refere ao índice de envelhecimento por freguesia, podemos verificar que em 2011 este era maior na União de Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires seguido da freguesia de Tendais e Ferreiros de Tendais.

Tabela 4 - Taxa de Atividade da população residente em Cinfães e respetivas unidades de referência

Freguesia	**Taxa de atividade (%) da população residente**
Cinfães	42,74
Espadanedo	35,89
Ferreiros de Tendais	21,73
Fornelos	36,98
Moimenta	35,78
Nespereira	34,80
Oliveira do Douro	34,79
Santiago de Piães	37,67
S. Cristóvão de Nogueira	35,54
Souselo	40,91
Tarouquela	37,76
Tendais	29,24
Travanca	38,72
União de Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires	33,84
Concelho de Cinfães	**37,20**

Fonte: INE, 2013

A taxa de atividade que expressa o número de ativos por cada cem habitantes da população residente, em 2011 no concelho de Cinfães apresenta um valor de 37.20. Este valor não assume grandes discrepâncias nas diversas freguesias de Cinfães, variando entre os 42,74 em Cinfães e 21.73 em Ferreiros de Tendais. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

Tabela 5 - População residente segundo o nível de instrução do concelho de Cinfães e suas freguesias

	População residente segundo o nível de escolaridade						
Freguesia Residência	Nenhum nível de escolaridade	Ensino básico - 1º ciclo	Ensino básico - 2º ciclo	Ensino básico - 3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós-secundário	Ensino superior
Cinfães	379	1207	434	448	518	25	296
Espadanedo	109	558	274	181	113	9	58
Ferreiros de Tendais	152	269	104	86	63	1	18
Fornelos	70	354	79	91	54	2	39
Moimenta	45	189	74	37	32	1	23
Nespereira	263	814	295	270	216	6	83
Oliveira do Douro	205	628	239	210	162	11	52
Santiago de Piães	230	776	309	224	169	8	56

S. Cristóvão de Nogueira	271	817	260	260	190	15	86
Souselo	320	1230	611	423	356	18	169
Tarouquela	94	490	250	172	135	7	61
Tendais	99	390	85	116	66	2	38
Travanca	85	317	164	117	85	3	37
União de Freguesias de Alhões, Bustelo, Gralheira e Ramires	95	250	88	76	44		
Concelho de Cinfães	**2417**	**8289**	**3267**	**2711**	**2203**	**110**	**1044**

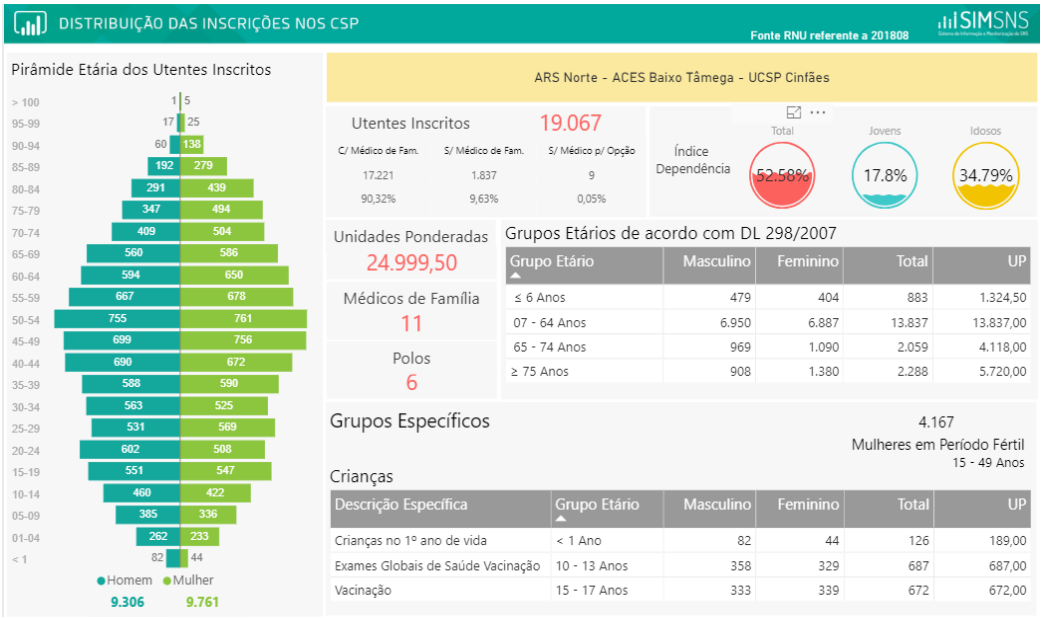
Fonte: Censos 2011 (INE, 2013)

Por sua vez ao nível de instrução no concelho de Cinfães, existe um elevado número de residentes sem nível de escolaridade. O nível de instrução mais frequente entre os residentes do concelho é o 1º ciclo do ensino básico, seguido do 2º ciclo do ensino básico. Apenas existe registo de 1044 habitantes (4,65%) residentes com o ensino superior no concelho de Cinfães, o que é um baixo valor em comparação com a zona Norte. (Diagnóstico Social da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães, 2006)

3.2 UNIDADE CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP)

A entidade UCSP Cinfães é uma das sete unidades de saúde pertencentes ao ACES Tâmega I-Baixo Tâmega que está sob a tutela da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte. Encontra-se na freguesia de Cinfães, situada no concelho de Cinfães e tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde globais e personalizados contribuindo para a vigilância e promoção da saúde através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. A UCSP de Cinfães é constituída por 6 polos de saúde, de acordo com as freguesias do concelho que são: polo Cinfães, polo Oliveira do Douro, polo Nespereira, polo Santiago de Piães, polo de Moimenta e polo de Souselo. A sua área de influência corresponde às freguesias do concelho de Cinfães.

Imagem 5 - Informação geral sobre UCSP Cinfães



Fonte: SIM SNS,2018

De acordo com a tabela 5, podemos referir que a UCSP Cinfães, em agosto de 2018, tinha 19,067 utentes inscritos, dos quais 90,32% com médico de família atribuído. Podemos observar que 73% dos utentes encontra-se no grupo etário dos 07-64 anos. Segundo os

valores na tabela, podemos afirmar que a UCSP Cinfães tem um índice de dependência de 52,58%, mais de metade dos utentes inscritos já são considerados idosos. (SIM SNS,2018)

3.2.1. Consulta Alcoologia

A Consulta de Alcoologia (CA) existe no Centro de Saúde de Cinfães desde 1995. Tendo em conta o elevado número de alcoólicos no concelho eram realizadas consultas organizadas de Alcoologia no âmbito do Programa "Problemas Ligados ao Álcool" efetuadas por um médico de Clínica Geral e por uma enfermeira da UCSP. No âmbito destas consultas eram realizadas reuniões ou ações de educação para a saúde a grupos de alcoólicos, a utentes reabilitados e a familiares de alcoólicos. Devido ao recorrente número de utentes com esta problemática, em 2005 houve a necessidade de se realizar um estudo da Rede Social à população do concelho com o objetivo de determinar o número de utentes a necessitar intervenção para a problemática aditiva. A nível local, o consumo de álcool tem uma forte incidência, já que Cinfães é um concelho produtor de vinho de excelência, 3415.71 hL (portal.vinhoverde, acedido agosto,2017).

Os dados apresentados de seguida são referentes aos utentes alcoólicos do Concelho de Cinfães inscritos no Centro Regional de Alcoologia do Centro (CRAC) no ano de 2004. **(**Questionário Rede Social 2005)

Tabela 6 – N.º de bebedores excessivos/doentes alcoólicos e alcoólicos inscritos no CRAC provenientes do Concelho de Cinfães

Zona	**Nº Bebedores excessivos**	**Utentes Alcoólicos**	**Nº de Alcoólicos no C.R.A.C.**	
	2004	2004	2001	2004
Concelho Cinfães	3110	2490	74	104
Distrito Viseu	53910	43190	2576	3017

Fonte: CRAC, Questionário Rede Social 2005

De acordo com a Tabela 6, o concelho de Cinfães possuía em 2001, 74 utentes inscritos, passando em 2004 a deter 104 utentes inscritos. Cinfães detinha cerca de 3110 bebedores excessivos e 2490 utentes alcoólicos, ocupando o 4.º lugar no ranking dos 24 concelhos do Distrito de Viseu. Segundo o relatório anual de 2005 da UCSP Cinfães, elaborado pelo responsável local do programa, o número de utentes alcoólicos identificados situava-se nos 248, dos quais 200 (81%) pertencem ao sexo masculino e 48 (19%) pertencem ao sexo feminino. Durante o ano de 2005 foram enviados para a consulta de alcoologia da UCSP Cinfães 100 utentes, dos quais foram encaminhados para o CRAC 80 utentes alcoólicos. **(**Questionário Rede Social 2005)

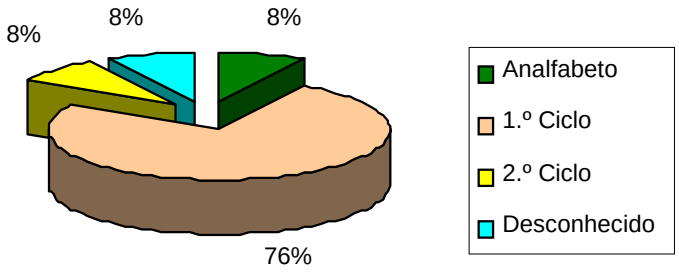
Tabela 7 **–** Distribuição dos Alcoólicos por sexo e grupo etário

Grupo Etário	**Sexo**		
	H	**M**	Total
≤ 24	------	------	**------**
25-34	1	------	**1**
35-44	6	4	**10**
45-54	7	3	**10**
55-64	3	------	**3**
≥65	------	------	**------**
Total	**17**	**7**	**24**

Fonte: UCSP Cinfães, Questionário Rede Social - Dezembro 2005

Como podemos constatar pela Tabela 7, o Serviço de Ação Social da UCSP Cinfães acompanhava 24 alcoólicos, dos quais 17 pertencem ao sexo masculino e 7 ao sexo feminino. Em termos de idade constata-se que 83% dos indivíduos têm entre os 35 e os 54 anos. **(**Questionário Rede Social 2005)

Gráfico 1 – Distribuição dos Alcoólicos segundo as habilitações literárias 2005



Fonte: Centro de Saúde de Cinfães, Questionário Rede Social - Dezembro 2005

Relativamente às habilitações literárias verifica-se que, 76% dos indivíduos com problemas ligados ao álcool possuem como grau máximo de instrução o 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Tabela 8 – Distribuição dos Alcoólicos segundo a situação profissional

Situação Profissional	Sexo		
	H	M	Total
Desempregado	7	4	**11**
Activo	1	1	**2**
Pensionista	3	------	**3**
Agricultor	3	2	**5**
Desconhecido	3	------	**3**
Total	**17**	**7**	**24**

Fonte: Centro de Saúde de Cinfães, Questionário Rede Social – Dezembro 2005

Em relação à situação profissional dos utentes constatamos que 46% se encontram em situação de desemprego. Logo esta problemática aditiva não afeta em exclusivo os utentes que têm problemas do álcool, mas influencia negativamente todos os elementos do agregado familiar, provocando desorganização psicossocial no relacionamento familiar e, por vezes até, a rutura. **(**Questionário Rede Social 2005)

3.2.2. Projeto CRER

Esta consulta de alcoologia foi mantida em funcionamento na UCSP Cinfães até ao ano de 2015, aquando da realização de um novo levantamento de utentes do concelho com PLA, visto que a problemática se tinha agravado no concelho. Na altura do levantamento e segundo os dados da Rede Social da Câmara Municipal de Cinfães (2015) foram identificados 208 utentes, dos quais 163 do sexo masculino e 45 do sexo feminino, sendo que as freguesias mais problemáticas eram Cinfães, São Cristóvão de Nogueira, Souselo e Tendais. Após a leitura destes dados e devido ao seu meio envolvente, deu-se início ao projeto piloto - CRER, uma parceria com a ARS Norte, o SICAD, a Câmara Municipal de Cinfães, o ACES Tâmega I - Baixo Tâmega e a UCSP Cinfães, tudo em prol do utente. **(**Rede Social 2015)

