

MESTRADO
PSICOLOGIA

*"Drogas são um assunto tabu": a perspetiva
dos jovens relativamente à educação e
intervenção no uso de substâncias
psicoativas antes da idade adulta*
Gabriela Almeida Pinto da Silva

M

2020



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

“Drogas são um assunto tabu”

**A PERSPETIVA DOS JOVENS RELATIVAMENTE À EDUCAÇÃO E
INTERVENÇÃO NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ANTES DA IDADE
ADULTA**

Gabriela Almeida Pinto da Silva

Junho 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora **Marta Pinto** (FPCEUP) e coorientada pelo
Professor Doutor **Jorge Negreiros** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Esta dissertação representa um caminho mais longo que o do curso. É o culminar de um projeto que representa uma construção pessoal e profissional que se começa a definir. Quero agradecer a todos que, de uma forma ou doutra, trilharam este caminho comigo, mas em especial:

Aos meus pais por, desde sempre, me fazerem pensar no outro e acreditar que o mundo é possível de mudar;

Ao meu irmão que tem uma paciência imensurável comigo;

Aos meus avós que me mimaram como só eles sabem fazer, tornando-me numa pessoa que sabe que tem sempre um ninho para descansar;

Ao meu tio que me ensinou a ser aventureira, a não ter medo do desconhecido e da mudança;

À Professora Marta Pinto quero deixar um especial obrigada por me ter feito escolher esta área com a sua paixão pelo ouvir e empoderar aqueles a quem a voz é silenciada, por ter aceite este desafio de um tema tão desejado por mim, por ter desenhado e redesenhado comigo este projeto, por ter acreditado em mim e por ser a 1ª pessoa a valorizar a minha rapidez a falar. Obrigada por me ter inspirado a não desistir de mudar o mundo;

Ao Professor Jorge Negreiros um obrigada por ter aceite embarcar nesta aventura e contribuído com o seu conhecimento para a tornar mais rica;

À minha companheira de guerra, Catarina, um obrigada não chegava para estes dois anos de uma intensa batalha para construir algo que também tem o teu coração aqui;

À minha querida Ramalho por ser a raridade em pessoa e ter demonstrado isso nos *ups* e *downs* da vida;

À minha Guida que sabe estar na nossa vida respeitando o nosso silêncio e barulho interior;

À Carolina por ter sido das primeiras a entrar na minha vida académica e a aproximar-se numa reta final tão acentuada;

Às minhas *desviantes* que me acolheram e tornaram a reta final memorável na redefinição do eu pessoal e profissional;

A quem me acompanhou nesta aventura que é tornar-se psicólogo, fora e dentro destas infinitas linhas, de quem guardo as melhores memórias, sorrisos, locais, saídas, partilhas e alegrias;

Por fim, obrigada ao Miguel por nunca ter abandonado uma luta de ideias, por me fazer ver o mundo com outros olhos e por me ter lembrado o que eu via no espelho embaciado.

Obrigada!

Resumo

O uso de substâncias psicoativas é um fenómeno global e presente nas sociedades, iniciando-se, frequentemente, em idades inferiores às consideradas como a maioridade. A menoridade acarreta especificidades legais e sociais que se acentuam quando existe o uso de substâncias psicoativas.

Apesar da intervenção com este público-alvo ser bastante comum, estes são os menos ouvidos. Tendo em consideração as vantagens inerentes à auscultação dos jovens, procurou-se, nesta investigação, através de um estudo retrospectivo, providenciar-lhes um papel na identificação das suas próprias necessidades, dos obstáculos no acesso e uso de serviços de saúde gerais e de redução de riscos e das possíveis mudanças necessárias para uma resposta mais eficaz, congruente e empoderante ao uso de substâncias psicoativas antes dos 18 anos. Ainda, de forma complementar, a perspetiva e experiência dos profissionais de redução de riscos foi também valorizada.

Em termos metodológicos, o estudo deste fenómeno assumiu um carácter qualitativo complementado com a dimensão quantitativa, apoiando-se numa abordagem multi-método.

A conjugação dos dados demonstram várias vertentes relativas à educação e intervenção neste temática. Salienta-se a importância da educação sobre substâncias psicoativas, nomeadamente no contexto escolar, e o papel significativo que a rede informal assume. Ainda, ao nível da intervenção, a falta de conhecimento sobre serviços, a necessidade de informação e confidencialidade são aspetos referenciados pelos jovens.

No geral, o conhecimento é a maior carência e à vulnerabilidade de ser menor de idade somam-se outras derivadas das diferentes circunstâncias sociais em que os menores se encontram. Desta forma, a filosofia da redução de riscos surge como uma possível resposta interventiva, sendo o contexto escolar privilegiado para a sua difusão.

Abstract

The use of psychoactive substances is a global phenomenon in today's society, frequently starting at a younger age than adulthood. Being a minor has its legal and social specificities that are accentuated when there is the use of psychoactive substances.

Although intervention with this target audience is quite common, they are the least heard. Having in mind the advantages of taking into consideration the youth perspective, this retrospective study tried to provide them with a role in identifying their own needs, the obstacles in accessing and using general health services and harm reduction and the possibility to identify the changes needed for a more effective, congruent and empowering response to the use of psychoactive substances before the age of 18. In addition, the perspective and the experience of harm reduction professionals was also valued.

In relation to the methodology, this paper assumes a qualitative focus complemented with a quantitative dimension, supported by a multi-method approach.

The combination of the results reveals several features related to education and intervention in this topic. It stands out the importance of the education about psychoactive substances, namely in the educational context, and the significative role that the informal network assumes in youth lives. Also, in relation to the intervention, the lack of knowledge about services and the need for information and confidentiality are the aspects more mentioned by the young people.

In general, knowledge is the biggest deficiency and there is a confluence of various vulnerabilities such as being a minor and the different social situations that they live in. Hence, the philosophy of harm reduction emerges as a possible intervention, being the school context the preferable for its dissemination.

Resumé

L'utilisation de substances psychoactives est un phénomène mondial et présent dans les sociétés, souvent à partir d'un âge inférieur à ceux considérés comme l'âge de la majorité. La minorité comporte des spécificités juridiques et sociales qui sont accentuées lorsque des substances psychoactives sont utilisées.

Bien que l'intervention avec ce public cible soit assez courante, ce sont les moins entendus. Compte tenu des avantages inhérents à l'auscultation des jeunes, cette recherche a cherché, à travers une étude rétrospective, à leur fournir un rôle dans l'identification de leurs propres besoins, des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé généraux et à la réduction des risques et aux changements possibles nécessaires à une réponse plus efficace, plus conforme et plus habilitante à l'utilisation de substances psychoactives avant l'âge de 18 ans. De plus, de façon complémentaire, la perspective et l'expérience des professionnels de la réduction des risques ont également été valorisées.

En termes méthodologiques, l'étude de ce phénomène a pris un caractère qualitatif complété par la dimension quantitative, en s'appuyant sur une approche multi-méthode.

La combinaison des données démontre plusieurs aspects liés à l'éducation et à l'intervention dans ce thème. L'importance de l'éducation sur les substances psychoactives, en particulier dans le contexte scolaire, et le rôle important que joue le réseau informel sont soulignés. En outre, au niveau de l'intervention, le manque de connaissances sur les services, le besoin d'information et la confidentialité sont des aspects mentionnés par les jeunes.

En général, la connaissance est le plus grand manque et la vulnérabilité d'être mineur s'ajoute à d'autres circonstances sociales dans lesquelles se trouvent des mineurs. Ainsi, la philosophie de la réduction des risques apparaît comme une réponse interventionnelle possible, et le contexte scolaire est privilégié pour sa diffusion.

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico-Conceptual	2
1. O fenómeno das drogas – a sua construção social	2
2. Menoridade e o uso de substâncias psicoativas	4
2.1 Emergência da Adolescência	4
2.2 O uso de substâncias psicoativas na menoridade	5
2.3 Comportamento de Risco versus Comportamento de Exploração.....	7
3. Intervenção com menores de idade – Redução de Riscos como eventual resposta interventiva	8
4. Literacia e Educação para a Saúde.....	11
4.1 Educação sobre substâncias psicoativas com base na filosofia de Redução de Riscos	12
5. A importância da voz dos menores de idade	14
Capítulo II – Metodologia do Estudo	15
1. Objetivos e Questões de Investigação.....	15
2. Método	17
2.1. Abordagem Metodológica.....	17
2.2. Instrumentos de Recolha de Dados	18
2.3.Procedimentos de Recolha	19
2.4. Análise dos Dados	20
2.5. Participantes	21
2.5.1. Seleção dos Participantes.....	21
2.5.2. Caracterização dos Participantes	22
2.5.2.1. Questionário Online às Equipas de Redução de Riscos	22
2.5.2.2. Grupos Focais	22
2.5.2.3. Entrevistas a Jovens.....	23
2.5.2.4. Questionário Online a Jovens.....	23
Capítulo III – Estudo Empírico	23
1. Apresentação dos Resultados.....	23
1.1. Educação sobre Substâncias Psicoativas.....	24

1.1.1. Dados Quantitativos.....	24
1.1.2. Dados Qualitativos.....	24
1.2. Suporte aos Jovens Consumidores	27
1.2.1. Dados Quantitativos.....	27
1.2.2. Dados Qualitativos.....	27
1.3. Serviços de Redução de Riscos	28
1.3.1. Dados Quantitativos.....	29
1.3.2. Dados Qualitativos.....	29
1.4. Dados exclusivos das Entrevistas e Grupos Focais.....	31
1.5. Redução de Riscos e as suas aplicações futuras.....	32
2. Discussão dos Resultados	33
2.1. Necessidades dos jovens que consomem substâncias psicoativas e a sua visão sobre as respostas existentes	34
2.2 Educação sobre substâncias psicoativas.....	35
2.3 Redução de Riscos	36
3. Conclusões	37
Referências Bibliográficas	39
Anexos.....	50

Índice de Anexos

Anexo 1. Questões do Questionário Online enviado às Equipas de RRMD inerentes ao tópico desta dissertação

Anexo 2. Questão relativa aos menores de idade presente no guião usado nos Grupos Focais

Anexo 3. Guião das Entrevistas Semiestruturadas

Anexo 4. Questionário Online respondido pelos jovens entre 18-25 anos

Anexo 5. Consentimento Informado dos Grupos Focais e das Entrevistas Semiestruturadas

Anexo 6. Árvore Temática e descrição dos temas

Lista de Abreviaturas

SPA – Substância(s) Psicoativa(s)

RR – Redução de Riscos

ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

NSP – Nova(s) Substância(s) Psicoativa(s)

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

OMS – Organização Mundial de Saúde

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

COVID-19 – Coronavírus

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Introdução

A adolescência é um período privilegiado de experimentação e de comportamentos de risco a vários níveis, sendo a experimentação de SPA um desses comportamentos (Butters, 2004; Chadi, Bagley, & Hadland, 2018; Chitas, Negreiros, & Barreira, 2014; Geldard, 2009; Jessor, 1991; More et al., 2018; Oliva et al., 2010; Pereira & Dias, 2018; Real & Vieira, 2019; Riley, Patterson, Lane, Won, & Ranalli, 2018), pois pode comprometer, direta ou indiretamente, os aspetos psicossociais do desenvolvimento do adolescente como o bem-estar, a saúde e o curso da sua vida (Bonino, Cattelino, & Ciairano, 2005; Farate, 2001; Jessor, 1991, 1998; Zimmermann et al., 2017). No entanto, nem todo o uso de SPA se tornará problemático (Baer, MacLean, & Marlatt, 1998; Bonino et al., 2005; Jessor, 1998; Midford, 2010) pois, a esta tipologia de comportamento tão comum neste período de vida, estão inerentes as funções de exploração e de experimentação (Baer et al., 1998; Bonino et al., 2005; Butters, 2004; Chadi et al., 2018; Erickson, 1997; Geldard, 2009; Guzys & Kendall, 2006; Krug, Hildebrand, & Sun, 2015; Michaud, 2006; Midford, 2010; Whitehead, 2005; Zimmermann et al., 2017).