A UCSP de Cinfães apresenta 19,067 utentes inscritos, dos quais 586 utentes estão atribuídos com PLA segundo a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) em junho de 2018 (Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA) 2011). Destes 586 utentes do concelho identificados com PLA, cerca de 559 estão identificados como tendo abusos crónicos de álcool e cerca de 27 utentes apresentam consumos agudos de álcool. Esta classificação assenta em três elementos importantes da consulta: motivos que levaram à marcação de consulta, diagnósticos ou problemas, e procedimentos. De acordo com a Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA) 2011, O ICPC tem por base a tradicional Classificação Internacional de Doenças (CID) e constitui uma classificação que reflete a distribuição e conteúdos típicos dos cuidados primários. Foi através da OMS e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) que foi possível codificar a atividade clínica nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com a finalidade que

todos os profissionais envolvidos utilizem uma linguagem comum a nível internacional. Esta classificação reflete as especificidades da prestação de cuidados ao nível dos CSP, na qual a abordagem efetuada pelos médicos de família exige um sistema de codificação adequado à sua prática. Neste contexto de cuidados o foco dos profissionais de saúde não se esgota na doença e abrange outras dimensões que influenciam a pessoa e a sua saúde. Os sistemas de informação e registos clínicos são um componente essencial na matriz em que está assente a governação clínica e da saúde. A qualidade dos registos e toda a informação que pode gerar depende de uma codificação clínica correta e generalizada a todos os episódios de interação entre o médico de família e o seu paciente, ICPC. (WONCA 2011)

Tabela 9 - Dados dos Indicadores referentes ao Projeto CRER

D. Desenvolvimento Rede	2015-2017	*AUDIT*	*ASSIST*	OBSERVAÇÕES
D.1.Total utentes rastreados	97	97	97	4 óbitos
D.2. Total de utentes alvo de intervenções breves	93			
D.3. Valor médio dos intervalos entre a referenciação e a 1ª consulta	12 dias			
D. 4. Total de utentes com continuidade cuidados	97			
-Número 1ª consultas	13,48,36			
-Número de consultas de seguimento	149			
-Número de consultas de psicologia	141			
-% Utentes em abstinência/ redução consumos	43%			
-Número de utentes referenciados ao CRI	13			

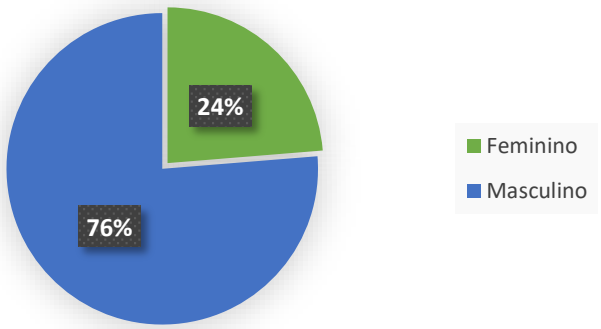
De acordo com a tabela a amostra do projeto CRER é composta por 97 indivíduos de ambos os sexos pertencentes ao concelho de Cinfães. Estes dados foram recolhidos na consulta do

projeto CRER ente Maio de 2015 e Dezembro de 2017. Após serem prestados todos os esclarecimentos adicionais necessários durante a primeira consulta, que incluíram a explicitação dos objetivos do estudo e a garantia de anonimato e confidencialidade é realizada uma breve consulta de grupo, onde se procede ao autopreenchimento de instrumentos, que exigem um tempo máximo de 5 minutos, incluindo os dados de caracterização.

Dos 97 utentes do projeto, quatro utentes faleceram permanecendo no projeto apenas 93 utentes em continuidade de cuidados, traduzindo uma taxa de abstinência/ redução de consumos de 43%. Foram encaminhados / referenciados para o CRI, 13 utentes para realizarem o processo de desabituação alcoólica dos quais apenas 5 finalizaram o processo. É de salientar que o valor médio dos intervalos entre a referenciação e a 1ª consulta é de cerca de 12 dias, mas que não depende apenas da equipa, visto que a maioria dos utentes necessita de transporte para se deslocar e como não existem autocarros não conseguem ir às consultas. **(**Questionário Rede Social 2005)

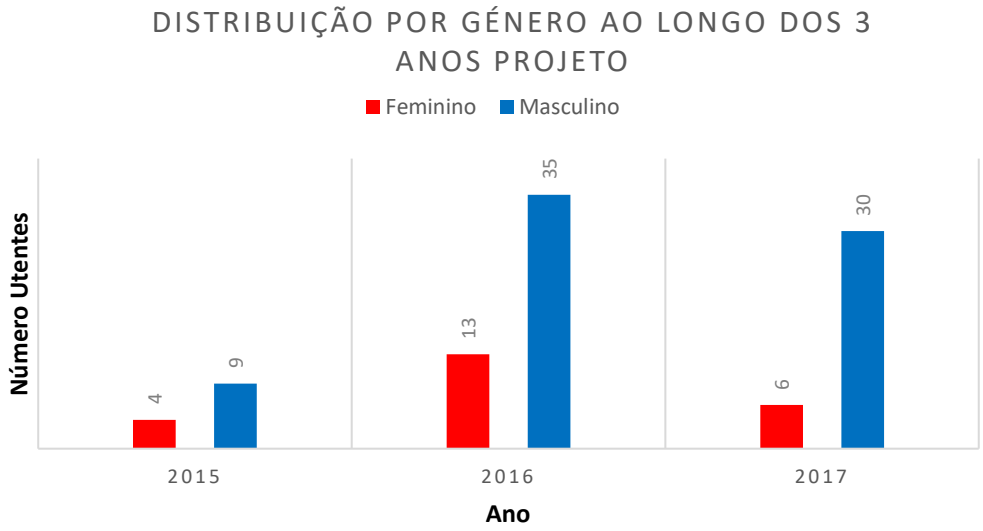
No ano de 2015, aquando do início do projeto CRER, foram realizadas 13 novas consultas, visto que o projeto ainda se encontrava numa fase de divulgação. No ano 2016 já foram efetuadas 48 novas consultas, e foram realizadas as consultas de seguimento dos utentes que transitaram do ano anterior. Por fim no ano de 2017, realizaram-se 36 novas consultas, um número mais baixo, devido ausências prolongadas de membros da equipa multidisciplinar.
Todas as novas consultas de acolhimento são realizadas pela equipa multidisciplinar do projeto CRER em dia próprio. Após essa primeira consulta de acolhimento o utente tem diferentes marcações para consulta com os diferentes elementos da equipa, só voltando a ter consulta com a equipa multidisciplinar se necessário.
Durante o já referido período do projeto CRER houve necessidade de reorganizar alguns elementos da equipa, situação que foi resolvida sem prejuízo de maior para os utentes ficando asseguradas as consultas pelo resto da equipa e isso reflete-se nas metas conseguidas, embora tendo diminuído o número de consulta no ano de 2017.

Gráfico 2 - Distribuição por Género



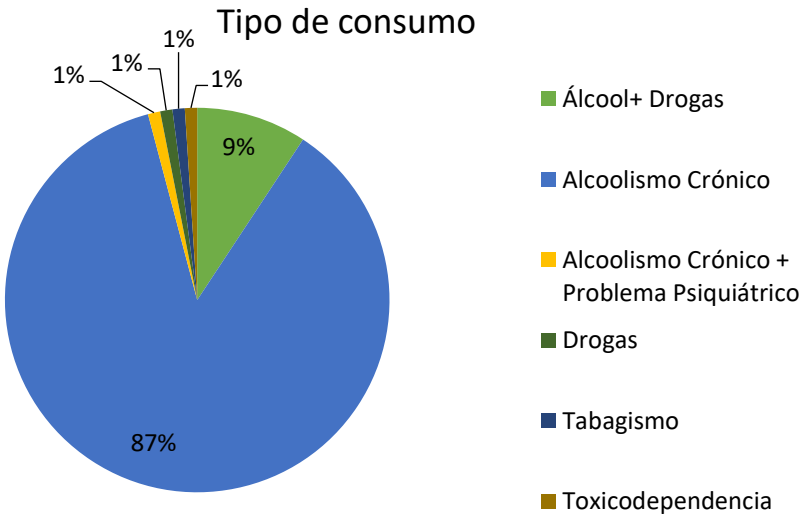
A amostra no final de 2017 do projeto CRER é composta por 97 indivíduos, dos quais 76% são do sexo masculino e 24% do sexo feminino conforme se pode verificar no gráfico 2.

Gráfico 3 - Distribuição por Género ao longo dos 3 anos projeto



Ao longo dos três anos do projeto CRER podemos verificar que o número de utentes do sexo masculino aumentou do primeiro para o segundo ano de projeto mas reverteu no terceiro ano, pelo que demonstra o gráfico 3. O número de utentes do sexo feminino também sofreu a mesma variação ao longo dos três anos. O consumo de bebidas alcoólicas apresenta pesos diferentes em função do género, visto que ao sexo masculino associamos consumos mais altos e regulares, enquanto no sexo feminino temos um consumo menos frequente, mais ocasional. A reversão identificada poderá ser explicada pelo fato da equipa ter perdido um elemento, enfermagem, desde o início de maio até ao final de dezembro de 2017, não tendo sido substituída durante esse mesmo período.

Gráfico 4 - Tipos Consumos Projeto CRER



O alcoolismo crónico sempre foi uma problemática na saúde do concelho de Cinfães, visto que muitos utentes produzem o seu próprio vinho, logo os PLA dificilmente vão ser combatidos. De acordo com o gráfico 4, os utentes no projeto CRER, 87% tem um problema de Alcoolismo crónico, 9% dos utentes apresenta problemas de álcool e consumos de drogas e 1% apresenta problemas de álcool e problema psiquiátrico já derivado dos consumos de álcool. Os restantes 2% são utentes com adições ao tabaco e toxicodependência que pretendem realizar o processo de desabituação das mesmas adições. Neste tipo de utentes o

vinho é, de todas, a bebida que mais promove um consumo moderado regular, enquanto a cerveja e as bebidas destiladas são de consumo mais ocasional, definindo-se a maioria dos seus consumidores como moderados irregulares. Apesar de não ter dados específicos da quantidade de álcool ingerida pelos utentes do projeto CRER, posso afirmar que a maioria dos utentes consome por dia entre 3 a 5 litros de vinho, segundo informação recolhida na colheita de dados aquando da entrevista inicial com o utente. A OMS estabelece que para se evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses por semana para os homens e 10 doses por semana para as mulheres, sendo que 1 dose contém de 8 a 13 gramas de etanol (ou seja, o equivalente a aproximadamente 285 ml de cerveja, 120 ml de vinho, ou 30 ml de bebidas espirituosas/destiladas por semana). Os homens não devem ultrapassar o consumo de 3 doses diárias de álcool (24 a 39gr de etanol) e as mulheres 1 dose diária.