Tendo como base a premissa de que adolescência é a fase ideal para uma tomada de decisão empoderada e informada (Bröder et al., 2017; McCuaig, Carroll, & Macdonald, 2014), que a escola deve promover uma literacia crítica (Chinn, 2011; McCuaig et al., 2014; L. Peralta, Rowling, Samdal, Hipkins, & Dudley, 2017; L. R. Peralta & Rowling, 2017) e que o modelo de RR se apresenta como resposta mais pragmática e flexível (Erickson, 1997; Guzys & Kendall, 2006; Jenkins, Slemon, & Haines-Saah, 2017; Midford, 2010; Tupper, 2008), este estudo visa dar voz aos jovens na identificação das suas necessidades, dos obstáculos no acesso e uso de serviços de saúde gerais e de RR e das possíveis mudanças para uma resposta mais efetiva, congruente e empoderante no campo das SPA.

No capítulo I será apresentado o enquadramento teórico-conceitual que visa contextualizar e fundamentar o fenómeno em estudo. No capítulo II será descrita a metodologia utilizada, esclarecendo-se os objetivos e questões da investigação, a abordagem metodológica e, ainda, os instrumentos e procedimentos de recolha e análise dos dados. O capítulo III englobará não só a apresentação dos resultados e a sua discussão e integração como também uma reflexão que visa agregar a informação obtida e formular sugestões para o desenvolvimento de novos projetos e investigações futuras.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico-Conceptual

1. O fenómeno das drogas – a sua construção social

O uso de SPA ocupa um lugar antigo e transversal na história da humanidade com objetivos diversificados como o festivo, terapêutico ou até mesmo sagrado (Agra, 1993; Chitas, 2010; Cruz, Machado, & Fernandes, 2012; Escohotado, 2002; Ralet, 2000; Romaní, 1999). A sua conceptualização enquanto elemento perturbador da ordem social resulta de um processo histórico iniciado no final do século XIX (Agra, 1993; Cruz et al., 2012; Escohotado, 2002; Ralet, 2000; Romaní, 1999) pela América do Norte com a “Guerra contra as drogas”. Implementaram-se, assim, medidas proibicionistas que criminalizaram o uso de determinadas SPA e, conseqüentemente, quem as consumia passou a ser considerado como um transgressor da lei (Cruz et al., 2012; Escohotado, 2002; Fernandes, 2009; Meehan, 2017; Pinto et al., 2015; Ralet, 2000). Já no final do século XIX, passa a existir uma relação do discurso sobre esta matéria com o modelo médico que, através do discurso científico, legitima as formas repressivas de controlo (Agra, 1993; Fernandes, 2009; Romaní, 1999). Progressivamente, este modelo ganha importância com a ineficácia das medidas jurídicas (Agra, 1993; Cruz et al., 2012; Escohotado, 2002; Pinto et al., 2015; Romaní, 1999).

Apesar de uma aparente mudança com o segundo modelo (Agra, 1993), o problema é, ainda, percecionado com base na interação entre o sujeito e a substância, logo as únicas soluções seriam erradicá-las ou intervir no indivíduo promovendo a abstinência como única alternativa desejável socialmente (Agra, 1993; Cruz et al., 2012; Hart, 2017; Pinto et al., 2015; Romaní, 1999). Ignoram-se, assim, fatores económicos e sociais que medeiam e mantêm o uso e/ou abuso de SPA (Hart, 2017).

Com o falhanço destas tentativas para explicar o fenómeno das drogas, existe uma abertura para o desconstruir (Agra, 1993; Romaní, 1999) com o modelo sociocultural (Romaní, 1999) que permite um olhar biopsicossocial (Agra, 1993) e uma junção articulada e inseparável entre os três elementos essenciais para a sua compreensão – substância/sujeito/meio (Agra, 1993; Cruz et al., 2012; Pinto et al., 2015; Romaní, 1999) – alargando-se, assim, o espectro dos tipos de consumo e dos diversos tipos de consumidores (Agra, 1993; Cruz et al., 2012). Tal como Cruz, Machado e Fernandes (2012) afirmam, os trabalhos mais recentes têm permitido a reconstrução deste fenómeno para uma

“compreensão holística e multidisciplinar do uso e abuso das drogas, que atenda a todos os seus condicionantes, inclusive farmacológicos, biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e relacionados com o tipo de consumo” (pp 54).

Apesar destas mudanças, o Sistema Internacional de Classificação das Substâncias continua a ser a base do regime universal de controlo das SPA (Comissão Global de Políticas sobre Drogas [GCDP], 2019). Ao defender a distinção entre as substâncias lícitas das ilícitas sem uma avaliação científica dos riscos de cada uma (Akins & Mosher, 2015; Chitas, 2010; GCDP, 2019; Escohotado, 2002), não só se excluem duas das SPA perigosas (e.g. o tabaco e o álcool) como se salienta a influência que as ideologias políticas apresentam (Akins & Mosher, 2015; GCDP, 2019; Escohotado, 2002; Tupper, 2008). Tal contribuiu para dar suporte às medidas repressivas que tiveram, e ainda têm, consequências dramáticas ao nível da saúde, da segurança, entre outras (Akins & Mosher, 2015; GCDP, 2019; Escohotado, 2002).

Estas consequências também foram visíveis em Portugal (e.g. aumento exponencial de infeções como o HIV, tuberculose, Hepatite B e C) (Domostawski, 2011; Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, 1999; Fernandes, 2009; Greenwald, 2009; Hughes & Stevens, 2010) levando a que a criminalização e a abstinência como meta universal passassem a ser olhadas como problemas e não como soluções para os graves indicadores sociais e de saúde (Domostawski, 2011; Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, 1999; Fernandes, 2009; Greenwald, 2009; Hughes & Stevens, 2010).

A descriminalização começou a ser considerada como uma alternativa possível a nível mundial, sendo a base do modelo português. Este é reconhecido internacionalmente como uma das melhores alternativas aos modelos proibicionistas devido a uma resposta abrangente e não só judicial (Domostawski, 2011; Greenwald, 2009; Pinto et al., 2015) com a remoção das sanções criminais e a aplicação de sanções administrativas. Com a entrada em vigor, em 2001, da Lei 30/2000, a posse de quantidades de SPA inferiores às destinadas a um consumo médio de 10 dias e o seu consumo deixaram de ser crime e passaram a ser uma contraordenação (Domostawski, 2011; Greenwald, 2009; Hughes & Stevens, 2010).

Ainda, Portugal foi mais longe com uma mudança estrutural na resposta que era dada ao uso das SPA que passou a ser humanista, integrada, multissetorial e baseada na saúde como está plasmado no Decreto-Lei 183/2001 (Domostawski, 2011; Hughes & Stevens, 2010; Pinto et al., 2015).

2. Menoridade e o uso de substâncias psicoativas

2.1. Emergência da Adolescência

Não existe um conceito único, nem uma delimitação etária fixa para servir de referência à etapa que antecede a vida adulta (Merkinaitė, Grund, & Frimpong, 2010; Pinto, 2009), aliás, apesar desta diversidade conceptual, este período intermédio nem sempre foi considerado como uma distinta etapa de vida (Ferreira & Nelas, 2006; Pais, 1993; Pinto, 2009; Sprinthall & Collins, 2003). O primeiro autor a cunhar o termo adolescência e a considerá-la como um estágio específico do desenvolvimento humano foi Granville Stanley Hall caracterizando-o como um período de “tempestade e tensão” (Arnett, 1999; Ferreira & Nelas, 2006; Hollenstein & Loughheed, 2013; Pais, 1993; Sprinthall & Collins, 2003).

Novas conceptualizações sobre esta caracterização têm demonstrado que esta vivência não é universal nem inevitável. A falta de evidência empírica na base biológica para a descrição deste período como stressante também é evidente quando se comparam culturas e sociedades diferentes (Arnett, 1999; Hollenstein & Loughheed, 2013; Sprinthall & Collins, 2003). Assim, a adolescência, enquanto período de vida, é menos rígida e biologicamente determinada como Hall defendia, sendo as normas e as expectativas culturais que determinam a sua natureza (Sprinthall & Collins, 2003).

Apesar da puberdade, enquanto processo biológico universal, demonstrar que os adolescentes sempre existiram, as sociedades nem sempre consideraram e, algumas ainda não consideram, a existência desta etapa de vida com o estatuto de grupo social distinto, sendo que a sua conceptualização se deveu a um contexto sociocultural favorável (Pais, 1993; Pinto, 2009; Sprinthall & Collins, 2003). A extensa mão de obra disponível e a necessidade de uma maior instrução na era da industrialização levaram a uma aprovação social deste período de vida através de um investimento na educação e da criação de leis de regulação do trabalho infantil (Pinto, 2009; Sprinthall & Collins, 2003) que, assim, também protegiam e garantiam trabalho aos adultos (Sprinthall & Collins, 2003).

As várias fases da vida têm variado ao longo da história ao serem identificadas e valorizadas apenas em determinados períodos quando são vistas como geradoras de problemas sociais (Pais, 1993) levando a uma flutuação dos seus critérios de definição (Pinto, 2009). Dois dos critérios usados são a idade e as tarefas desenvolvimentais definidas culturalmente (e.g. autonomização face à família, entrada no mercado laboral, constituição de nova família) (Pinto, 2009; Sprinthall & Collins, 2003) que, ao estarem

dependentes das conjunturas sociais, se vão alterando e levando a que a adolescência se estenda cada vez por mais tempo (Merkinaitė et al., 2010; Pinto, 2009; Sprinthall & Collins, 2003).

Tal como a problematização do fenómeno das drogas, adolescência ou a juventude são, por alguns autores, vistas como sendo resultantes de um processo de construção social. Por isso, apesar de haver relativas similaridades entre estes por pertencerem à mesma fase de vida, continuam a ser um grupo bastante heterogéneo (Arnett, 1999; Bonino et al., 2005; Geldard, 2009; Gruskin, Plafker, & Smith-Estelle, 2001; Hollenstein & Loughheed, 2013; Pais, 1993; Pinto, 2009), destacando-se, ao nível macro, a definição diferenciada da adolescência consoante os contextos culturais e, ao nível micro, as diferentes situações sociais em que os adolescentes vivem num mesmo contexto cultural (Bonino et al., 2005; Pais, 1993).

Ainda, uma das implicações desta relatividade é a necessidade de existir um olhar biopsicossocial sobre o desenvolvimento de forma a ter em conta o contexto económico, social e cultural (Biglan, 2004; Bonino et al., 2005; Hollenstein & Loughheed, 2013) que restringe e condiciona os comportamentos dos adolescentes nomeadamente aqueles que são vistos como problemáticos (Biglan, 2004; Pais, 1993).

A adolescência tem-se estendido para além da idade considerada legalmente como a maioridade devido ao atraso na concretização das tarefas desenvolvimentais já referidas (Merkinaitė et al., 2010; Pinto, 2009; Sprinthall & Collins, 2003). No entanto, o uso de SPA inicia-se, normalmente, antes da idade definida como a maioridade (Merkinaitė et al., 2010; Midford, 2010). Tendo em conta as perspetivas conceptualizadas, o foco deste trabalho recairá sobre os adolescentes e jovens com menos de 18 anos devido às especificidades legais e sociais que a menoridade acarreta (Conner, 2015).