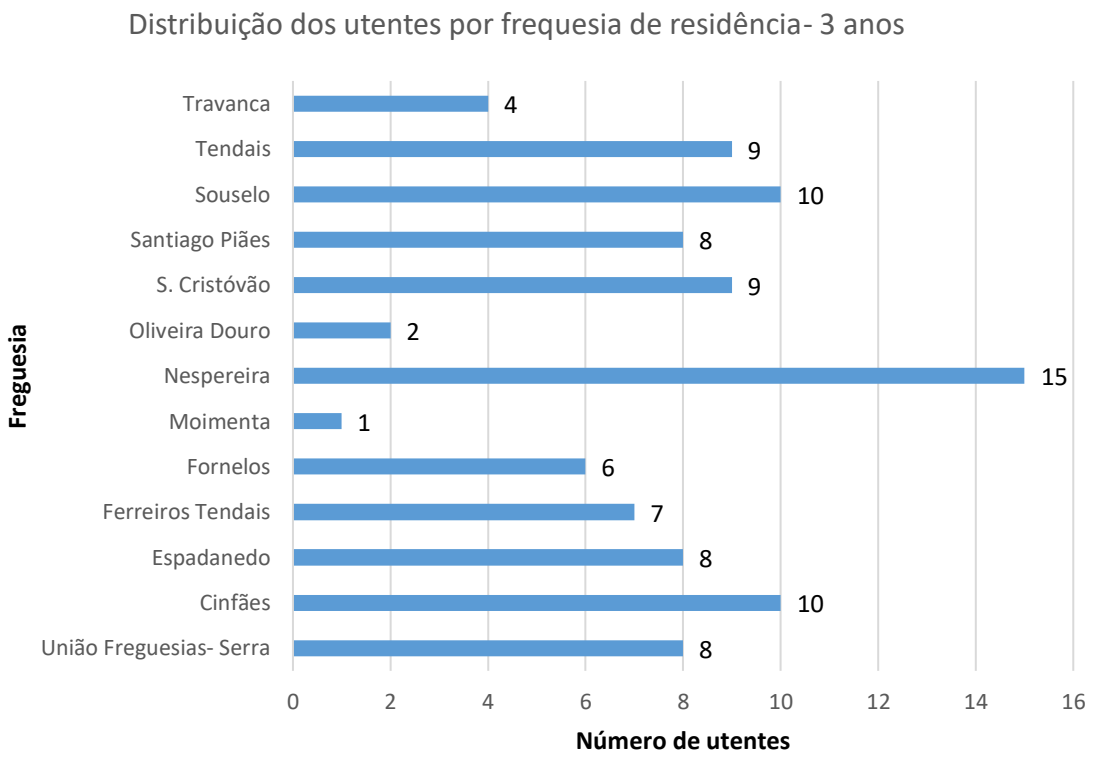
Gráfico 5 – Tipo de bebidas alcoólicas no projeto CRER



Pela análise do gráfico 5, observa-se que o vinho (61%) e a cerveja (27%) continuam a ser as bebidas alcoólicas mais consumidas entre os utentes do projeto CRER, sendo estas as duas bebidas predominantemente escolhidas. Muitos utentes do projeto relatam consumos variados e excessivos ao longo do dia, também variando também o tipo de bebida o que leva a que se estes façam misturas o que só os vai prejudicar ainda mais. Estes consumos devem-

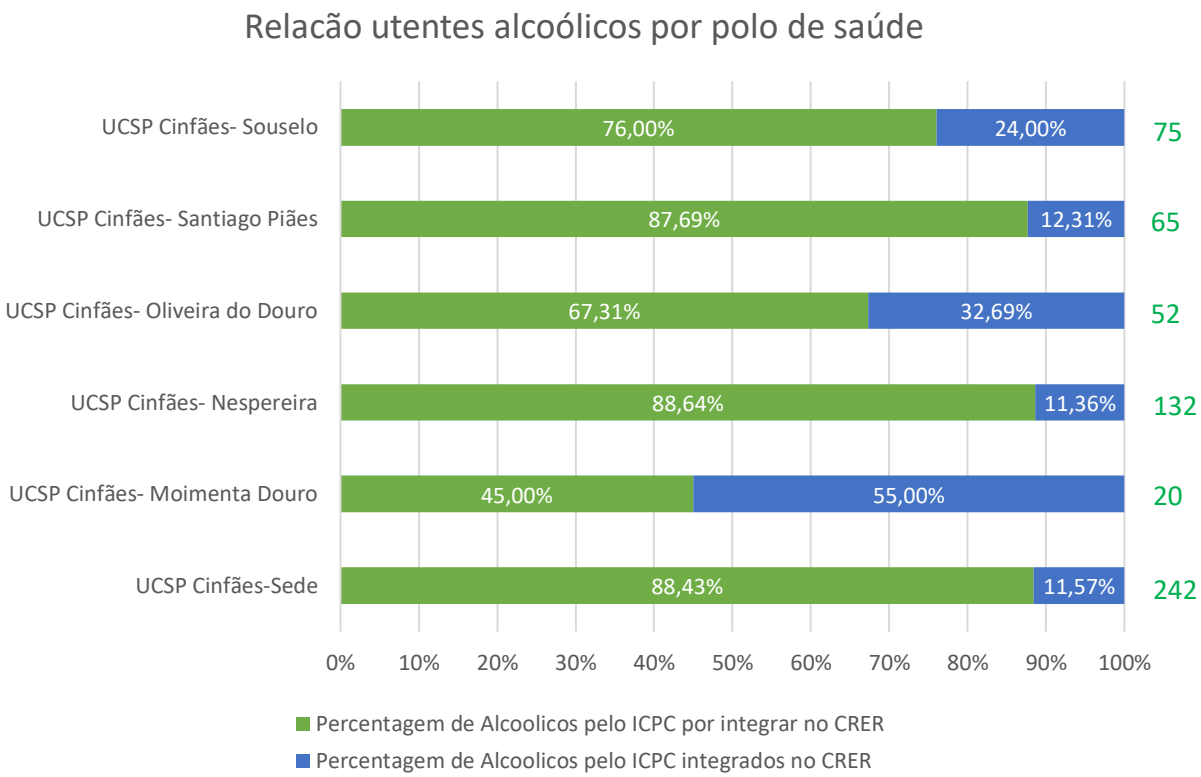
se ao facto dos utentes frequentarem cafés, visto terem disponibilidade de tempo, tendo em conta a sua situação laboral. Relatos dos próprios utentes em situação de entrevista realçam que estes acabam por muitas vezes não saberem as quantidades dos consumos ao final do dia.

Gráfico 6 - Consumos de álcool por freguesia



Pela análise do gráfico 6, referente à freguesia de residência dos utentes com PLA ao longo dos 3 anos no projeto CRER, podemos observar que a freguesia de Nespereira é a que apresenta mais utentes na consulta (15,5%). Seguida de Cinfães, Souselo e Tendais. Isto poderá ser explicado pelo facto de o polo de saúde de Nespereira, ter apenas um médico de família em permanência no polo de saúde, que tem um profundo conhecimento dos utentes e os referencia corretamente e atempadamente para o projeto.

Gráfico 7 - Relação utentes alcoólicos por polo saúde

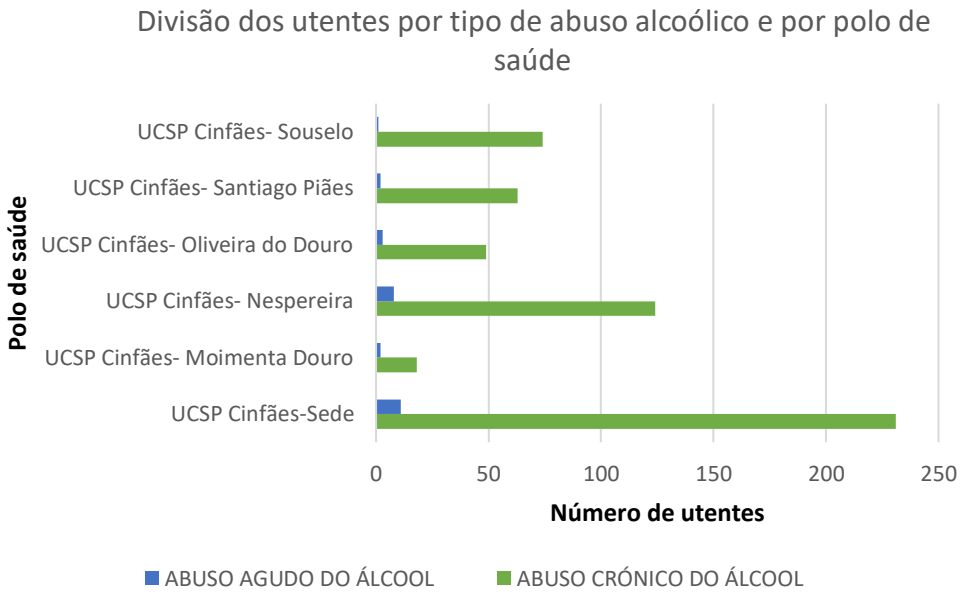


Com base nos 19067 utentes inscritos na UCSP Cinfães, 586 utentes estão identificados com PLA segundo a ICPC no gráfico 7. Com a cor verde estão representados os números de utentes identificados pelo ICPC por polo de saúde. Com a cor laranja observa-se a percentagem de utentes já pertencentes ao projeto CRER por relação com os utentes que falta integrar, representados em percentagem pela cor azul. Analisando o gráfico 7 observa-se que de acordo com polo de saúde de Moimenta, mais de metade dos utentes identificados pelo ICPC já pertencem ao projeto CRER. Isto porque, a totalidade dos utentes identificados é extremamente reduzida, de apenas 20 utentes com PLA. Podemos referir neste caso, que dos 20 utentes, 11 utentes pertencentes ao polo de saúde de Moimenta foram identificados pelo ICPC com PLA, ao mesmo tempo que foram integrados no projeto CRER. Isto porque estes 11 utentes tomaram uma atitude proactiva na vinda para o projeto.

A integração dos utentes identificados pelo ICPC com PLA no projeto CRER não é obrigatória e depende sempre do próprio utente o que causa baixas percentagens de

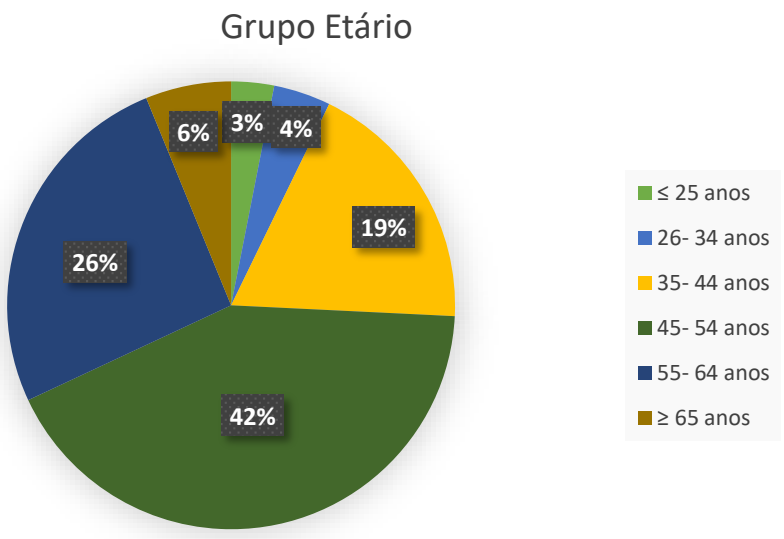
integração dos utentes, como é o caso de 11,57% em Cinfães e 11,36% em Nespereira. Por contraponto, alguns utentes com PLA, são incentivados a integrar o projeto CRER pela Segurança Social de modo a não verem os seus incentivos sociais alterados.

Gráfico 8 - Divisão dos utentes por tipo de abuso alcoólico e por polo de saúde



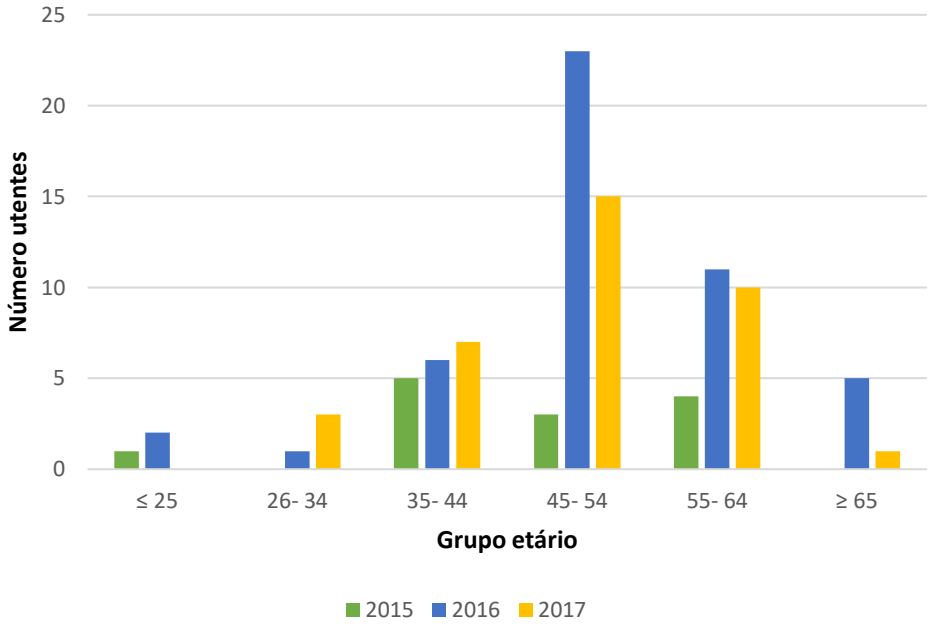
Com base nos 586 utentes com PLA e segundo a ICPC, estes são divididos em dois grupos. O grupo dos utentes com abuso agudo do álcool (27 utentes atribuídos) e o grupo dos utentes com abuso crónico do álcool (559 utentes atribuídos). Com base nesta classificação podemos referir que a maioria dos utentes com PLA tem abusos crónicos. Esta divisão entre utentes crónicos e agudos é de acordo com os resultados dos testes *AUDIT* e *ASSIST* aplicados em consulta. Isto reflete que estes consumos de álcool crónicos são derivados à quantidade de doses de álcool diárias ingeridas e também pela quantidade de anos que este é consumido.