2.2. O uso de substâncias psicoativas na menoridade

A adolescência é um período privilegiado de experimentação e de comportamentos de risco a vários níveis sendo o uso de SPA um exemplo (Butters, 2004; Chadi et al., 2018; Chitas et al., 2014; Geldard, 2009; Jessor, 1991; More et al., 2018; Oliva et al., 2010; Pereira & Dias, 2018; Real & Vieira, 2019; Riley et al., 2018; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2018b; Whitehead, 2005), tal como é observado em vários estudos estatísticos realizados a nível mundial, europeu e nacional.

Ao nível mundial, as Nações Unidas apresentaram, em 2019, o Relatório Mundial de Drogas, onde a cannabis foi identificada como a SPA mais consumida a nível global com uma prevalência anual, no ano de 2017, de 4.7% entre os jovens com 16-17 anos, sendo mais elevada que a prevalência encontrada na população geral (15-64 anos - 3.8%) (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2019). A nível europeu, um dos instrumentos que permite a comparação de dados dos vários países relativamente ao uso de SPA nos menores de idade é o ESPAD. Este recolhe informação, através da participação anónima e confidencial, dos estudantes entre 15 e 16 anos. Relativamente ao álcool, cerca de 47% dos jovens europeus já tinha experimentado e 1 em cada 12 tinha tido uma intoxicação antes dos 13 anos. Por outro lado, no que concerne às SPA ilícitas, a cannabis apresenta uma maior prevalência de uso, apresentando um aumento entre 1995 e 2015 de 11% para 17% ao nível da prevalência ao longo da vida e de 4% para 7% ao nível da prevalência nos últimos 30 dias e, ainda, 3% reportaram ter usado pela primeira vez cannabis antes dos 13 anos e 4% NSP (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD], 2016).

No último relatório, é possível destacar os dados referentes a Portugal, não muito díspares das médias europeias, em que 41% dos jovens portugueses já tinham experimentado uma bebida alcoólica e 5% já tinham apresentado um quadro de intoxicação antes dos 13 anos. A prevalência ao longo da vida do uso de álcool é de 71% e destaca-se a presença de um padrão de consumo de *binge drinking*, definido pelo consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas, em 20% dos jovens portugueses. No uso de cannabis, 3% já tinha experimentado antes dos 13 anos, 8% consumiram nos 30 dias anteriores ao inquérito e a prevalência ao longo da vida é de 15% (ESPAD, 2016). Em Portugal, o ESPAD é alargado a outras faixas etárias, dos 13 aos 18, permitindo obter informações mais alargadas. A experimentação, ou também designado por prevalência ao longo da vida, variava no uso de SPA ilegais entre cerca de 3% nos jovens com 13 anos e 35% nos que tinham 18 anos e no álcool entre 31% e 91% respetivamente. Nos consumos atuais, ou seja, a prevalência de consumo nos últimos 30 dias, a variação no uso de álcool era entre 10% aos 13 anos e 68% aos 18 anos e no uso de cannabis entre 0,8% e 14% (SICAD, 2015). Também, de acordo com a 3.^a edição do inquérito anual feito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional realizado entre 2016 e 2017, as prevalências de consumo de qualquer droga foram de 34%, 26% e 16% ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias respetivamente (SICAD, 2018b). Ainda, no que concerne à ingestão de bebidas alcoólicas, a prevalência foi de 89% ao longo da vida, 85% nos últimos 12 meses e 67% nos últimos

30 dias, sendo que 32% dos alunos que se encontravam no 6.º/8.º/10.º anos de escolaridade já tinham experimentado bebidas alcoólicas (SICAD, 2018a). Em relação à cannabis, cerca de 3% dos alunos portugueses entrevistados experimentaram em idades iguais ou inferiores a 13 anos (SICAD, 2018b).

Pode-se, assim, destacar duas conclusões: a cannabis e o álcool como duas das SPA de eleição nos jovens com menos de 18 anos e o seu frequente início muito antes da idade considerada como a maioridade.

2.3. Comportamento de Risco versus Comportamento de Exploração

O uso de SPA é considerado um comportamento de risco por se entender que pode comprometer, direta ou indiretamente, os aspetos psicossociais do desenvolvimento do adolescente como o bem estar, a saúde e o curso da sua vida (Bonino et al., 2005; Farate, 2001; Jessor, 1991, 1998; Zimmermann et al., 2017). O modelo que ainda predomina em muita da investigação realizada nesta área é o individualista, que procura a sua explicação em causalidades e em défices individuais (Rhodes et al., 2003), apesar destes não poderem ser vistos como problemáticos *per si* (Baer et al., 1998; Bonino et al., 2005; Whitehead, 2005). Isto é, nem todo o uso de SPA se tornará problemático e nem todo o uso problemático se tornará crónico (Baer et al., 1998; Bonino et al., 2005; Jessor, 1998; Midford, 2010). O uso de SPA pode ser pontual e não conduzir a uma situação de abuso ou dependência em que existem repercussões negativas a nível interpessoal, social e escolar (Butters, 2004; Chadi et al., 2018; Cook & Fletcher, 2011; Erickson, 1997; Midford, 2010; Pereira & Dias, 2018; Rhodes et al., 2003), tal como é possível observar nas estatísticas relativas à frequência dos consumos que diminui quando a variável “tempo” (e.g. nos últimos 30 dias) é mais próxima do momento presente.

O uso de SPA é um comportamento frequente nos adolescentes necessitando, por isso, de uma análise mais holística e global que não é facilitada pelo olhar que dá primazia à psicopatologia no indivíduo (Bonino et al., 2005; Midford, 2010; Zimmermann et al., 2017). Não se pode ignorar as funções de exploração e de experimentação inerentes ao uso de SPA (Baer et al., 1998; Bonino et al., 2005; Butters, 2004; Chadi et al., 2018; Erickson, 1997; Geldard, 2009; Guzys & Kendall, 2006; Krug et al., 2015; Michaud, 2006; Midford, 2010; Whitehead, 2005; Zimmermann et al., 2017) que desempenham uma função desenvolvimental (Bonino et al., 2005; Erickson, 1997; Jessor, 1986; Krug et al., 2015; Midford, 2010; Whitehead, 2005; Zimmermann et al., 2017).

Enquanto que o conceito de risco dá ênfase à responsabilidade individual para a sua remoção, ignorando o papel da sociedade na promoção dos comportamentos de risco (Jessor, 1991; Michaud, 2006), a função desenvolvimental do uso de SPA permite não só descrever o comportamento e classificá-lo, mas também compreender o que o mesmo significa para o adolescente (Bonino et al., 2005; Michaud, 2006; Zimmermann et al., 2017). Autores como Geldard (2009) consideram, inclusivamente, que “o risco e o desafio” (pp.5) podem ser instrumentos no processo de descoberta de “quem são e quem serão” (pp.5).

Um olhar positivo sobre o desenvolvimento dos adolescentes e sobre estes comportamentos como exploratórios permite alterar a posição que o mesmo ocupa para um participante ativo no seu ambiente social (Michaud, 2006). Um ambiente social constituído por instituições públicas ou privadas que trabalham com este público-alvo e que são capazes de funcionar como um fator de proteção capaz de potenciar a resiliência (Gruskin et al., 2001; Ungar et al., 2012).

3. Intervenção com menores de idade – Redução de Riscos como eventual resposta interventiva

Apesar da sua diminuta existência, alguns estudos tiveram como objetivo obter a perspetiva dos jovens relativamente às instituições e serviços com quem interagem. De forma geral, qualquer serviço tem de ter em conta a relação profissional que é estabelecida, devendo esta ser interpretada como de confiança (Ambresin, Bennett, Patton, Sancí, & Sawyer, 2013; Head, 2011). Nos serviços relacionados com o uso e/ou abuso de SPA, a relação terapêutica com os profissionais deve caracterizar-se por ser genuína e consistente, não predominando uma comunicação unidirecional (Green, Mitchell, & Bruun, 2013; Nagpaul & Chen, 2019). Esta relação pode ser vista como negativa quando é obrigatória (Green et al., 2013) ou quando existe, por parte dos profissionais, uma tentativa de inculcar valores e comportamentos (Nagpaul & Chen, 2019). Embora esta relação seja significativa, a intervenção neste domínio continua a ser marcadamente individual, não se verificando um trabalho com a família, apesar das demonstrações da sua eficácia (Currie, 2003; Green et al., 2013; Nagpaul & Chen, 2019).

No entanto, quando o uso e/ou abuso de SPA ainda não é conhecido por outros, a necessidade de reportar às instituições de promoção e proteção os jovens com menos de 18

anos faz com que haja uma quebra na confidencialidade e, conseqüentemente, na relação (Busza et al., 2013; Conner, 2015). A confidencialidade é, deveras, um dos tópicos mais sensíveis que faz com que os adolescentes não confiem e não recorram às várias instituições (Ambresin et al., 2013; Kelly, 2003; Saberi, Ming, & Dawson, 2018; Tylee, Haller, Graham, Churchill, & Sancí, 2007). Para além do medo de não haver confidencialidade, pode ainda existir uma falta de conhecimento relativamente aos locais onde se podem deslocar para obter apoio e suporte (Krug et al., 2015; Tylee et al., 2007).

O uso de SPA pelos jovens ao ser um fenómeno global e presente nas sociedades atuais (Cook & Fletcher, 2011; ESPAD, 2016; UNODC, 2019) torna-os o público-alvo de muitas das intervenções realizadas que são, essencialmente, preventivas com foco na abstinência (Cook & Fletcher, 2011; Erickson, 1997; Guzys & Kendall, 2006; Jenkins et al., 2017; Meehan, 2017; Wallerstein & Bernstein, 1988; Watson, Strike, Kolla, Penn, & Bayoumi, 2015; Whitehead, 2005). Há autores que consideram que estas abordagens se centram na passagem de informação (Jenkins et al., 2017; Meehan, 2017; Wallerstein & Bernstein, 1988) numa perspectiva *top-down* (Jenkins et al., 2017; Wallerstein & Bernstein, 1988) e que, ao serem contrárias às experiências dos jovens que usa(ram) SPA (Jenkins et al., 2017; Meehan, 2017), os isola do seu grupo de pares (Meehan, 2017; Wallerstein & Bernstein, 1988).

Ao ignorar-se a experimentação de SPA como uma ferramenta de exploração (Baer et al., 1998; Bonino et al., 2005; Butters, 2004; Chadi et al., 2018; Erickson, 1997; Geldard, 2009; Guzys & Kendall, 2006; Krug et al., 2015; Meehan, 2017; Michaud, 2006; Midford, 2010; Whitehead, 2005; Zimmermann et al., 2017) e as mensagens macrosociais que normalizam o consumo de algumas substâncias (Erickson, 1997; Jenkins et al., 2017; Midford, 2010; Canadian Paediatric Society [CPS], 2008; Tupper, 2008; Wallerstein & Bernstein, 1988) bem como ao patologizar-se (Bonino et al., 2005; Midford, 2010; Whitehead, 2005; Zimmermann et al., 2017) e rejeitar-se a presença de SPA ilegais e legais na sociedade como uma realidade irremovível (Erickson, 1997; CPS, 2008; Tupper, 2008) está-se a contribuir para o aumento da falta de confiança nas fontes mais formais de informação (Jenkins et al., 2017; Meehan, 2017) e a perder uma oportunidade de proteger e melhorar a saúde da próxima geração de indivíduos que usam ou irão usar SPA (Calvo et al., 2017; Cook & Fletcher, 2011; Erickson, 1997; Meehan, 2017; Tupper, 2008).