Gráfico 9 - Divisão por grupo etário



De acordo com o gráfico 9, globalmente nos três anos deduzimos que o grupo etário dos 45-54 anos é o que apresenta mais PLA representando 42% dos utentes do projeto CRER. Neste projeto a amostra de utentes apresenta idades compreendidas entre os 19 anos e os 75 anos de idade, sendo que a média de idades do projeto CRER de aproximadamente 46 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 10,7 anos e uma mediana de idades de 49 anos (anexo XII). Podemos também concluir que a maioria dos utentes com PLA apresentam idades superiores a 45 anos (74%).

Gráfico 10 - Grupos Etários ao longo dos 3 anos do projeto CRER

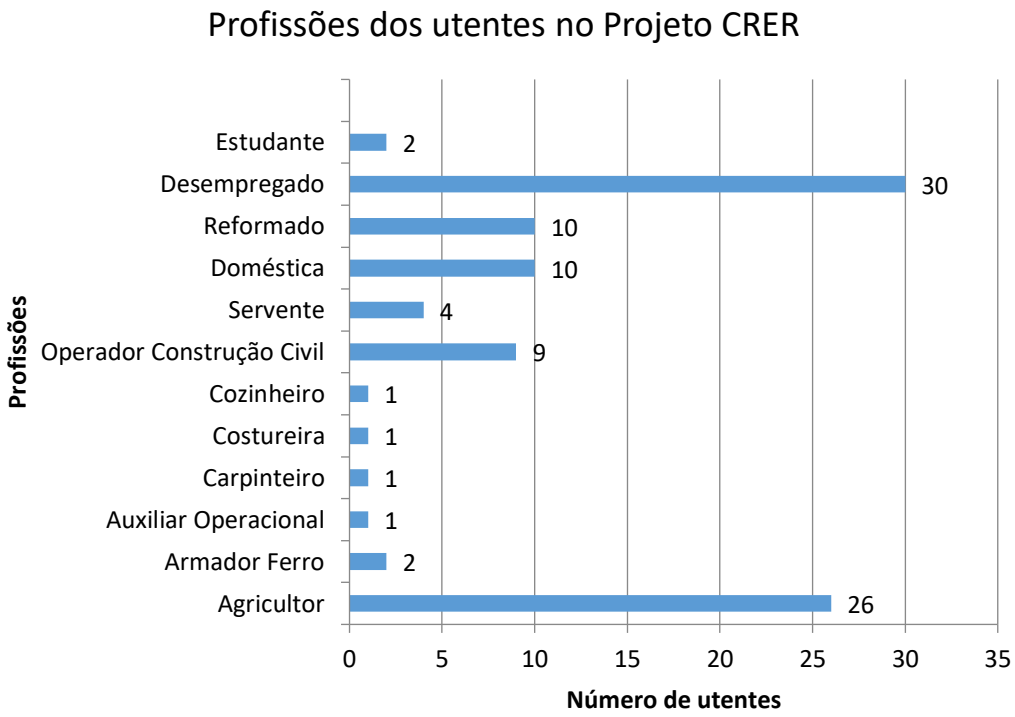


O consumo moderado é mais característico dos jovens, enquanto os consumos mais regulares ou até mesmo o abandono é feito nas pessoas mais idosas, grupo etário dos 55-64, de acordo com o gráfico 10.

De acordo com o projeto CRER apenas no ano de 2016 tivemos utentes de todos os grupos etárias com PLA. Destes verificou-se que a maioria pertence ao grupo etário dos 45-54 anos, sendo que também foi o ano com maior número de novos utentes no projeto. Podemos concluir que a média de idades dos utentes no projeto CRER no ano de 2015 foi de aproximadamente 43 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 11,5 anos e uma mediana de idades de 44 anos (anexo XIII). No ano de 2016, o projeto apresentou uma média de aproximadamente 48 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 11 anos e uma mediana de idades de 48 anos. Por fim no ano de 2017, o projeto CRER apresentou uma média de idades de aproximadamente 49 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 10,6 anos e uma mediana de 49 anos. Posso referir que em termos de projeto, a amostra é relativamente pequena para a dimensão dos PLA no concelho de Cinfães e que a média de idades do projeto ao longo dos anos se tem aproximado da idade dos grupos

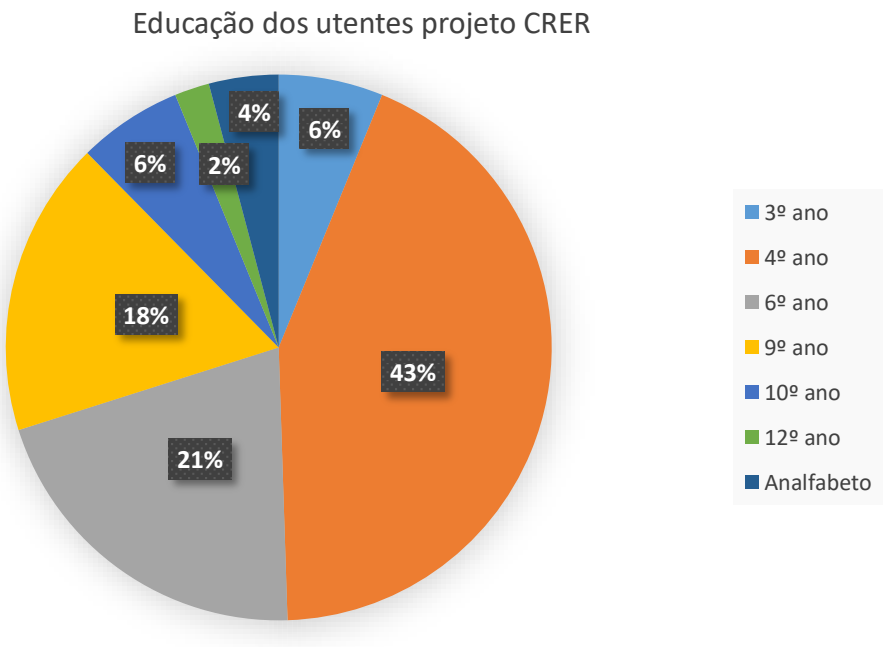
etários mais frequentemente descritos na bibliografia sobre a problemática. Seria interessante fazer o estudo no círculo familiar relativo aos três utentes que se situam no grupo etário dos ≤ 25 anos de forma a verificar se existe ou não consumos excessivos de álcool.

Gráfico 11 - Profissões dos utentes no Projeto CRER



Pelo que constatamos a maioria dos utentes do projeto CRER são desempregados (30%), seguidos dos agricultores (26%). Ao analisarmos o gráfico 13, podemos concluir que o desemprego assume-se como a situação predominante no concelho. De acordo com dados do INE, sabemos que o concelho de Cinfães apresentava uma percentagem de desempregados inscritos de 11,8% no intervalo entre os 15 e os 64 anos em 2017, segundo dados do IEFP/MTSSS, INE, PORDATA (2017). Ainda e segundo a mesma fonte, isto deve-se a uma rede de transportes públicos insuficiente, falta de investimento empresarial, entre outros.

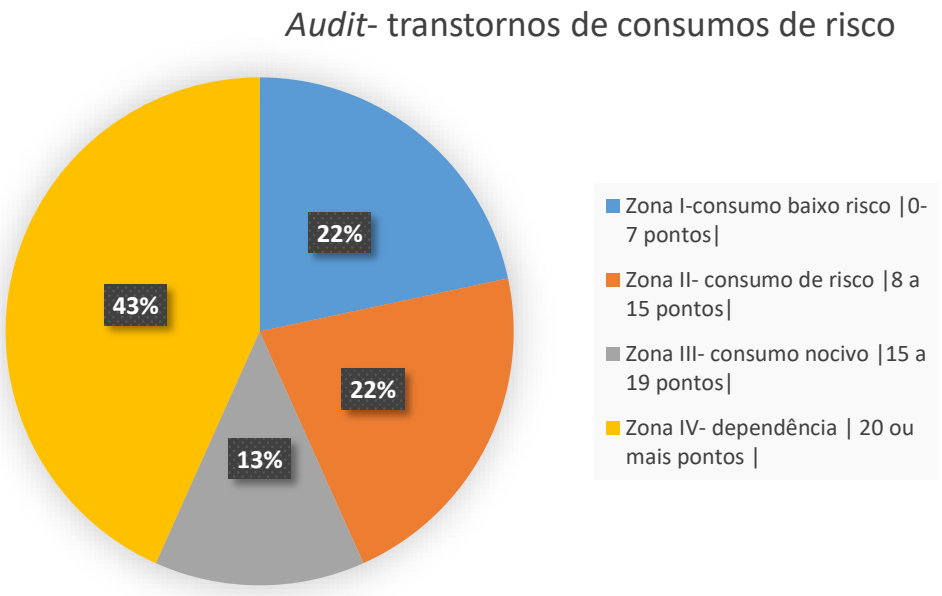
Gráfico 12 - Educação dos utentes projeto CRER



De acordo com o gráfico 14 e relativamente ao tipo de educação formal dos participantes do projeto constatamos que 43% dos inquiridos têm o 4º ano, o que vem de encontro aos dados descritos acerca da população residente no concelho. Cerca de 21% dos utentes têm o 6º ano e 18% têm o 9º ano.

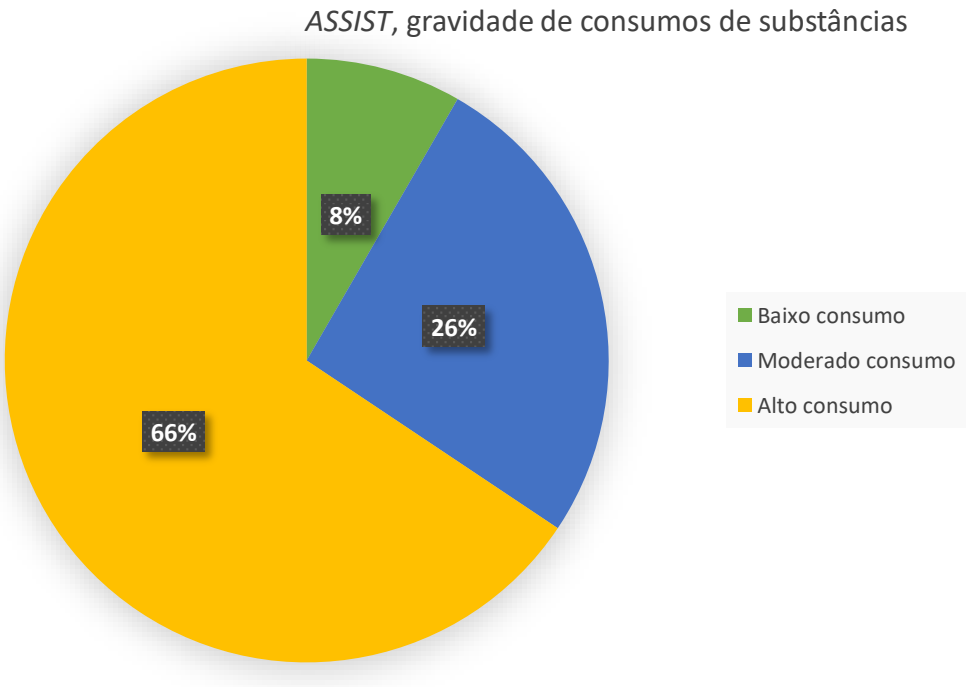
Este tipo de utentes com PLA por norma apresenta níveis de educação formal baixos, com escolaridade baixa muitas vezes por culpa dos próprios pais, que os obrigavam a trabalhar na agricultura em vez de os enviarem para a escola. Como consequência desta situação, estes utentes apresentam baixa qualificação profissional o que por sua vez origina falta de mão-de-obra qualificada para o concelho.