Tendo como base as posições apresentadas, os serviços de RR têm a capacidade de adotar uma posição bem mais flexível do que as intervenções que visam a abstinência

(Meehan, 2017; Midford, 2010) e são importantes pontes para os serviços de saúde e sociais (Bozinoff, Small, Long, DeBeck, & Fast, 2017; Calvo et al., 2017; Merkinaite et al., 2010). No entanto, a presença de menores de idade nos serviços de RR não é muito prevalente (Bozinoff et al., 2017; Cook & Fletcher, 2011; Krug et al., 2015), sendo uma das razões a falta de conhecimento sobre a sua existência (Krug et al., 2015) ou a não identificação por parte dos jovens como utilizadores de SPA que torna o uso destes serviços irrelevantes para si (Calvo et al., 2017; Krug et al., 2015). Ainda, as respostas de RR existentes não são desenhadas para os jovens nem para o seu padrão de uso de SPA que apresenta diferenças com os utentes mais comuns das equipas (Calvo et al., 2017; Cook & Fletcher, 2011; Krug et al., 2015; Merkinaite et al., 2010). Por outro lado, as limitações etárias restringem o acesso (Bozinoff et al., 2017; Busza et al., 2013; Conner, 2015; Cook & Fletcher, 2011; Krug et al., 2015; Merkinaite et al., 2010), impedindo a recolha de informações relativamente à idade e ao tipo de consumo de forma a adequar a intervenção (Cook & Fletcher, 2011) bem como coloca os profissionais numa posição difícil em que a sua intervenção com este público-alvo tem um estatuto ilegal ou ambíguo (Busza et al., 2013; Merkinaite et al., 2010).

A necessidade dos serviços de RR se concentrarem no uso recreativo para aceder aos menores de idade (Krug et al., 2015; Merkinaite et al., 2010) e a falta de informação sobre uso de SPA nesta população são também demonstradas pelo último portefólio de respostas de RR do SICAD preenchido no ano de 2010. Neste portefólio salientam-se algumas respostas direcionadas aos jovens, apesar de algumas já não se encontrarem ativas. Das respostas apresentadas, treze identificam os adolescentes como uma das populações alvo, sendo que a maioria destas respostas identifica como territórios de intervenção os contextos recreativos e as *cenas ocultas*. Uma das respostas salientava a existência de policonsumo, outra o consumo de álcool por menores de 16 anos em contextos recreativos e uma disponibilizava flyers sobre tomada de decisão informada diferentes para jovens com idade até ao 18 anos. Relativamente à idade, é questionada a percentagem da população com menos de 20 anos, e não de 18 anos, tendo as equipas apontado a existência de uma variância entre 0% e 60% (SICAD, 2010).

Deste modo, os adolescentes são vistos como uma população vulnerável devido à sua idade (Watson et al., 2015), mas na realidade a sua vulnerabilidade é sistémica, ou seja, deriva de fatores não só individuais como sociais e estruturais (Conner, 2015; Cook & Fletcher, 2011; Merkinaite et al., 2010; Watson et al., 2015) que os excluem da provisão de serviços que podem servir como uma porta para a intervenção (Watson et al., 2015).

4. Literacia e Educação para a Saúde

Segundo a OMS, a promoção de saúde envolve o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo que têm sobre a sua saúde e, assim, melhorá-la. Para que tal ocorra, é necessário empoderar os indivíduos de forma a aumentar a sua capacidade de controlo (World Health Organization [WHO], 1998). Uma das ferramentas essenciais para isto ocorrer é a literacia em saúde (Nutbeam, 2000, 2008; WHO, 1998) que surge como um meio, e consequentemente resultado, para a participação e o empoderamento dos indivíduos (Bröder et al., 2017; Samerski, 2019; Sørensen et al., 2012; WHO, 2013) tendo implicações em todas as áreas da sua vida e não só na saúde (Bröder et al., 2017; Chinn, 2011; Samerski, 2019; Sørensen et al., 2012).

A literacia em saúde implica um nível de conhecimento, de capacidades individuais e confiança para desenvolver ações que melhorem a saúde individual e também comunitária (Nutbeam, 2000, 2008; OMS, 1998). Nutbeam (2000) refere três níveis de literacia: literacia funcional, literacia interativa e literacia crítica. Na literacia funcional encontra-se a base para a literacia, pois é necessário o desenvolvimento da capacidade de leitura e escrita. Na seguinte, existe um foco nas competências sociais em que a pessoa não só retira e deduz informação dos vários estímulos que recebe como aplica novas informações em diferentes situações. Por último, a literacia crítica representaria uma maior capacidade de analisar criticamente a informação e de a usar para ter um maior controlo sobre os vários eventos e situações que ocorrem ao longo da sua vida (McCuaig et al., 2014; McCuaig, Coore, & Hay, 2012; Nutbeam, 2000, 2008; L. R. Peralta & Rowling, 2017). Refletindo, deste modo, mais autonomia e empoderamento no processo de tomada de decisão (Nutbeam, 2000, 2008).

Assim, o objetivo da literacia não deve apenas consistir na passagem de informação e na leitura de panfletos, mas sim ser uma ferramenta para empoderar as pessoas ao capacitá-las num uso e acesso eficaz à informação, ao dar-lhes controlo sobre a sua saúde e ao permitir-lhes uma participação plena na sociedade (Nutbeam, 2000, 2008; OMS, 1998). Aplicando este conceito aos adolescentes, isto implica que o conhecimento transmitido deve empoderá-los a ser responsáveis pela sua saúde e apoiá-los na sua capacidade de procurar ajuda (Bröder et al., 2017; Meehan, 2017; L. R. Peralta & Rowling, 2017). A adolescência é a fase ideal para uma tomada de decisão empoderada e informada (Bröder et al., 2017; McCuaig et al., 2014) e as escolas não só são o contexto ideal para a aprendizagem da promoção em saúde (McCuaig et al., 2014; McCuaig et al., 2012) como

têm a capacidade de diminuir as desigualdades nesta área ao chegar a mais jovens (Langford et al., 2015; L. Peralta et al., 2017).

A educação para a saúde surge como uma oportunidade de aprendizagem desenhada para aumentar a literacia em saúde (Chinn, 2011; Langford et al., 2015; McCuaig et al., 2014; Nutbeam, 2000, 2008; OMS, 1998; Samerski, 2019; Sørensen et al., 2012). No entanto, tendo em conta o último nível apresentado pelo Nutbeam (2000), os programas de educação para a saúde nas escolas não têm permitido desenvolver uma literacia crítica (Chinn, 2011; McCuaig et al., 2014; L. Peralta et al., 2017; L. R. Peralta & Rowling, 2017) por focarem, essencialmente, em comportamentos de risco específicos (McCuaig et al., 2012; L. Peralta et al., 2017; L. R. Peralta & Rowling, 2017; Whitehead, 2005).

A educação para a saúde não deve ter como único objetivo a mudança de um estilo de vida pessoal e uma adequação do comportamento com o que é recomendado, mas sim a promoção do empoderamento culminando num aumento da literacia em saúde (Nutbeam, 2008). Para isso, deve promover-se no jovem a capacidade de conhecer os determinantes da saúde que vão para além de si (e.g. determinantes económicos e ambientais) e as ferramentas para a sua mudança (Bröder et al., 2017; Chinn, 2011; McCuaig et al., 2014; Nutbeam, 2000, 2008; Samerski, 2019; Sørensen et al., 2012), levando a que a educação para a saúde se converta numa alavanca para a transformação individual, contextual e societal (Chinn, 2011; Nutbeam, 2000; Samerski, 2019; Sørensen et al., 2012).

4.1. Educação sobre substâncias psicoativas com base na filosofia de Redução de Riscos

A educação para a saúde, com um formato tradicional, apresenta uma tendência para se focar nos aspetos negativos e destrutivos de um estilo de vida, como acontece com o uso SPA (Erickson, 1997; Meehan, 2017; Whitehead, 2005). Ainda, classifica alguns comportamentos como inerentemente maus, destrutivos e como representando algum tipo de défice no indivíduo, procurando, por isso, que haja uma abstinência (Erickson, 1997; Tupper, 2008; Whitehead, 2005). Programas baseados nesta abordagem revelaram-se como ineficazes (Asgari & Weber, 2015; Erickson, 1997; Guzys & Kendall, 2006; Jenkins et al., 2017; Meehan, 2017; Tupper, 2008). Uma abordagem mais realista e humana baseia-se na promoção de um ambiente seguro e de suporte em que, mesmo que o jovem se envolva em

comportamentos de risco, o faça numa posição o mais informada e segura possível reduzindo os potenciais riscos (Erickson, 1997; Meehan, 2017; Whitehead, 2005).

As SPA e o seu uso são irreversíveis da sociedade global (Erickson, 1997; CPS, 2008; Tupper, 2008), pelo que, uma abordagem diferente das que até agora foram mencionadas visa ensinar como coexistir com estas, de forma a que se maximizem os benefícios e se diminuam os riscos, destacando-se, assim, a necessidade da educação sobre SPA ter em conta o papel do adolescente na tomada de decisão sobre a sua saúde (Erickson, 1997; Meehan, 2017; Midford et al., 2012; CPS, 2008; Tupper, 2008). Caso contrário, pode existir uma desresponsabilização dos governos para com a saúde pública (Tupper, 2008). Tal como Erickson (1997) afirma, “a sociedade prejudica os jovens ao não os equipar para os desafios de um mundo no qual as drogas legais e ilegais são omnipresentes” (pp.1398).

O modelo de RR permite uma resposta mais pragmática e flexível para o uso de SPA na adolescência (Erickson, 1997; Guzys & Kendall, 2006; Jenkins et al., 2017; Meehan, 2017; Tupper, 2008), na medida em que é uma estratégia congruente com as características de desenvolvimento específicas como a curiosidade e experimentação (Guzys & Kendall, 2006; CPS, 2008). A aplicação deste modelo no meio escolar (Erickson, 1997; Jenkins et al., 2017; Meehan, 2017; Tupper, 2008) tem como objetivo aumentar o conhecimento sobre as SPA e reduzir os riscos associados ao seu uso em vez da frequência ou uso diretamente (Erickson, 1997; Jenkins et al., 2017; Midford, 2010; Midford et al., 2018; CPS, 2008). Este modelo desafia o sistema educativo ao ser aplicado à educação sobre SPA (Meehan, 2017; Tupper, 2008) tal como fez quando aplicado à educação sexual em que também se ignorava o prazer e não se dava informação sobre como minimizar os riscos associados à prática sexual (Tupper, 2008).

A avaliação de um programa baseado na filosofia de RR e na sua comparação com um programa de educação tradicional permite destacar aspetos relevantes tais como a desvantagem já salientada quando há um foco exclusivo e excessivo no uso problemático das SPA (Harvey, McKay, & Sumnall, 2016; Meehan, 2017), a capacidade que a passagem de informação tem em influenciar a tomada de decisão (Harvey et al., 2016) sem serem necessárias atitudes persuasivas para haver mudanças no comportamento (Midford et al., 2018; Midford et al., 2012) e, ainda, as dificuldades que os alunos têm em partilhar a sua experiência com o uso de SPA (Harvey et al., 2016; Meehan, 2017). Relativamente ao último aspeto destacado, as exceções para a partilha relacionavam-se com a idade mais próxima do professor e/ou com a sua experiência com SPA (Harvey et al., 2016).

Desta forma, a educação por pares surge como uma ferramenta que pode ser usada em contexto escolar (Abdi & Simbar, 2013; MacArthur, Harrison, Caldwell, Hickman, & Campbell, 2016; Southgate & Aggleton, 2016) e que pode ser mais aceita pelos adolescentes quando comparada com outros possíveis atores (Abdi & Simbar, 2013; Azizi, Hamzehgardeshi, & Shahhosseini, 2016; Harvey et al., 2016; MacArthur et al., 2016; Whitehead, 2005). A educação por pares é uma oportunidade de aprendizagem com pessoas que tenham alguma proximidade em termos de idade e/ou experiências próximas da audiência sobre um tópico específico (Abdi & Simbar, 2013; MacArthur et al., 2016; Southgate & Aggleton, 2016). Esta é uma estratégia eficaz na promoção da saúde nos jovens adolescentes (Abdi & Simbar, 2013) e tem como objetivo aumentar o conhecimento (Abdi & Simbar, 2013; Azizi et al., 2016; Karaca, Akkus, & Sener, 2018; MacArthur et al., 2016) e empoderá-los na sua capacidade de tomada de decisão (Azizi et al., 2016), nomeadamente no uso de SPA (Abdi & Simbar, 2013; Karaca et al., 2018; MacArthur et al., 2016).

A educação sobre SPA baseada numa filosofia de redução de riscos permite a promoção da literacia em saúde, nomeadamente a literacia crítica, ao empoderar os jovens para a tomada de uma decisão informada, para a redução de riscos e para uma mudança individual e contextual dos determinantes da saúde.

5. A importância da voz dos menores de idade

Apesar dos adolescentes serem aqueles que mais sabem sobre as suas vidas e as suas necessidades (WHO, 2015), na maioria das vezes, são os menos ouvidos no que concerne matérias que lhes dizem respeito (Ambresin et al., 2013; Calheiros, Patrício, & Bernardes, 2014; Nagpaul & Chen, 2019), nomeadamente relativamente ao trabalho feito com jovens que usam SPA (Currie, 2003; Foster, Nathan, & Ferry, 2010). A sua participação permite o desenvolvimento de políticas informadas, levando a uma mudança nas práticas realizadas nas várias organizações e serviços, e, conseqüentemente, a um aumento da sua eficácia (Calheiros et al., 2014; Head, 2011). Ainda, os jovens beneficiam de um aumento da autoestima, promove-se uma cidadania ativa e inclusiva (Head, 2011), bem como o seu empoderamento (Krug et al., 2015; WHO, 2015). Apesar destas vantagens, são, em número reduzido, os estudos que lhes dão voz (Bröder et al., 2017). Ao ouvi-los é possível perceber quais são as barreiras que sentem no acesso aos serviços (Krug

et al., 2015) tornando a relação com estes mais eficaz (Currie, 2003). Permite, ainda, o desenho de intervenções em função das características socioculturais locais, pois as necessidades estão situadas num determinado espaço geográfico, social e cultural sendo que o uso de SPA nos jovens varia entre comunidades e dentro de uma mesma comunidade (Jenkins et al., 2017).

Desta forma, para abarcar a complexidade dos problemas que afetam os adolescentes, é necessário uma ação colaborativa e inclusiva (Bröder et al., 2017; Conner, 2015; Head, 2011), que tornem as intervenções relevantes para eles (Jenkins et al., 2017). Assim, este estudo reveste-se de uma grande importância ao atribuir aos protagonistas deste fenómeno, os jovens, um papel muitas vezes negado, na identificação das suas próprias necessidades, dos obstáculos no acesso e uso de serviços de saúde gerais e de RR e das possíveis mudanças para uma resposta mais eficaz, congruente e empoderante no campo das SPA.

Com este mote, a investigação desenvolvida dividiu-se em duas componentes de forma a abarcar as diferentes perspetivas deste fenómeno complexo. A primeira permitiu a inclusão do uso de SPA na menoridade num estudo mais amplo que incluía outras temáticas (e.g. diferenças da atuação das equipas de RR em contexto rural e urbano). Para isso, contou não só com a participação de cinco investigadoras, que têm um papel interventivo na investigação e atuação técnica na área do uso de SPA e da RR, como também com a parceria do SICAD que, em si mesmo, já dá garantias da pertinência do estudo e da possibilidade real de alterar as políticas públicas e interventivas nesta área com vista à diminuição da vulnerabilidade de ser menor de idade e usar SPA. Em relação à segunda componente do processo de investigação, esta é exclusiva da dissertação aqui apresentada e corresponde a um aprofundamento do tema em análise, tendo como base a perspetiva dos atores chave, os jovens.

Capítulo II – Metodologia do Estudo

1. Objetivos e Questões de Investigação

A presente investigação procura identificar as necessidades interventivas em menores de idade que usam SPA bem como os obstáculos no acesso aos serviços de saúde

gerais e de RR, procurando desenvolver propostas de atuação adequadas e responsivas. Por isso, os objetivos deste estudo são:

- Identificar as necessidades interventivas que os menores de idade que usam SPA apresentam;
- Identificar os obstáculos no acesso e uso de serviços de saúde gerais e de RR;
- Explorar a visão que os jovens apresentam relativamente à educação sobre SPA que lhes é dirigida;
- Explorar a eventual importância relativa que atribuem às intervenções de RR;
- Desenvolver recomendações científicas, políticas e interventivas e, deste modo, poder contribuir para uma política que inclua a visão dos jovens no desenvolvimento e aperfeiçoamento das respostas que lhes são dirigidas.

Estes objetivos permitiram a construção de questões de investigação com o acrónimo PICO¹ divididas em duas partes. Na primeira componente do processo de investigação procurou-se explorar esta problemática, em Portugal, dando voz a profissionais experientes na área e a pessoas que usa(ra)m SPA maiores de idade tendo como base a seguinte questão:

- Na ótica de técnicos de RR (num contexto considerado como não-recreativo) e de pessoas que usa(ra)m SPA com mais de 18 anos, como é que, em função da sua experiência, retratam o fenómeno do uso de SPA por jovens com menos de 18 anos relativamente às suas necessidades, à sua dimensão e aos obstáculos no uso dos serviços de RR?

Na segunda componente de investigação exclusiva desta dissertação, delinearam-se duas questões de investigação principais e quatro secundárias que visam explorar e descrever a problemática em questão com recurso à perspetiva dos jovens:

- Na ótica dos jovens, quais são as suas necessidades ao nível da informação recebida sobre SPA e o seu uso e quais são as suas experiências ao nível da prestação de serviços?
 - Como é que a educação sobre SPA está presente em contextos formais e informais, em Portugal?
 - Como é que as suas necessidades aquando do uso de SPA na menoridade poderiam ser respondidas?

¹ O acrónimo PICO corresponde, na investigação qualitativa, respetivamente a População, Fenómeno de Interesse e Contexto.

- Qual é a sua visão sobre os serviços/instituições com os quais tiveram contacto?
- Na ótica dos jovens, como é que as respostas (in)existentes ao nível da informação recebida sobre SPA e o seu uso bem como ao nível da prestação de serviços podem ser construídas, desenhadas ou alteradas para melhor servir as suas necessidades ao mesmo tempo que eliminam barreiras ao apoio facultado?
- Qual a eventual relevância relativa da filosofia de RR para os jovens que usa(ra)m SPA e de que forma esta pode ser adaptada como resposta interventiva?

2. Método

2.1. Abordagem Metodológica

Ao explorar o fenómeno em análise verifica-se que existe pouca investigação que dê ênfase à perspetiva dos jovens relativamente às temáticas que lhes dizem respeito e à alteração, aperfeiçoamento ou desenvolvimento de respostas interventivas com base nos seus contributos. Consequentemente, importa estudar a temática através de uma lógica exploratória que amplie o alcance do conhecimento (Braun & Clarke, 2013; Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2006) neste domínio.

Portanto, a investigação desenvolvida assume um carácter preferencialmente qualitativo com o complemento da metodologia quantitativa. Os constrangimentos provocados pela pandemia da COVID-19 limitaram a recolha dos dados qualitativos na extensão necessária para a sua compreensão aprofundada. Assim, optou-se por enriquecê-los com o complemento da abordagem quantitativa por serem dados mais fáceis de recolher tendo em conta a situação de confinamento.

O enfoque qualitativo permite explorar, descrever e compreender de forma mais aprofundada a opinião detalhada e a experiência individual (Creswell, 2009; Miles, Huberman, & Saldaña, 2014; Sampieri et al., 2006). Apresenta, ainda, uma dimensão flexível e aberta (Braun & Clarke, 2013; Miles et al., 2014; Sampieri et al., 2006) que se revelou crucial para as alterações que ocorreram ao longo do processo de investigação. Por sua vez, o complemento quantitativo permitiu chegar a mais pessoas e traduzir tendências de opinião (Creswell, 2009; Miles et al., 2014; Sampieri et al., 2006).

Assumindo uma posição fenomenológica (Willig, 2012), a investigação qualitativa promove uma descrição mais rica e densa relativamente às perspetivas, experiências e significados individuais destacando-se, assim, a existência de múltiplas realidades que emergem consoante os vários contextos de vivência dos indivíduos (Braun & Clarke, 2013; Miles et al., 2014; Sampieri et al., 2006; VanderStoep & Johnson, 2009; Willig, 2012). Desta forma, a predominância do qualitativo prende-se com a necessidade de validar cada experiência e a sua interpretação individual (Braun & Clarke, 2013; Miles et al., 2014; Sampieri et al., 2006; VanderStoep & Johnson, 2009; Willig, 2012) e dar voz a pessoas em situações de maior vulnerabilidade (VanderStoep & Johnson, 2009) como é o caso dos jovens que usam SPA antes dos 18 anos.

De forma a salvaguardar as questões éticas e legais levantadas pela realização de um estudo com estas características junto de menores de idade, optou-se por fazer um estudo retrospectivo com jovens entre os 18 e os 25 anos.

2.2. Instrumentos e Métodos de Recolha de Dados

Apresentando uma metodologia mista com enfoque no qualitativo, o estudo apresentado reveste-se de uma abordagem multi-método. Os instrumentos e métodos usados foram entrevistas semiestruturadas, grupos focais e questionários online com perguntas abertas e fechadas.

Em parceria com as investigadoras e o SICAD, a primeira componente do estudo consistiu no envio de um dos questionários online às equipas de RR (cf. Anexo 1) e a realização de dois grupos focais (cf. Anexo 2) que abordavam várias temáticas, incluindo o uso de SPA em menores de idade. O questionário online, enquanto um instrumento de índole essencialmente quantitativa, surgiu para dar resposta a algumas necessidades (Miles et al., 2014) identificadas (e.g. carência de informação relativamente à presença de menores no universo total de utentes da equipa). O uso do método do grupo focal deveu-se à capacidade em obter várias perspetivas, mais detalhadas e elaboradas, através da interação e discussão dos vários participantes com relação próxima e técnica com os tópicos a explorar (Braun & Clarke, 2013; Sampieri et al., 2006).

Quanto à segunda componente do estudo em apresentação, optou-se por privilegiar o uso de entrevistas semiestruturadas (cf. Anexo 3) pois, permitem, ao participante, um espaço para falar sobre a sua experiência e perspetiva ao mesmo tempo que permite explorá-las (Braun & Clarke, 2013). Uma vez que a situação de saúde causada pela

COVID-19 não permitiu uma abordagem presencial prévia à realização da entrevista, optou-se por recorrer a um outro questionário online (cf. Anexo 4) como uma ponte entre a investigadora e os participantes. A escolha por este instrumento deveu-se à sua capacidade de gerar mais dados e de ser pouco invasivo, nomeadamente quando se trabalham tópicos mais sensíveis (Braun & Clarke, 2013; VanderStoep & Johnson, 2009).