Gráfico 13 - Teste *AUDIT*, níveis de consumo álcool



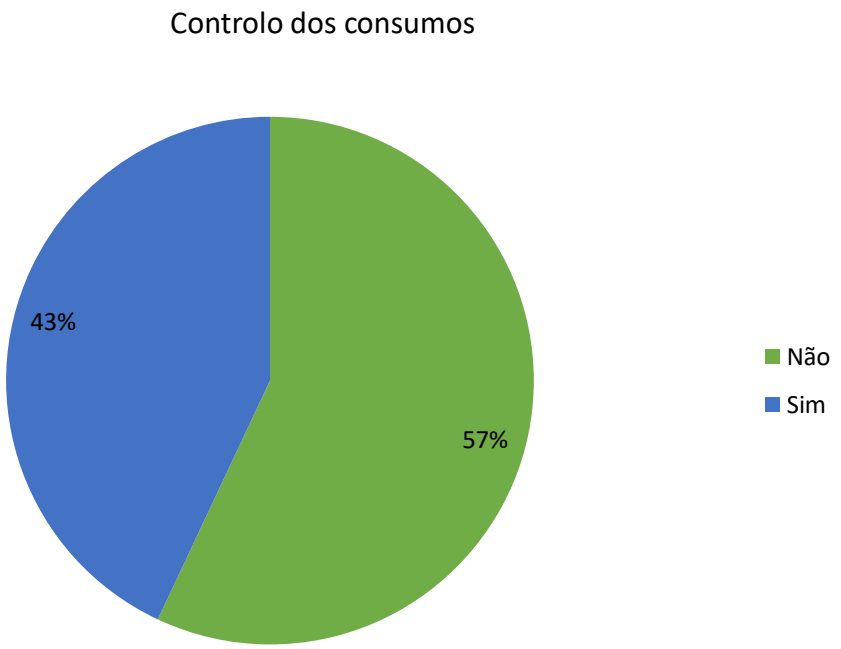
De acordo com o gráfico 15, podemos visualizar que 43% dos utentes apresentam um nível de consumos na zona IV, o que nos leva a uma situação de dependência. Nestes casos, após análise dos testes aplicados, se o utente concordar e estiver motivado para tal, será encaminhado para os cuidados de saúde especializados, CRI, para início de processo desabituação alcoólica em regime de internamento na unidade de desabituação alcoólica do norte. Os utentes que apresentam consumos de risco e consumos nocivos (22%), são orientados em consulta, no projeto CRER onde são realizadas intervenções breves para a redução de consumos.

Gráfico 14 – Teste *ASSIST*, gravidade de consumos de substâncias



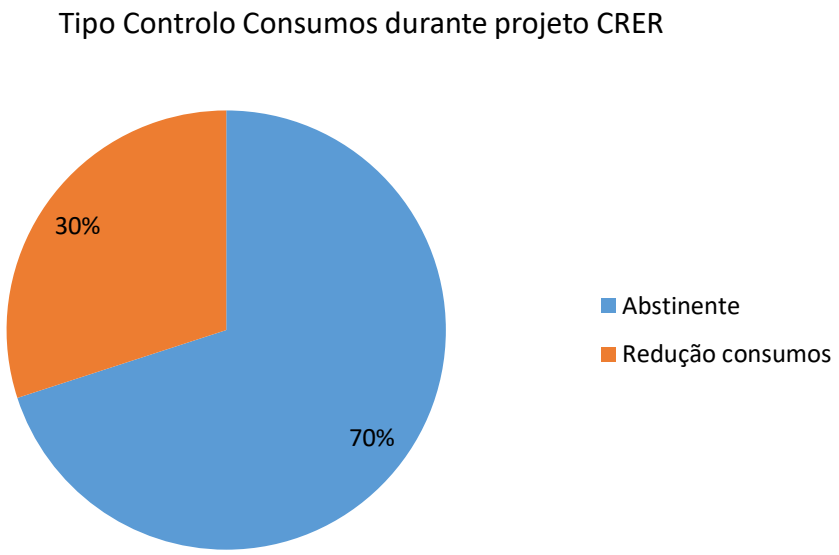
Relativamente ao teste ASSIST e de acordo com gráfico 16, cerca de 66% dos utentes apresentam situação de dependência, perante os PLA. Nestes casos e após análise dos testes aplicados e de acordo com a motivação do utente, este será encaminhado para os cuidados de saúde especializados, CRI, para ser encaminhado para o processo de desabituação de drogas lícitas e ilícitas, de acordo com lista de espera da unidade desabituação do norte. Os utentes que apresentam moderados ou baixo (26 %), são orientados em consulta, no projeto CRER e são realizadas intervenções breves para a redução e abstinência de consumos.

Gráfico 15 - Controlo consumos durante projeto CRER



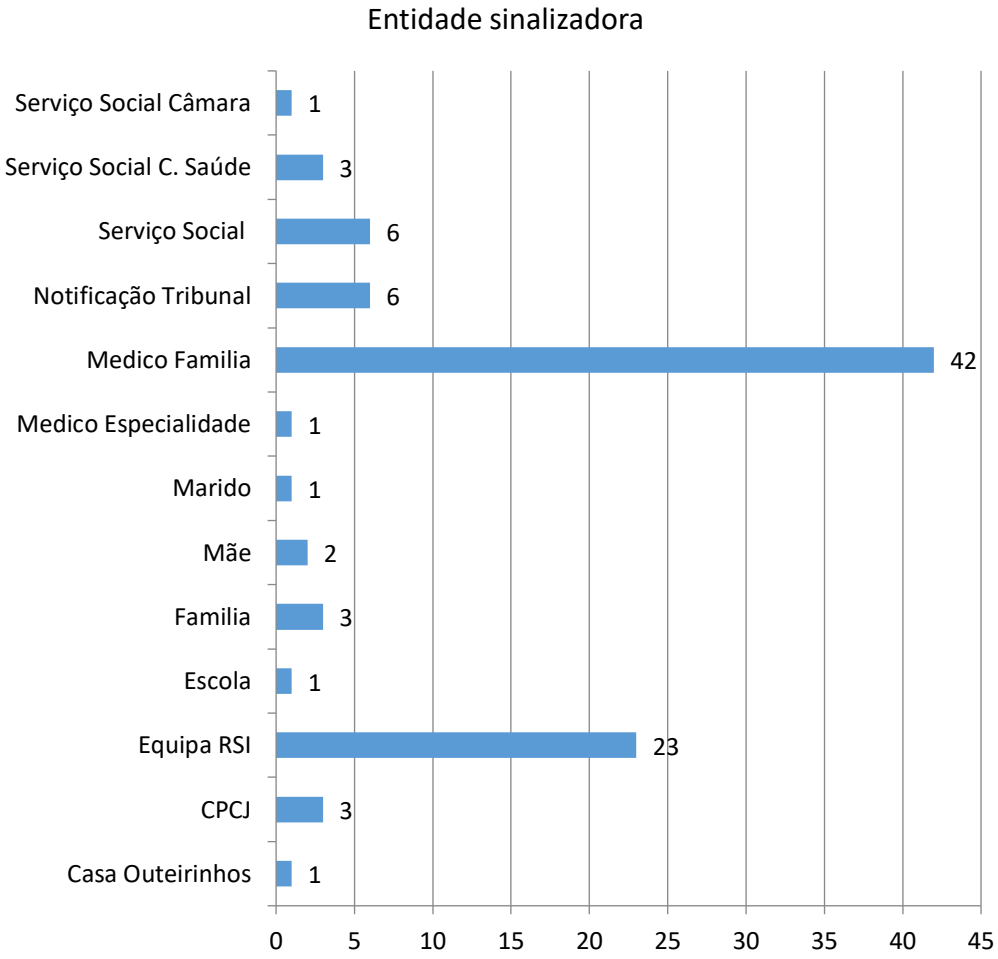
Segundo o gráfico 17, podemos verificar que durante os três anos do projeto CRER, de um universo de 93 utentes, 43% dos utentes estão em controlo de consumos (40 utentes), sendo que 57% dos utentes mantém consumos regulares (53 utentes). O controlo de consumos, significa que o utente ou se encontra em redução das quantidades de bebidas alcoólicas ingeridas por dia, ou está em abstinência. Para os utentes, os riscos associados ao consumo de álcool são bastante importantes, visto que a maioria dos utentes já tem outras doenças por base associadas, o que faz com que a redução dos consumos seja gradual e mais eficaz do que mesmo a abstinência dos consumos. Durante os três anos do projeto constatamos que quatro utentes faleceram devido a PLA.

Gráfico 16 - Tipo Controlo Consumos durante projeto CRER



Da observação ao gráfico 18, podemos concluir que 70% dos utentes se encontram abstinentes (28 utentes) e que 30% (12 utentes) se encontram em redução de consumos, dos 43% que estão em controlo de consumos, em referência no gráfico 16. Em contexto de consulta e até em situações mais informais, os utentes passam-nos muitas vezes informações importantes acerca dos consumos que revelam pontos preocupantes para a redução dos mesmos. Esta redução de consumos torna-se bastante preocupante, visto que existem muitas tentações para o utentes, tais como ter a sua própria produção de vinho, trabalhar por conta de outrem e ser pago em litros de vinho, na altura do verão as festas populares, porque basta um pequeno copo de vinho para o utente ter uma recaída. A motivação do utente é um foco importante para o sucesso da redução dos consumos e mesmo da abstinência, porque se o utente não estiver motivado para a redução dos consumos, volta a beber. Por isso durante a redução dos consumos ou mesmo durante o processo de abstinência os utentes mantém o acompanhamento no projeto CRER, para durante pelo menos 12 meses, não terem nenhuma recaída.

Gráfico 17 - Entidade sinalizadora



De acordo com o gráfico 19, constatamos que a grande maioria da referenciação dos utentes para o projeto CRER é feita pelos médicos de família, visto que a grande maioria dos utentes já tem associadas outras patologias devido aos PLA. De salientar que também os serviços da Equipa de Rendimento Social de Inserção (RSI) têm um grande impacto na referenciação destes utentes. Isto reflete uma boa rede de referenciação/articulação entre os diversos serviços disponíveis no concelho para o bem do utente. Convém referir que mesmo sendo referenciados, os utentes não são obrigados a frequentar o projeto CRER, podendo também abandonar o projeto em qualquer momento. Consideramos que os utentes referenciados, são todos os utentes que tiveram pelo menos uma consulta no projeto CRER.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO RESULTADOS

Perante esta dissertação, defini como objetivo avaliar o projeto CRER. Constatei que permanecem no projeto CRER um total 93 utentes de uma amostra de 97 (incluindo quatro óbitos, dos quais três do sexo masculino e dois do sexo feminino), para tratamento de desabituação alcoólica, residentes no concelho de Cinfães, distrito de Viseu. São essencialmente utentes do sexo masculino, com idade média aproximada de 46 anos e baixa escolaridade. Estes utentes pertencem a famílias pequenas e restritas e na sua grande maioria, desempregados ou reformados e agricultores, tendo como fonte de rendimento a reforma, o subsídio de desemprego ou o rendimento social de inserção, com historial de consumos, na sua maioria com início em idades muito precoces.

A amostra de utentes do projeto CRER encontra-se dividida entre os que se mantinham abstinentes (43%) e os que mantinham consumos, paralelamente ao tratamento (57%). Todos os utentes que integram o projeto CRER apresentam um conjunto significativo de pelo menos uma ou mais doenças associadas, desde as hepáticas, às respiratórias, passando pelas digestivas e entre outras.

A análise aos dados recolhidos permite constatar que ao longo destes três anos, a grande maioria dos utentes no projeto é referenciada pelo médico de família.

Ao fim destes anos, o trabalho desenvolvido pelo projeto conseguiu uma redução nos consumos de bebidas alcoólicas, o que por si só já trás benefícios para o utente, não só a nível da saúde mas também ao nível das relações familiares e das relações sociais.

Como era expetável, base no relatório da rede social da câmara municipal de Cinfães 2006, e segundo dados do INE (2015), a grande maioria dos utentes do projeto apresenta baixos níveis de escolaridade mantendo assim idênticos resultados. A baixa escolaridade faz com que tenham dificuldades em perceber esta problemática e as consequências que daí advêm. A grande maioria dos utentes não considera a dependência como uma doença crónica e grave, que necessita de tratamento e de apoio profissional, mas destacam e incentivam o trabalho feito pela equipa multidisciplinar. Apesar de os conhecimentos acerca do álcool não serem por si só suficientes para alterar comportamentos, são necessários para a construção da perceção acerca do risco dos efeitos associados ao consumo de álcool.

Caracterizados os alcoólicos, importa referir que o número real poderá ser muito superior ao relatado, no entanto, ainda não nos foi possível ter o número em concreto, visto que só foram disponibilizadas 10 horas semanais a alguns elementos da equipa para a execução do projeto CRER. Para agravar a situação da limitação da carga horária, durante o ano de 2017, a equipa perdeu o elemento de enfermagem, não tendo sido substituído até dezembro de 2017. Isto fez com que houvesse um decréscimo nas consultas realizadas no projeto CRER, no ano e 2017.

Em relação às quantidades de álcool ingeridas por utente, não nos é possível referir a quantidade exata de litros consumidos, visto que os utentes questionados não conseguem referir a medida exata do recipiente que usam para consumir e as informações obtidas neste item não são fidedignas nem passíveis de figurar num gráfico de volume de álcool consumido. O que de certa forma nos limita em termos de trabalho estatístico.

Ao longo dos três anos do projeto CRER tivemos quatro utentes que acabaram por falecer, devido a problemas ligados aos consumos de álcool, visto que já apresentavam um agravamento do estado geral de saúde aquando da entrada no projeto CRER, devido a consumos excessivos de álcool.

Um outro senão para o projeto CRER, é o tempo de espera que a Unidade de Desabituação do Norte, (UDN) apresenta para a realização do processo de desabituação alcoólica. Devido ao grande número de utentes com esta problemática e ao reduzido número de camas disponíveis na região norte, a UDN chegou a ter um tempo de espera para internamento superior a 4 meses, o que fez com que nesse período, os utentes que foram referenciados para o CRI, perdessem a motivação para o tratamento regressando aos consumos de álcool. Isto sim é um retrocesso para o projeto CRER, visto que não conseguimos dar resposta para o internamento em tempo útil para o utente. De referir mais uma vez que dos treze utentes referenciados ao CRI para processo de desabituação alcoólica, apenas cinco utentes realizaram o processo dos quais dois já voltaram aos consumos ao fim de dois anos abstinentes.

Como podemos constatar ao longo desta dissertação, Cinfães apresenta um elevado número de casos de Alcoolismo no concelho, isto porque existe um enraizamento cultural de hábitos de consumo de álcool devido ao início dos consumos em idade precoce. Estes consumos iniciam-se logo em casa, ou com os pais ou amigos da mesma idade. As famílias destes

utentes são por si só famílias sócio e economicamente desfavorecidas, apresentando fragilidades e desorganização na estrutura familiar, muitas vezes com situações de violência doméstica, causada a grande maioria das vezes devido aos altos consumos de álcool.

Um outro ponto negativo que podemos retirar desta dissertação é que o concelho de Cinfães apresenta uma grande dispersão geográfica das freguesias o que leva a uma rede de transportes públicos e privados muito deficitária assim como as suas acessibilidades, fazendo com que os utentes muitas vezes faltem às consultas para o tratamento dos PLA, como também às próprias consultas com o médico de família.

O conselho apresenta também uma fraca resposta das instituições face a esta problemática, tais como, Santa Casa Misericórdia Cinfães, Associações de Solidariedade do concelho, IPSS do concelho, Câmara Municipal de Cinfães e UCSP Cinfães, isto é, falta de informação face aos malefícios do consumo de álcool à população, tratamento da problemática, acompanhamento e prevenção dos consumos e por fim integração social. Muitos utentes após o processo de desabituação alcoólica, ao regressar ao seu meio, não têm uma rede de apoio definida com programas direcionados para a ocupação de tempos livres, levando a que muitos voltem aos consumos, visto que também não têm emprego. Algumas destas situações acontecem porque também existe falta de técnicos especializados nas mais diversas áreas do concelho, nomeadamente na área da Alcoologia, dos quais estão em falta enfermeiros e médicos de família na UCSP Cinfães.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO

É um dado incontestável que a Europa continua a ser o continente onde o consumo de álcool "*per capita* "é mais elevado, apenas um quarto da população se abstém. (Campos & Ribeiro 2012) Através de estudos epidemiológicos sabemos que de todas as substâncias psicoativas, o álcool é a mais consumida, estimando-se que cerca de 2 biliões de pessoas no mundo (num total de 6,7 biliões) consumam bebidas alcoólicas (SICAD 2017). A nível mundial têm ocorrido alterações nos comportamentos de consumo, passando algumas regiões do mundo a consumir mais, e outras a ver a sua taxa de prevalências a diminuir. O estudo do álcool tem sofrido várias mudanças de paradigmas, de perspetivas intra e interdisciplinarmente. Vários autores indicam que o álcool deve ser tratado na sua multidimensionalidade: comportamentos, ideias, costumes, mitologias, padrões, processos, tradições, rituais e regras sociais implícitas de consumo e instituições, entre outros, que constituem o fenómeno. (SICAD 2017)

Para melhor programar e planificar o conjunto de intervenções destinadas a reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e caraterizar os grupos de pessoas com problemáticas aditivas implantou-se o projeto CRER a nível local. Concluímos através das consultas com a equipa multidisciplinar que, o que estes necessitam é de intervenções simples, efetivas, de cariz comunicacional, como a escuta, o toque e o apoio efetivo e incondicional. A avaliação realizada sobre o percurso desenvolvido neste projeto é francamente positiva, pois consegue atingir os objetivos propostos aquando do início do projeto, com a conquista dos indicadores propostos. As dificuldades encontradas fazem parte de um processo de aprendizagem que julgo positivo e que deixará, com certeza, marcas pessoais, não só tendo em conta a minha profissão de enfermeira como também aliada ao facto de ser especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Portugal é um país que apresenta caraterísticas um tanto paradoxais, na medida em que convive lado a lado a pobreza e a exclusão social, de certa forma estruturais, mas também decorrentes das crises financeiras, e por outro lado apresenta facetas que o fazem aproximar dos países desenvolvidos. Nas zonas mais rurais, a interioridade, o isolamento e a desertificação atingem particularmente os idosos pensionistas, os agricultores e assalariados

de baixo rendimento, os desempregados, as pessoas com deficiência e problemas de alcoolismo.

Daí que seja necessário analisar e ponderar criteriosa e exaustivamente as estratégias de combate à pobreza e exclusão social tendo em conta os novos focos de pobreza, o empobrecimento das classes médias, a evolução e regressão constante dos mercados de trabalho. Neste sentido, é preciso descentralizar as dinâmicas de intervenção social e a concretização de projetos multidimensionais integrados, planificados e operacionalizados em função dos problemas diagnosticados nos diversos territórios, implicando o progressivo enquadramento das intervenções sociais no âmbito de processos de desenvolvimento socioeconómico locais. (Passim, Castro 2000) Também não foi ignorado que as reformas atualmente em curso no Serviço Nacional de Saúde (SNS) vão no sentido de uma cada vez maior centralidade na Pessoa, proximidade e integração dos cuidados e que subsiste a necessidade de otimizar os recursos disponíveis, articulando-os e potenciando as sinergias intra e intersectoriais. Impõe-se que as políticas de inserção traduzam um esforço criativo no delinear de estratégias eficazes, tendentes a uma consolidação progressiva no tempo, afastando-se do carácter pontual e improvisado de grande parte das ações e programas. (Passim, Castro 2000)

Relativamente ao estudo que se debruça sobre estas problemáticas no concelho de Cinfães, as estatísticas apontam para uma elevada percentagem de indivíduos com adição ao álcool. Estes valores devem-se ao enraizamento cultural de consumo de álcool e à deficiente informação relativamente às consequências nocivas do consumo excessivo de álcool no concelho. Por outro lado, também o consumo de outras drogas tem aumentado no território de Cinfães nos últimos anos. Tendo em conta esta situação, as respostas e equipamentos sociais existentes, nomeadamente as consultas de adições efetuadas pela UCSP de Cinfães e os diversos Serviços de Ação Social das instituições locais, manifestam-se insuficientes para colmatar as necessidades das populações alvo. A insuficiência de respostas específicas vocacionadas para estas problemáticas não nos permite averiguar o número real de casos existentes no concelho. Estima-se assim que, a prevalência destes casos seja muito superior ao número apurado. Além disso, a deficitária rede de transportes e acessibilidades vem dificultar o tratamento dos indivíduos em acompanhamento pela Unidade de Alcoologia, uma vez que se situam em locais centrais.

Os efeitos positivos do projeto CRER refletem importantes mudanças que se irão repercutir no desenvolvimento atual e futuro do utente, e ainda, constituir uma influência positiva na sua interação com os outros. As estratégias implementadas com o projeto CRER resultaram numa melhoria das condições de vida, saúde e de sobrevivência dos utentes, sua família e até mesmo da sua comunidade, visando mantê-los inseridos na rede e na sociedade evitando a marginalização. Procuram oportunidades de inclusão social oferecendo condições para que o utente possa repensar a sua relação com os consumos. (SICAD 2017) A oferta de tratamento, então, ocorre como uma perspetiva de ganhos em termos de liberdade e autonomia, enfatizando a corresponsabilização do sujeito pelo seu próprio tratamento. (SICAD 2017) Apesar dos bons resultados, muitas barreiras ainda são encontradas na sua implementação. Esses impedimentos estão dependentes de decisões políticas e hierarquicamente superiores. No que se refere ao aumento dos conhecimentos acerca do álcool destaca-se a possibilidade de este poder interferir na perceção do risco no sentido de reforçar a sua proteção. Tendo em conta os resultados, considera-se que o projeto CRER enquanto projeto piloto poderá ser integrado em diferentes concelhos no âmbito da prevenção para os problemas ligados ao álcool. Em ambos os momentos de implementação do projeto foram realizadas várias intervenções, junto da população-alvo. (SICAD 2017) Salienta-se a importância de toda uma equipa multidisciplinar no processo de planeamento, implementação e avaliação de projeto de intervenção. Pode-se concluir que este estudo representa um contributo no domínio dos programas de intervenção de prevenção de uso/abuso de álcool em Portugal, em sintonia com as recomendações recentes da OMS sobre esta matéria. Recomenda-se a continuidade deste programa de prevenção de uso/abuso de álcool (projeto CRER) e a sua replicação em concelhos problemáticos. (SICAD 2017)

Com certeza que, há ainda muito trabalho a fazer no domínio das adições, particularmente neste caso de consumo nocivo de bebidas alcoólicas, no entanto, o projeto CRER, pelos resultados obtidos tem vindo a dar uma resposta satisfatória às necessidades das população nesta área. Há ainda um grande caminho a percorrer, embora a experiência evidencie que a aliança entre as diversas entidades e o treino de competências pessoais e sociais são o mote para o sucesso.

Há vários fatores que devem ser tidos em conta e entrar como elementos de ponderação em pesquisas e estudos futuros sobre os consumos, nomeadamente, o local onde ocorre o

consumo, situações em que ocorre o consumo, circunstâncias em que ocorre o consumo e as quantidades diárias de consumos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bailey, K., Bartholow, B. D., Saults, J. S., & Lust, S. A. (2014). Give me just a little more time: effects of alcohol on the failure and recovery of cognitive control. J Abnorm Psychol, 123(1), 152-167. doi: 10.1037/a0035662.