Tanto o questionário enviado para as equipas como o questionário enviado para os jovens eram constituídos por perguntas fechadas com opções de resposta limitada e perguntas abertas sem delimitação prévia das alternativas (Sampieri et al., 2006). No entanto, em todas as perguntas fechadas existia a opção “Não me lembro/Não quero responder” de forma a não direcionar os participantes a selecionar uma opção com a qual não se identificavam (VanderStoep & Johnson, 2009). Também a escala de Likert usada nalgumas questões foi de cinco pontos, permitindo uma maior variedade de opiniões, e evitando uma discriminação demasiado fina que se podia revelar como difícil para alguns participantes (e.g. escala de Likert de sete pontos) (VanderStoep & Johnson, 2009). Optou-se por manter o ponto do meio, representando a neutralidade, pois existem pessoas que assumem uma posição neutra relativamente a determinado tópico. Ainda, a opção “Não me lembro/Não quero responder” garante que a seleção do ponto neutro não surge como a inexistência de posicionamento (VanderStoep & Johnson, 2009). Para além das questões abertas, no final de cada tópico dos questionários e aquando do seu término, foi deixado um espaço em branco para os participantes comentarem ou partilharem informações que não tinham sido abordadas.

2.3. Procedimentos de Recolha

A recolha de dados desenvolveu-se em dois períodos diferentes devido à divisão do processo de investigação em duas componentes. Entre maio e junho de 2019, procedeu-se ao envio do questionário, em formato online, para todas as equipas de RR, bem como à realização de dois grupos focais, nos quais esteve presente, em conjunto com a autora desta dissertação, a investigadora principal. A recolha dos dados exclusivos desta dissertação ocorreu entre o mês de abril e inícios de maio de 2020.

Todos os instrumentos de recolha de dados foram acompanhados por um consentimento informado (cf. Anexos 1, 3 e 5) sendo protegida a confidencialidade das respostas fornecidas e, ainda, garantida a sua utilização exclusiva para fins científicos. No caso dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas, os participantes foram elucidados acerca do propósito e objetivos inerentes à investigação, presencialmente ou por

via telefónica, e foi-lhes entregue ou enviado o documento que contemplava, ainda, a permissão para o registo em áudio que foi posteriormente transcrito e destruído.

De salientar que foi pedido um parecer à Comissão de Ética da FPCEUP em relação à validação do estudo e às alterações efetuadas no decurso da investigação através do envio de adendas que foram, consecutivamente, aprovadas.

2.4. Análise dos Dados

Relativamente aos dados quantitativos obtidos nos dois questionários online, estes foram analisados com recurso ao SPSS. No que concerne os dados qualitativos, as transcrições resultantes dos grupos focais, das entrevistas e das respostas às perguntas abertas existentes nos questionários foram analisadas tendo como base a análise temática (Braun & Clarke, 2013). Este método tem como objetivo identificar, analisar e reportar padrões presentes nos dados recolhidos tendo em conta as questões de investigação. Este foi o método escolhido por ser flexível ao nível da abordagem metodológica selecionada, dos métodos e instrumentos de recolha usados e por ser o mais aconselhado no início da investigação qualitativa (Braun & Clarke, 2006, 2013).

Assim, a primeira fase da análise qualitativa foi a transcrição dos grupos focais, das entrevistas e leitura das respostas às perguntas abertas dos questionários de forma a possibilitar a familiarização com os dados. Posteriormente, usou-se a abordagem semântica para a codificação inicial, permitindo gerar códigos representativos das características que os dados apresentam. Todos os conteúdos (e.g. frases ou parágrafos) relevantes para dar resposta às questões de investigação foram codificadas. Por último, os conteúdos foram aglomerados em temas e subtemas de acordo com as relações existentes entre si (cf. Anexo 6). Enquanto que os temas demonstram os padrões que foram identificados de forma indutiva ao longo dos dados e que, devido à sua importância relativamente ao tópico, são a base para a resposta às questões de investigação, os subtemas permitem dar estrutura aos anteriores (Braun & Clarke, 2006, 2013).

Foi usado ao longo de toda a investigação, nomeadamente ao longo da transcrição e da leitura dos dados, um diário. Este permitiu guardar aspetos importantes identificados aquando da realização da entrevista e da familiarização com os dados que se tornaram relevantes aquando do processo de análise (Braun & Clarke, 2006, 2013; Sampieri et al., 2006).

É de salientar que na apresentação dos resultados, a referência aos participantes é efetuada com recurso à utilização de um código² de forma a salvaguardar a confidencialidade.

2.5. Participantes

2.5.1. Seleção dos Participantes

Como os questionários pretendiam abranger todas as equipas de RR, foram enviados através do SICAD e a seleção dos participantes para os grupos focais, como foram realizados na primeira componente do processo de investigação, teve como base o conhecimento prévio da investigadora principal acerca do fenómeno e dos contextos de intervenção das equipas. Desta forma, tanto nos grupos focais como nas entrevistas semiestruturadas, a amostragem caracterizou-se por ser intencional e de conveniência (Braun & Clarke, 2013; Miles et al., 2014; Sampieri et al., 2006; VanderStoep & Johnson, 2009) no sentido de gerar informação mais rica e densa junto de uma população de difícil acesso.

Ao nível das entrevistas semiestruturadas recorreu-se, inicialmente, a um *gatekeeper*, isto é, a uma pessoa com contacto com a população alvo que permitiu localizar participantes e torná-los mais recetivos à investigação (Sampieri et al., 2006). Antes da situação de confinamento causada pelo COVID-19 se iniciar, uma das relações já estava estabelecida e, por isso, foi possível realizar a sua entrevista via telefónica. No entanto, devido à impossibilidade de recolha presencial dos dados, utilizou-se o questionário online como ponte entre a investigadora e os jovens para entrevistas por via telefónica. Esta via permitiu a realização de mais uma entrevista perfazendo o total de duas. Apesar de serem apenas duas, ainda assim, os dados provenientes permitem contextualizar e triangular o material proveniente das restantes fontes.

Em relação aos questionários online dirigidos aos jovens, esta foi uma amostra por conveniência, sendo o questionário enviado para pessoas conhecidas e disponíveis (Braun & Clarke, 2013; Miles et al., 2014; Sampieri et al., 2006; VanderStoep & Johnson, 2009). Posteriormente, usou-se uma estratégia inspirada na bola de neve em que a amostra para o questionário foi construída através destes participantes iniciais (Braun & Clarke, 2013; Sampieri et al., 2006; VanderStoep & Johnson, 2009) ao ser solicitado que partilhassem

² Foram usados códigos alfanuméricos, sendo que a letra utilizada corresponde ao instrumento de recolha e o número ao participante (e.g. E1 – Participante número um da entrevista)

com outros jovens. Assim, a amostra foi construindo-se a si mesma havendo um aumento exponencial da rede de participantes (VanderStoep & Johnson, 2009). Apesar deste método de amostragem ter a desvantagem de não ser representativo, o facto do uso de SPA na menoridade ser um fenómeno oculto fez com que esta abordagem fosse uma das mais adequadas para conseguir a sua participação (VanderStoep & Johnson, 2009).

Como critérios de inclusão para a participação dos jovens salienta-se a faixa etária, tanto para o questionário online como para as entrevistas, e nestas era também necessário uma experiência prévia de uso de SPA antes dos 18 anos. Por ser um estudo retrospectivo, o intervalo de idade delimitado foi entre os 18 e os 25 anos de idade, de forma a ser o mais próximo possível da menoridade e, assim, diminuir as limitações ao nível da validade (e.g. influência da memória).

2.5.2. Caracterização dos Participantes

2.5.2.1. Questionário Online às Equipas de Redução de Riscos

Dos 36 projetos de RR existentes em Portugal Continental, 26 responderam ao questionário (12 na zona norte do país, oito em Lisboa e seis no centro). Em geral, apresentam um perfil de atuação bastante semelhante, ancorado nos serviços socio-sanitários mais convencionais de RR (e.g. tratamento de substituição opiácea, distribuição de material para o uso de SPA como troca de seringas, tratamento para o VIH e Hepatite C). Alguns têm respostas menos comuns como aconselhamento e apoio parental (dois projetos).

2.5.2.2. Grupos Focais

Procedeu-se à realização de dois grupos focais, um na zona norte do país e outro na zona centro. Em ambos os grupos privilegiou-se a heterogeneidade para se obter diferentes perspetivas (Braun & Clarke, 2013). O grupo focal realizado no Norte foi constituído por dois técnicos com competência de decisão no âmbito dos comportamentos aditivos, duas pessoas que usa(ra)m SPA e mais três profissionais de RR. O grupo focal realizado no Centro foi constituído por um técnico com competência de decisão no âmbito dos comportamentos aditivos, quatro pessoas que usa(ra)m SPA, a esposa de um deles e dois profissionais de RR.

2.5.2.3. Entrevistas a Jovens

Foram realizadas duas entrevistas por via telefónica durante o mês de abril. Um dos participantes era do sexo masculino e outro era do sexo feminino, enquanto que o primeiro tinha 18 anos, a segunda participante tinha 21. No caso do participante do sexo masculino, a sua zona de residência era no norte do país e a participante do sexo feminino vivia na zona sul do país.

2.5.2.4. Questionário Online a Jovens

Foram obtidas 143 respostas de jovens entre os 18-25 anos de idade. A média de idades localiza-se nos 20.88 anos. Deste universo, 67.8% são do sexo feminino, 31.5% do sexo masculino e um participante assinalou “outras opções”. Relativamente ao uso de SPA antes dos 18 anos, 46.2% dos jovens inquiridos responderam afirmativamente, havendo uma maior prevalência de jovens do sexo masculino. Enquanto que cerca de 60% dos participantes do sexo masculino consumiram alguma SPA antes dos 18 anos, apenas 39.6% das participantes do sexo feminino responderam afirmativamente.

Capítulo III – Estudo Empírico

1. Apresentação dos Resultados

Importa, agora, apresentar o material empírico resultante do processo de análise dos dados quantitativos e qualitativos que assumiram uma maior saliência no decurso das narrativas dos vários participantes e de maior relevância para as questões de investigação (Braun & Clarke, 2006). Para que a sua apresentação seja de mais fácil leitura e compreensão, os dados quantitativos e qualitativos, estão divididos em quatro grandes secções: Educação sobre Substâncias Psicoativas; Suporte aos jovens consumidores; Serviços de Redução de Riscos; Dados exclusivos das Entrevistas e Grupos Focais; Redução de Riscos e as suas aplicações futuras. As relações entre os dados quantitativos e cada tema, subtema e a sua relevância para o tópico em análise serão apresentadas no ponto seguinte.

1.1. Educação sobre Substâncias Psicoativas

1.1.1. Dados Quantitativos

Uma das questões do questionário online relacionava-se com a oferta de educação sobre SPA em Portugal. Dos 143 inquiridos, 36.4% consideram que existe pouca oferta, 26.4% têm uma posição intermédia e 21% consideram que existe bastante oferta. Nos dois polos opostos, apenas 8.5% consideram que há muita oferta e 4.9% nenhuma oferta.

No que concerne os contextos de educação sobre SPA, apenas dois participantes salientaram que não tiveram qualquer acesso a esta. O contexto escolar foi assinalado por 65% dos jovens, seguindo-se a televisão (58%) e os amigos (53.8%). Ainda, o contexto familiar foi assinalado por quase metade dos participantes (49%). Apesar dos jovens terem assinalado os amigos como um contexto de acesso à educação sobre SPA, quando questionados sobre se tiveram algum momento de partilha de pares relativamente à temática, mais de metade não teve (60.9%). No que se refere à pertinência que estes momentos de partilha podem ter, a maioria dos participantes considera que têm bastante (37.6%) ou muita (46.8%) pertinência.