Bateman, A.; Brown, D.; Pedder, J. (2003). Princípios e prática das psicoterapias, Lisboa: Climpsi Editores.

Bell, R. L., Rodd, Z. A., Engleman, E. A., Toalston, J. E., & McBride, W. J. (2014). Scheduled access alcohol drinking by alcohol-preferring (P) and high-alcohol-drinking (HAD) rats: modeling adolescent and adult binge-like drinking. Alcohol, 48(3), 225-234. doi: 10.1016/j.alcohol.2013.10.004

Bertholet, N., Murphy, J. G., Daeppen, J. B., Gmel, G., & Gaume, J. (2015). The alcohol purchase task in young men from the general population. Drug Alcohol Depend, 146, 39-44. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.10.024.

Borges, A.; Filho, H. (2007). Intervenções breves. Usos, abusos de álcool e outras drogas. Estratégias de ajuda para mudar o comportamento. Lisboa: Climepsi Editores.

Campos, P., & Ribeiro, C. (2012). Rastreio do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários- atitudes dos utentes. Revista portuguesa de medicina geral e familiar, 28(2), 98-104.

Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência.

Cavalcante, M., Alves, M. D. S., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm, 12(3), 555-559.

Carrasco, P. (2002). As drogas: Comportamento e actividade social. Porto. G&Z Edições Lda.

Cordioli, A. et al. (2008). Psicoterapias: Abordagens Actuais. Porto Alegre: Artmed.

Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (1979). Segunda Edição ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford, Oxford University Press.

Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA) (2011)- Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, Segunda Edição ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford, Oxford University Press. Edição revista em Junho 2011. http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/apmcg_ICPC%20v%201.7.pdf, acedido em Agosto 2018.

Conselho Local de Ação Social de Cinfães. (2006). Diagnóstico Social: Problemáticas Sociais. Câmara Municipal de Cinfães. https://dssf.cm-cinfaes.pt/index.php/documentacao/20-acao-social/1-rede-social, acedido em Julho de 2018.

Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A. (2008). Atividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. Rev Port Sau Pub, 26(2), 1725.

Cruz, A. (2000). As drogas socialmente aceites matam milhões de pessoas durante o ano, Lisboa. Campo Grande Editora.

Cunha, J.R. (2002). Validação da versão portuguesa dos questionários AUDIT e Five-Shot para identificação excessivo de álcool. Lisboa. Internato complementar de clínica geral da Zona Sul.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. ISSN: 2184-1217. Disponível em: www.dgs.pt., acedido em Julho de 2018

Frango, P. & Carvalho, J. (2012). Prevenção das toxicodependências em grupos vulneráveis. Catálogo de Boas Práticas. Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Fernandes, J. (1996). American Psychiatric Association: DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais). 4.ª Edição; Lisboa: Climepsi editores.

Ferreira, F. (1990). Moderna saúde pública – 6ªed, Fundação Caloustre Gulbenkian.

GeoAtributo, C.I.P.O.T., Lda. (2015, Janeiro. Relatório de Definição de Âmbito da Avaliação Ambiental Estratégica, Revisão do PDM de Cinfães, Vol.1.

Glitow, S.; Peyser, H. (l991). Alcoolismo. Porto Alegre: Artes Médicas.

Global Health Estimates (2015). Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, acedido em Julho de 2018.

Gomes, B. d. M. R., Alves, J. G. B., & Nascimento, L. C. (2010). Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde pública, 26(4), 706-712.

Gomes, E. A. (2003). Álcool, Educação e Cultura. Porto. Projeto de Intervenção Primária. Universidade Portucalense.

Instituto da Droga e Toxicodependência, IP. (2011). Manual de Boas Práticas Enfermagem. Lisboa: Ministério da Saúde.

Instituto Nacional de Estatística I.P. (2015): INE, PORDATA. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-380, acedido em Setembro 2018.

Instituto Nacional de Estatística I.P. (2016). Causas de morte 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Instituto Nacional de Estatística (2016). Inquérito Nacional de Saúde, 2014. Lisboa: INE

Kasper at all. Harrison. (2005). Manuel of medicine, McGraw-Hill – Medical Publishing Division, 16ªedição, [versão electrónica].

Laranjeira, R. R. (2007). Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. Rev Saúde Pública, 41(3), 396-403.

Leicester, A. (2011). Alcohol pricing and taxation policies. London. Institute for Fiscal Studies.

Lima, M. F. C., Ribeiro, C. (2008). Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. Rev Port Clin Geral;24:317-22.

Malta, D., Mascarenhas, M., Porto, D., Duarte, E., Sardinha, L., Barreto, S., & Morais Neto, O. (2011). Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Rev Bras Epidemiol, 14(1), 136-146.

Masur, J. (1984). A questão do alcoolismo. São Paulo: Brasiliense.

Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C., & Dias, S. (2002). Os Jovens Portugueses e o Álcool. Lisboa: FMH/PEPT/GP.

Mello, M. L. M.; Barrias, J. C.; Breda, J. J. (2001). Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal.aspx, acedido em Julho de 2018.

Mendes, V., & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. Toxicodependências, 13 (2), 2540.

Neto, F. (2002). Psicologia Intercultural. Lisboa. Universidade Aberta.

Osório, L. (1989). Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.

OCDE (2017). OCDE Health Data: Pharmaceutical market. doi:10.1787/data-00545-en

Resende, A. (2006). Portfólio do curso de avaliação das aprendizagens. Felgueiras. Centro de formação profissional da indústria de calçado.

Passim, A. S. M., Castro J. (2000) - "Modelar: Modelos de Formação e Inserção Sócio-Profissional de pessoas desfavorecidas – Dimensões e Tipologias", Porto, Edição Empresa Diário do Porto, Dezembro.

Payne, Rosemary A. (2003). Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde. 2ª Ed. Loures: Lusociência.

Pereira, C. Cunha, Z. Anastácio & G. Carvalho (Coords.), Atas do IX seminário internacional de educação física, lazer e saúde (Vol. 2.º pp. 339-358). Braga: Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Pires, S. (2004) Contributo para uma análise psicodinâmica do comportamento social em relação às toxicodependências. In: Revista Toxicodependências; Edição IDT. (Volume 10; número 2)

Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2010). Contracepção, parceiros ocasionais e consumo de substâncias em jovens portugueses. Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde (2).

Decreto-Lei 22/2012. Diário da República 21/2012, Série I de 2012-01-30. Ministério da Saúde. http://data.dre.pt/eli/dec-lei-722/2012/01/30/p/dre/pt/html, acedido em agosto 2018.

Decreto-Lei 1/2016. Diário da República n.º 3/2016, Série I de 2016-01-06. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. http://data.dre.pt/eli/dec-lei/1/2016/01/06/p/dre/pt/html, acedido em Agosto 2018.

Decreto-Lei 40/2010. Diário da República n.º 82/2010, Série I de 2010-04-28. Ministério da Saúde. http://data.dre.pt/eli/dec-lei/40/2010/04/28/p/dre/pt/html, acedido em Agosto 2018.

Diário da República n.º 250/2014, Série I de 2014-12-29. Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2014. http://data.dre.pt/eli/resolconsmin/79/2014/12/29/p/dre/pt/html, acedido em agosto 2018.

Santana, S., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. In: Revista Toxicodependências; Edição IDT. (Volume 14; número 1, pp. 17-24)

Seibel, S., Toscano, A. (2000). Dependência de Drogas. 1ª ed. Editora Atheneu.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (Eds.) (2000). Positive Psychology—An Introduction. American Psychologist, 55, 5-14.

Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clinica. Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Coimbra. Quarteto Editora.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências Lisboa. LouresGráfica.

http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Home%20Page.aspx, acedido em Junho de 2018.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa. ISBN: 978-972-9345-92-0. http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CAD_2013-2020.pdf, acedido em Setembro 2018.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Lisboa: SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/PT/, acedido em Julho de 2018.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2016/17. Lisboa

Serviço Nacional de Saúde https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10010/2180407/Pages/default.aspx, acedido em Setembro 2018.

Sistema de Informação e Monitorização. (2018). https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10010/2180407/Pages/default.aspx, acedido em agosto 2018.

Tavares, T., Bonito, J., & Oliveira, M. (2013). Caraterização do consumo de álcool entre os escolares de 12 a 21 anos de idade do distrito de Beja.

Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. Loures: Lusociência. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/prt.pdf, acedido em Julho de 2018.

Van Beek, J. H., de Moor, M. H., Geels, L. M., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2014). Explaining individual differences in alcohol intake in adults: evidence for genetic and cultural transmission? J Stud Alcohol Drugs, 75(2), 201-210.

Vinagre, M., & Lima, M. L. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. Psicologia, saúde e doenças, 7(1), 73-81.

Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. Addict Behav, 35(11), 913-924. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.06.015

Windle, M. (2003). Alchol use among adolescents and young adults. Alcohol Research and Helth, 27 (1), 79.

World Health Organization. Global. Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah_indicatorbook.pdf, acedido em Julho de 2018.

World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health. Luxembourg: World Health Organization. ISBN 978 92 4 156415 1.

World Health Organization. (2015). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking. Geneva: World Health Organization; 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf;jsessionid=C2965F50D07A296D4F62FFBBAA4DDBA9?sequence=1, acedido em Julho de 2018.

Anexos

Anexo I- Mostra de utilização de Benzodiazepina em Portugal e Internacional

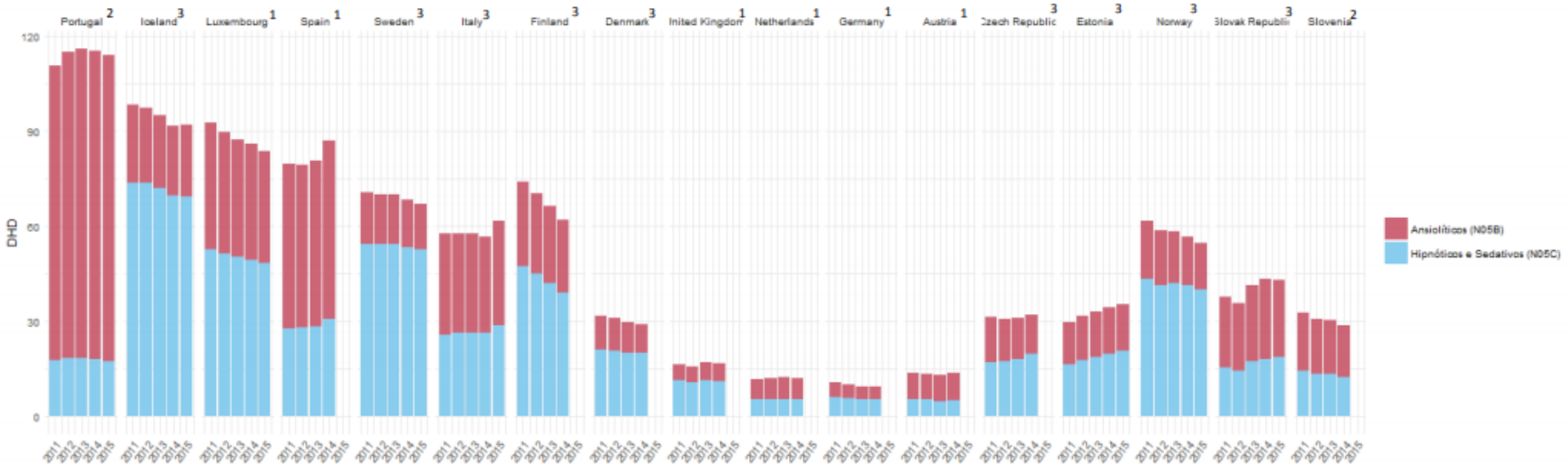


Figura 1 - Utilização de ansiolíticos (N05B) e hipnóticos e sedativos (N05C) nos países europeus da OCDE.
Os consumos referem-se a mercados diferentes, consoante o país: 1- mercado comparticipado, não incluindo hospitalar (Luxemburgo, Espanha, Reino Unido, Holanda, Alemanha, Áustria); 2 -mercado comparticipado e não comparticipado, não incluindo hospitalar (Portugal, Eslovénia); 3 - mercado comparticipado e não comparticipado, incluindo hospitalar (Islândia, Suécia, Itália, Finlândia, Dinamarca, República Checa, Estónia, Noruega, Eslováquia)

Anexo II - Teste *AUDIT*

Nome: **Data:**

	Questões / Pontuação	0	1	2	3	4
AUDIT C	**1.** Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	☐ Nunca **[caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10]**	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	☐ 1 ou 2	☐ 3 ou 4	☐ 5 ou 6	☐ De 7 a 9	☐ 10 ou mais
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]					
	4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	☐ Não		☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses		☐ Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
	10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	☐ Não		☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses		☐ Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
	Total da Pontuação: **[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]**					

Fonte: SICAD, 2013

Consumo de baixo risco ou abstêmios = 0 a 7 pontos

Consumo de risco = 8 a 15 pontos

Uso nocivo ou consumo de alto risco = 15 a 19 pontos

Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)

Anexo III - Teste ASSIST

Nome: **N.º Utente:**

1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? [só as que consumiu sem receita médica]	**Não**	**Sim**
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3
j. Outras. **[Especifique:]**	☐ 0	☐ 3

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

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

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

2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	**Nunca**	**1 a 2 vezes**	**1 a 3 vezes por mês**	**1 a 4 vezes por semana**	**5 a 7 vezes por semana**
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
j. Outras. **[Especifique:]**	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6

[se "nunca" para todas as substâncias, passe para a questão 6]

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

Fonte: SICAD, 2013

3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
j. Outras. **[Especifique:]**	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
j. Outras. **[Especifique:]**	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

Fonte: SICAD, 2013

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

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

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

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

Fonte: SICAD, 2013

7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de **[1ª substância, 2ª substância, etc.]?**	**Não, nunca**	**Sim, mas não nos últimos 3 meses**	**Sim, aconteceu nos últimos 3 meses**
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
j. Outras. **[Especifique:]**	☐ 0	☐ 3	☐ 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]	**Não, nunca**	**Sim, mas não nos últimos 3 meses**	**Sim, aconteceu nos últimos 3 meses**
	☐	☐	☐
[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]			

Fonte: SICAD, 2013

Anexo IV- Cartão Resposta Teste ASSIST

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

Fonte: SICAD, 2013

Pontuação por substância específica	Q. 2	Q. 3	Q. 4	Q. 5	Q. 6	Q. 7	Resultado	Baixo risco	Risco moderado	Alto risco
a. Tabaco								0-3	4-26	27 ou +
b. Álcool								0-10	11-26	27 ou +
c. Cannabis								0-3	4-26	27 ou +
d. Cocaína								0-3	4-26	27 ou +
e. Estimulantes de tipo anfetamina								0-3	4-26	27 ou +
f. Inalantes								0-3	4-26	27 ou +
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos								0-3	4-26	27 ou +
h. Alucinogénios								0-3	4-26	27 ou +
i. Opiáceos								0-3	4-26	27 ou +
j. Outras.								0-3	4-26	27 ou +

[não é considerada a pontuação das questões 1 e 8]
[a pontuação das questões 2 a 7 é considerada para cada substância]
[na questão 5 não há pontuação para o tabaco]

Fonte: SICAD, 2013

Anexo V- Composição Equipa Multidisciplinar

Dr. José Almeida- UCSP Cinfães

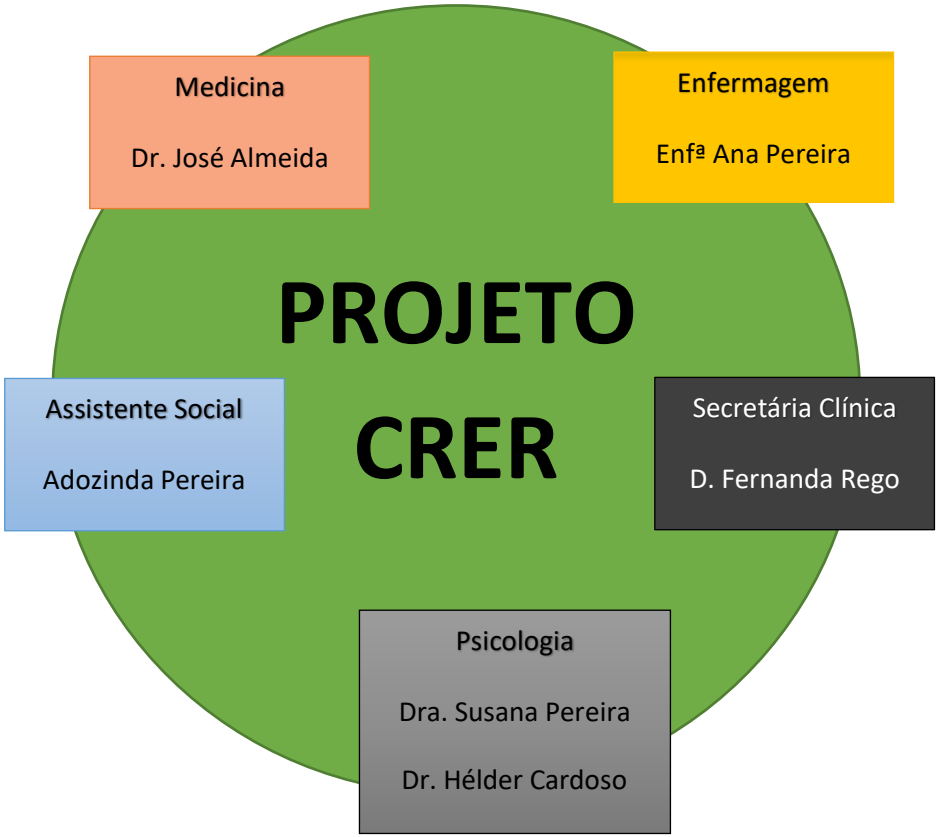
Enfª Ana Pereira- UCSP Cinfães

Dra. Adozinda Pereira- UCSP Cinfães

Dra. Susana Pereira- Câmara Municipal Cinfães

Dr. Hélder Cardoso- Projeto EIRA – Santa Casa Misericórdia Cinfães

D. Fernanda Rego- UCSP Cinfães



Anexo VI- Utentes rastreados através da aplicação do *AUDIT* ou *ASSIST*

Utentes rastreados através da aplicação do *AUDIT* ou *ASSIST*

DESIGNAÇÃO	Utentes rastreados no âmbito dos CAD, através da aplicação do AUDIT ou ASSIST
OBJETIVO	Identificar a proporção de utentes inscritos, a quem foi realizado rastreio no âmbito dos CAD
FÓRMULA	(n /N) x 100 n = n.º de utentes rastreados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários N= total de utentes inscritos
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Fonte: SICAD, 2013

Anexo VII- Indicadores para obtenção do número de intervenções breves

Indicadores para obtenção do número de intervenções breves

DESIGNAÇÃO	Utentes aos quais foram realizadas intervenções breves
OBJETIVO	Identificar a proporção de utentes rastreados, a quem foram realizadas intervenções breves na sequência dos resultados obtidos
FÓRMULA	(n /N) x 100 n = n.º de utentes alvo de intervenções breves N= total de utentes rastreados
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Fonte: SICAD, 2013

Anexo VIII- Indicadores para obtenção do Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta

Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta

DESIGNAÇÃO	**Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta**
OBJETIVO	Avaliar a capacidade de resposta das estruturas envolvidas na Rede
FÓRMULA	Valores médios dos intervalos entre a referenciação e a 1ª consulta
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Fonte: SICAD, 2013

Anexo IX- Indicadores para obtenção de utentes com continuidade de cuidados

Distribuição de utentes com continuidade de cuidados

DESIGNAÇÃO	**Distribuição de utentes com continuidade de cuidados na estrutura referenciadora**
OBJETIVO	Identificar o retorno dos utentes referenciados
FÓRMULA	(n/N) x 100 n1 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários n2 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas estruturas de Cuidados de Saúde Especializados n3 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares n4 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas outras estruturas N= total de utentes com continuidade de cuidados
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Fonte: SICAD, 2013

Anexo X - Distribuição das idades dos utentes no ano 2015 no projeto CRER

Distribuição das idades dos utentes no ano 2015

2015		
Quantidade	**Ano de nascimento**	**Idade no final do ano de 2015**
1	1971	44
2	1960	55
3	1979	36
4	1997	18
5	1954	61
6	1981	34
7	1980	35
8	1974	41
9	1971	44
10	1968	47
11	1983	32
12	1957	58
13	1963	52

Anexo XI - Distribuição das idades dos utentes no ano 2016 no projeto CRER

Distribuição das idades dos utentes no ano 2016

2016		
Quantidade	Ano de nascimento	Idade no final do ano de 2016
1	1971	45
2	1960	56
3	1979	37
4	1997	19
5	1954	62
6	1981	35
7	1980	36
8	1974	42
9	1971	45
10	1968	48
11	1983	33
Obito		
Obito		
12	1964	52
13	1971	45
14	1953	63
15	1963	53
16	1953	63
17	1964	52
18	1965	51
19	1957	59
20	1965	51
21	1968	48
22	1979	37
23	1973	43
24	1969	47
25	1979	37
26	1968	48

27	1960	56
28	1976	40
29	1974	42
30	1967	49
31	1959	57
32	1966	50
33	1970	46
34	1969	47
35	1970	46
36	1979	37
37	1955	61
38	1973	43
39	1992	24
40	1969	47
41	1956	60
42	1968	48
43	1960	56
44	1954	62
45	1966	50
46	1953	63
47	1971	45
48	1967	49
49	1993	23
50	1959	57
51	1969	47
52	1951	65
53	1977	39
54	1946	70
55	1966	50
56	1959	57
57	1963	53
58	1968	48
59	1999	17

Anexo XII - Distribuição das idades dos utentes no ano 2017 no projeto CRER

Distribuição das idades dos utentes no ano 2017

2017		
Quantidade	Ano de nascimento	Idade no final do ano de 2016
1	1971	46
2	1960	57
3	1979	38
4	1997	20
5	1954	63
6	1981	36
7	1980	37
8	1974	43
9	1971	46
10	1968	49
11	1983	34
Obito		
Obito		
12	1964	53
13	1971	46
14	1953	64
15	1963	54
16	1953	64
17	1964	53
18	1965	52
19	1957	60
20	1965	52
21	1968	49
22	1979	38
23	1973	44
24	1969	48
25	1979	38
26	1968	49
27	1960	57

28	1976	41
Obito		
29	1967	50
30	1959	58
31	1966	51
32	1970	47
33	1969	48
34	1970	47
35	1979	38
36	1955	62
37	1973	44
38	1992	25
39	1969	48
40	1956	61
41	1968	49
42	1960	57
43	1954	63
44	1966	51
45	1953	64
46	1971	46
47	1967	50
48	1993	24
49	1959	58
50	1969	48
51	1951	66
52	1977	40
53	1946	71
54	1966	51
55	1959	58
56	1963	54
Obito		
57	1999	18
58	1975	42

59	1959	58
60	1965	52
61	1958	59
62	1955	62
63	1958	59
64	1969	48
65	1967	50
66	1965	52
67	1977	40
68	1971	46
69	1972	45
70	1968	49
71	1960	57
72	1968	49
73	1960	57
74	1967	50
75	1964	53
76	1965	52
77	1977	40
78	1963	54
79	1978	39
80	1988	29
81	1986	31
82	1964	53
83	1964	53
84	1962	55
85	1943	74
86	1976	41
87	1989	28
88	1974	43
89	1959	58
90	1954	63
91	1970	47

92	1981	36
93	1968	49

Anexo XIII - Dados Estatísticos por ano do projeto CRER

Dados Estatísticos por ano do projeto CRER

	2015	2016	2017
Numero de utentes	13	59	93
Media de Idades	42,84615	47,64407	48,93548
Mediana das idades	44	48	49
Desvio Padrão	11,55486	11,01272	10,63551

Anexo XIV - Dados Estatísticos do projeto CRER

Dados Estatísticos do projeto CRER

Média de idades do PROJECTO	**46,47524**	anos
Mediana das idades do PROJECTO	**49**	anos
Desvio Padrão das idades do PROJECTO	**10,74649**	anos