Relativamente à educação sobre SPA em meio escolar, cerca de 53.1% referiram ter esta experiência, caracterizando as sessões presenciadas em termos de utilidade e abertura à participação. No que concerne a utilidade, 2.6% consideram que não tiveram alguma utilidade, 14.5% pouca utilidade, 28.9% assumiram uma posição intermédia e 14.5% muita utilidade. A maior parte dos jovens (39.5%) assinalou a opção de “bastante utilidade”. No que toca à abertura à participação, a opinião dos inquiridos foi mais equilibrada entre as várias opções: 28.8% consideram que teve muita abertura, 26.7% bastante abertura, também 26.7% assumiram uma posição intermédia, 6.7% consideram que não houve abertura e 12% que houve pouca. A relevância da educação sobre SPA na escola reflete-se na opinião dos jovens que a consideram como bastante (28%) ou muito (68.5) importante

Os tópicos mais abordados nas sessões escolares dos participantes foram as consequências (98.7%), a dependência (89.3%) e os efeitos das SPA (55.3%). Pelo contrário, os cuidados a ter aquando do consumo foi abordado em sessões escolares de 20% dos jovens e 38.7% receberam informações dos serviços a que se pode recorrer.

1.1.2. Dados Qualitativos

Tanto das entrevistas como do conteúdo qualitativo dos questionários emergem dois grandes temas em que a educação sobre SPA ganha maior destaque.

O primeiro tema é a *perceção do uso de SPA como algo indesejável*. Este divide-se em dois subtemas havendo um a destacar que se relaciona com esta secção - *educação sobre SPA como forma de dissuasão*. Dos 143 jovens que responderam ao questionário, 38 salientam que a educação sobre SPA se deve focar, ou pelo menos reforçar, os aspetos negativos do consumo (“*Os impactos que o consumo das drogas na vida pessoal e social de quem consome (...) os efeitos na saúde, as desvantagens que traz*” Q134). Para isso, um dos meios referidos por cinco dos jovens é o contacto com experiências reais, ou seja, com pessoas que usa(ra)m SPA com o objetivo de dissuasão (“*Pessoas que já foram consumidores de drogas (...) para deixar os alunos verdadeiramente informados de como é tomar uma droga compulsivamente*” Q77; “*Ex-viciados, toxicodependentes (...) de forma a que a mensagem de perigo seja recebida com mais atenção*” Q121).

Por outro lado, o segundo tema é a *educação sobre SPA como uma ferramenta para a literacia*. Neste caso, tanto os jovens que responderam ao questionário como os entrevistados têm uma posição diferente dos primeiros quanto ao papel que a educação pode ter nesta temática. Destacam-se sete subtemas que estruturam a visão dos jovens em relação a este tema. Os três primeiros subtemas relacionam-se com a *transmissão de informação; promoção de um consumo seguro; temáticas específicas*.

Relativamente ao primeiro subtema, 49 participantes afirmam que a educação sobre SPA deve incluir alguma forma de informação que vai além do foco exclusivo nas consequências das SPA (e.g. os efeitos que elas têm no indivíduo, o que são drogas e quais os vários tipos, os tipos de apoio que existem, o quadro legal em Portugal em relação a esta temática) (“*o que é a droga, a sua origem (...)*” Q64; “*Efeitos provocados, o que fazer quando corre mal a experiência*” Q73). Ainda 18 dos jovens que salientaram a necessidade da transmissão de informação, consideram que deve também haver uma *promoção de um consumo seguro* tal como o Q61 afirma:

“Para além de introduzir os alunos ao universo das substâncias psicoativas, abordando os riscos, a influência dos contextos sociais e que a linha entre o consumo responsável e o consumo indevido é ténue e pode depender de pessoa para pessoa, assim como para a mesma pessoa em circunstâncias diferentes. Deveria sobretudo ser focada em preparar os adolescentes que queiram experimentar, dotando-os da melhor e mais imparcial informação possível e educando-os para um consumo responsável.”

O último subtema desta tríade refere-se ao foco da educação em *temáticas específicas* que surgiram na análise. Dois participantes, um no questionário e outro na entrevista, focaram o consumo de álcool como algo que deveria ser abordado ou que falhou na educação que tiveram acerca das SPA (“*A inclusão do álcool nestas sessões é extremamente importante, visto que o acesso a esta droga por menores é muito facilitado.*”

Q61; “*Eu acho que nem sequer tive uma abordagem ao álcool na escola (...) porque como é legalizado as pessoas dizem só “tu não podes beber até...agora é 18 anos (...) e pronto e fica” E2).* Outra temática é a pressão de pares que foi abordada por um participante do questionário online.

Outro subtema é a *relevância de alguém com experiência no tópico*. Tal como no primeiro tema, aqui surge a importância dos pares como meio de dinamização, mas, neste caso, sem o objetivo de dissuasão. Cerca de 37 jovens do questionário e um dos entrevistados valorizam e consideram relevante o papel de alguém com experiência direta com o uso de SPA, pois “*casos reais contados na primeira pessoa acabam por ser mais apelativos*” (Q45). Alguns destes jovens salientam que este trabalho deve ser efetuado por pares que já não usem SPA (“*Deveria ser dado por alguém que se tenha reabilitado*” Q4), enquanto outros (n=4) referem que este papel deve ser assumido por pessoas jovens ou com alguma relação proximal:

“(...) Imagine, se eu chegar a beira deles e disser “eu nasci ali numa vivenda em Matosinhos, com piscina, sem polícia a rondar a rua”. Eles pensam “ei, grande tone, grande menino queque”. Eu digo a beira deles “olha, eu nasci no bairro [noutro bairro do Porto], tive ali [noutro bairro do Porto] a vender droga, assim. E eles “ei pera aí este sabe das coisas e tal”. (...)” P1

Por outro lado, surgem também os profissionais enquanto pessoas com experiência, mas, ao contrário dos pares, estes são vistos de forma ambivalente pelos jovens. Enquanto que 28 dos jovens do questionário salientam que a educação sobre SPA deve ser dada por profissionais com experiência nesta área (e.g. polícia, médicos, psicólogos), dois jovens que responderam ao questionário e os jovens entrevistados têm uma visão diferente acerca da capacidade destes em chegar aos alunos. O recurso à polícia como interveniente é visto como intimidante (“*é dada por polícias maior parte das vezes isso intimida as pessoas a tirar dúvidas*” Q143; “*(...) a polícia está ali e tu não vais fazer perguntas como consumir à polícia*” P2) e a abordagem dos professores como incongruente com a dos alunos (“*A perspectiva de alguns professores, por vezes, é longe da realidade e tende a não informar os alunos*” Q70; “*não é uma professora, imagine, que nunca consumiu que está a falar de uma coisa que não sabe*” P1).

Outros três subtemas relacionam-se com o *papel da escola, da família e das redes sociais* como educadores nesta temática. No questionário, de forma espontânea, 15 jovens referiram a escola como contexto para a promoção de educação sobre SPA, sendo que 10 destes referem que esta “*deveria ser enquadrada na educação nas escolas, não apenas sob a forma de palestras opcionais, mas mesmo enquadrado no plano de estudos*” (Q109). Dois participantes referem a família, salientado que deve ser feita “*sensibilização (...) aos*

*pais para que a própria sensibilização possa também ser feita” por eles (Q20). Em relação às redes sociais ou à internet, estas foram referidas por dois participantes do questionário e numa entrevista (“*cenar informativas que o pessoal passa, vê e adquire a informação. Páginas no Instagram ou Facebook com “Dicas de consumo responsável” em que postem coisas que realmente interessem e os jovens queiram aprender alguma coisa daquilo.”* P2).*

O último subtema aborda as *características* com que a educação sobre SPA se deve pautar como a existência de uma mentalidade aberta (n=7), oportunidades de participação (n=7) e uma atitude de não julgamento (n=4) (“*Assim, a pessoa responsável pela educação (...) deve ser tolerante e imparcial, tentando compreender o ponto de vista dos adolescentes e oferecer ajuda caso necessário. Promover um ambiente seguro, fomentando a partilha”* Q98).

1.2. Suporte aos Jovens Consumidores

1.2.1. Dados Quantitativos

Dos 143 jovens que responderam ao questionário online, 46.2% usaram alguma SPA antes dos 18 anos. Destes, apenas um afirmou ter frequentado um serviço devido ao seu uso. Este serviço era de psicologia e o participante caracterizou-o com um valor de quatro numa escala de Likert de um a cinco em termos de acessibilidade, confidencialidade, apoio recebido, empatia oferecida pelos profissionais e a medida em que a sua opinião foi tida em conta. Apenas 12 dos 133 participantes conheciam algum serviço para jovens que usam SPA antes dos 18 anos.

1.2.2. Dados Qualitativos

Dentro da secção dos serviços de apoio aos jovens surge um único tema que resulta tanto das entrevistas como do conteúdo qualitativo dos participantes do questionário que afirmaram ter usado alguma SPA antes dos 18 anos. O tema é *as percepções acerca da necessidade de suporte aos jovens utilizadores de SPA* e subdivide-se em cinco subtemas.

No primeiro subtema destaca-se a *inexistência de necessidade de apoio*. Quase metade dos participantes do questionário que tinham usado SPA (n=25) e uma participante entrevistada referiram que não precisaram de apoio. Alguns destes jovens referem a experimentação (n=5), a inexistência de dificuldades ou necessidades (n=4) e um uso de SPA esporádico (n=5) ou controlado (n=2) como motivos para não necessitar de apoio

“Lá por consumir não quer dizer que tenha tido algum tipo de necessidade ou dificuldade” Q39).

Nos dois subtemas seguintes existe um foco no tipo de necessidade identificada: *necessidade de informação; necessidade de confidencialidade na intervenção médica*. Em relação ao primeiro, cerca de 12 jovens do questionário e um dos participantes entrevistados referiram que necessitavam de mais informação. Destes 12, quatro referiram a escola como um veículo para a sua transmissão em que se podia *“ter falado abertamente do consumo, sem haver tanto preconceito contra quem experimenta”* (Q24). Ainda, um jovem do questionário e um dos entrevistados referem que ter alguém com experiência seria importante:

“Gostava de ter aquele exemplo que eu te dei. Nós estávamos na sala e ter o próprio consumidor ou uma pessoa que explicasse bem. Porque é assim, é a realidade...Teres um professor que te explica que vais ganhar cancro e mais algumas coisas, a ti não te interessa.” P1

No concerne o segundo subtema identificado relativo às necessidades, o mesmo está presente nas duas entrevistas realizadas. Ambos os participantes referem o medo que os jovens têm em pedir ou procurar ajuda em situações de emergências:

“Isso até era mais importante que a parte de fumar. Isso é a parte mais importante porque a maior parte dos jovens ficam muito tempo no hospital, se calhar até morrem no hospital, por falta de comunicação com os médicos.” P1

“(…) mas o pessoal mais novo é mesmo por medo. E se eles tiverem tipo essa cláusula de confidencialidade era muito mais provável eles irem. Porque eles não vão não é por não quererem, é por medo que os pais saibam.” P2.

Os últimos dois subtemas são o *apoio da rede informal* e o *apoio da rede formal*. Em relação ao primeiro, o apoio dos amigos (n=7) e da família (n=6) foi considerado como importante ou por ter existido ou pela necessidade de ele ter estado presente quando começaram a usar SPA. Enquanto que nos amigos o apoio se relaciona com o conhecimento que estes podiam oferecer, no caso da família relaciona-se com a necessidade de abertura à comunicação:

“Julgo que, em muitas famílias, drogas são assunto Tabu. E que, tal como no meu caso, isso cria uma barreira de comunicação com aqueles que nos são mais próximos e que muitas vezes nos podem auxiliar mais facilmente. A falta de pessoas da minha idade que, na altura, fossem conscientes e chamassem à realidade, também foi um fator que gostaria de ter mudado já que são pessoas que eu mais facilmente ouviria e entenderia.” Q113

Relativamente ao *apoio da rede formal*, é referido o apoio psicológico (n=5), seguido do apoio por parte da escola sem especificar de que forma este poderia ser feito (n=2) e o apoio de profissionais de saúde (n=1).

1.3. Serviços de Redução de Riscos

1.3.1. Dados Quantitativos

No questionário online para os jovens, apenas quatro afirmaram ter previamente ouvido falar de um serviço de RRMD associado ao uso de SPA antes dos 18 anos. Após ter sido fornecida a definição de RRMD, mais 13 jovens afirmaram conhecer, sendo que apenas um jovem afirmou ter frequentado um serviço desta área antes da maioridade. Quando questionado sobre como avalia esta resposta numa escala de Likert de um a cinco em termos de acessibilidade, confidencialidade, apoio recebido, empatia oferecida pelos profissionais e a medida em que a sua opinião foi tida em conta, o valor dado foi de cinco em todas as variáveis. Ainda neste questionário, todos os jovens, independentemente de conhecerem ou não um serviço de RRMD, foram convidados a classificar a eventual utilidade desta resposta para menores de idade. Mais de metade considera esta resposta como muito útil (52.5%), 30.5% consideram bastante útil, 9.2% assumem uma posição intermédia e 7.8% consideram que seria pouco útil.

No que respeita ao questionário respondido pelas equipas de redução de riscos, no total de 26 equipas, só 23 consideraram ter informações suficientes para referir a preponderância dos menores enquanto utentes. Apenas três equipas consideram que a presença de menores é superior a 0% (entre 1-25%). Quanto à disponibilidade de respostas para menores de idade, quatro das 11 equipas que responderam consideram que estão pouco (n=2) ou nada (n=2) disponíveis. Em relação às restantes, uma assume uma posição intermédia, cinco consideram que estão bastante disponíveis e uma considera que estão muito disponíveis. Ainda, num total de 12 equipas, metade considera que seria muito necessária haver uma resposta para os menores de idade, duas consideram que seria bastante necessária, outras duas consideram que não seria necessária, uma assume uma posição intermédia e outra de pouca necessidade.

1.3.2. Dados Qualitativos

Em relação aos serviços de RR emergem três temas do conteúdo qualitativo dos questionários, das entrevistas e dos grupos focais realizados com os profissionais desta área.

O tema *perceção do uso de SPA como algo indesejável* já foi referido anteriormente, mas o subtema a destacar é a *RR como não sendo uma resposta útil à problemática* em estudo. Um dos motivos referido por um dos técnicos no grupo focal para a sua não utilidade prende-se com a visão da redução de riscos como uma resposta assistencialista:

“(...) mas tenho alguma dificuldade em perceber hoje, neste momento, que haja uma premência de encontrar soluções ou respostas assistenciais para adolescentes, em matéria de redução de danos. (...) depois se não há outras que possam suprimir e depois é que entram naquelas que estão mais ou menos normalizadas, que são as dos adultos” FG21

Outro motivo apresentado por 12 dos jovens que responderam ao questionário é que o foco da intervenção deve ser erradicar o consumo, principalmente em menores de 18 anos, o que faz com que este serviço não seja o indicado (*“(...)a existência destes serviços parece pressupor que o consumo destas substâncias é algo que deveria ser considerado como normal e perpetuado na sociedade” Q117*).

Pelo contrário, emergiu um tema relativamente à *utilidade dos serviços de RR para o uso de SPA em menores de idade*. Este é acompanhado por quatro subtemas que marcam que tipo de utilidade este serviço pode ter. Um desses subtemas é o *foco na prevenção e dependência*. Apesar da definição de RR apresentada, 21 dos jovens consideram que esta tipologia de RR é útil para a prevenção do início do consumo ou da sua continuação (n=13) ou para trabalhar com os casos em que já existe dependência das substâncias (n=8). Outro subtema que emergiu nas respostas de 35 dos jovens que responderam ao questionário é a utilidade de RR na *diminuição dos riscos e problemas de saúde* sendo que um dos jovens sugere a entrega de mortalhas e outro a *“diminuição dos riscos do consumo (...) na toma de substâncias adulteradas”* (Q45)

Em relação ao subtema *promoção da transmissão de informação para um consumo seguro*, não só 24 jovens do questionário indicaram esta potencialidade como também um dos participantes entrevistado que tinha tido experiência pessoal de um serviço de RR em contexto recreativo (*“Poderia ser útil aos jovens que não sabem consumir. (...) Até porque é natural que os jovens que comecem a experimentar tenham dúvidas em relação a dosagens e frequência de consumo.” Q61; “Este serviço educaria melhor os jovens menores nesta temática pois prestaria, realmente, ajuda em vez de se focar tanto em criar medo com as consequências, o que acontece em demasia, a meu ver.” Q70*):

“E tinha lá uma barraquinha para testarem drogas e as senhoras tinham uma coisa de chupa-chupas (...) ficavam lá a falar com as pessoas, tinham panfletezinhos e coisas do gênero. Foi tipo o mais próximo de uma cena assim mais amigável que eu vi e também por ser pessoal da nossa idade é mais fácil a gente falar com eles do que uma senhora com 40 ou 50 ou 70 anos (...) O facto de ter tipo pseudo doces lá para as pessoas comerem acaba por convidá-las a ter que interagir com as senhoras a perguntar se podem tirar um, por exemplo. E elas aí davam os panfletos e falavam connosco, estás a ver?” P2

O último subtema salienta a utilidade de RR enquanto *serviço de apoio e acompanhamento*, tendo sido referido por 13 jovens (*“Dá-lhes algum apoio sem discriminação” Q35; “Poderá ser um forte apoio de orientação para alguém que não*

receba apoio daqueles lhe são mais próximos” Q75). Adicionalmente, foi salientado o apoio psicológico que podia ser oferecido (n=2).

Outro tema que emergiu essencialmente das entrevistas e dos grupos focais foi a *ausência de menores nas equipas de RR*. Este tema subdivide-se em três subtemas. Um desses subtemas é a *presença em número reduzido* de menores enquanto utentes. Os profissionais dos dois grupos focais, apesar de referirem a sua existência, salientam que é um número reduzido (*“Não muito, não se vê muitos porque a maior parte também nem vai lá”* FG24; *“Tivemos já uns quatro ou cinco casos de menores”* FG11). Outro subtema é o *estigma enquanto barreira*. Tanto os profissionais como um dos jovens entrevistados referiram o estigma como uma das razões para os jovens não se deslocarem às unidades móveis que disponibilizam este serviço, mesmo que o conheçam (*“(…) existe também aqui um... estereótipo, digamos assim, uma ideia feita sobre as carrinhas. Porque as carrinhas são para os ressacas”* FG22):

“Eu olhava para li e pensava “se eu for ali...se alguém me vir, eii...já vou passar por aquilo... já vou”. Nunca quis ir porque aquilo para mim já era... se alguém me visse já era considerado drogado. Eu não me considerava drogado porque eu não me drogava, eu consumia só. (...) É a mesma coisa, imagina, vocês não são consumidoras e irem a uma carrinha dessas. Se alguém vos vir, eles não se importam se vocês vão ali só para fazer uma pergunta, se vão ali... a gente pensa logo: “ei, eles são consumidores.” A partir de agora, se alguém perguntar, “ei, tenham cuidado com aqueles dois que eles são consumidores”. É muito complicado.” E1

O último subtema, *inexistência de conhecimento sobre como atuar*, surge de uma das profissionais de RR que refere *“(…) nós ficamos num dilema ético muito grande, não é? O que fazemos com estas pessoas? São menores (...) apoiamos ou não apoiamos”* (FG11). Esta opinião é reforçada pelos restantes profissionais do mesmo grupo focal (*“Há coisas que estão ali no limbo”* FG13), que destacam a necessidade de indicações oficiais como resposta a este dilema (*“Ao menos alguma indicação do SICAD seja do que for sobre o que se deve fazer nestas situações. Não apoiar não é uma opção”* FG11).

1.4. Dados exclusivos das Entrevistas e Grupos Focais

Dentro desta secção, encontram-se os temas que emergiram exclusivamente das entrevistas e dos grupos focais. Dois temas emergiram apenas das entrevistas com os dois jovens com experiências prévias de uso de SPA em idade inferior aos 18 e outro tema emergiu de uma das entrevistas e dos grupos focais.

O tema *valorização das experiências subjetivas como forma de aprendizagem* encontra-se subdividido em dois subtemas. No primeiro, *vivência de experiências negativas*

com amigos, ambos os entrevistados referem que já assistiram a situações em que os seus amigos tiveram complicações com o uso de SPA:

“Se eu tiver um amigo a passar mal, o que é que eu posso fazer para o ajudar? A gente acaba por aprender com o erro. (...) Eu a primeira vez que pensei nesse tipo de coisas [Testagem das substâncias] era porque eu tive uma amiga que tomou alguma coisa que lhe fez mal e ela ficou tipo sequelada para a vida, estás a ver? Ela foi para uma data de hospitais, faziam-lhe neurológicos e não conseguiam descobrir.” E2

O segundo subtema é a *partilha entre pares*. Ambos os entrevistados referiram que foram aprendendo, através do contacto com os outros, formas de consumir e de se protegerem no decorrer do uso de SPA:

“Foi uma coisa que eu fui sabendo à medida que eu ia falando com o pessoal que sabia mais. Tinha uns amigos que me explicavam: “Ah esta placa é má porque se tu vires tem um branco aqui no meio. Isto é sabão. A gente não vai fumar isto”. E por aí adiante eu fui aprendendo coisas novas.” E2

Outro tema relacionado apenas com as entrevistas é a *caracterização da intervenção policial*. O primeiro participante entrevistado referiu espontaneamente a intervenção policial como negativa e violenta e, por isso, foi questionado também à segunda participante como é que ela caracterizaria a mesma. Esta caracterizou-a como algo variável e dependente do agente, mas também referiu alguns episódios violentos:

“Há uma intervenção muito feia que é da polícia. Imagina temos jovens que estão ali a consumir, a fumar um charro ou qualquer coisa encostados e a polícia chega lá bate, apreende. (...) O polícia o que devia fazer é chegava ali pronto: “anda cá, sabes o mal que isto faz?”. Tentar dar um exemplo. (...) Não é chegar ali... bater ninguém vai a lado nenhum. E não vai. Dizer que “daqui a uns anos estás em Custóias; daqui a uns anos estar a apanhar sabonetes nos banheiros de Custóias”. Ninguém vai lá assim. A polícia pensa que é assim, mas não ganha nem 5% da confiança das pessoas. Se houvesse mais falar e menos agressividade ganhava mais.” E1

O último tema, *espectro da vulnerabilidade*, emergiu da análise dos grupos focais e de uma das entrevistas. A associação do uso de SPA com outras problemáticas (e.g. pobreza, tráfico de droga) leva a que existam diferenças na tipologia de uso nos vários jovens (*“Comecei a vender haxixe com 14 anos. (...) Passei para o tráfico de cocaína e heroína (...) Eu com 16 anos já estava...” P1*):

“Mas também aqui quando se fala em jovens, crianças e jovens (...) quando nós colocamos na equação a pobreza e outro tipo de comportamentos desviantes e a marginalidade e a exclusão social, temos uma realidade completamente distinta do que quando isto não está na equação.” FG27.

1.5. Redução de Riscos e as suas aplicações futuras

O último tema, *redução de riscos enquanto filosofia e não só um serviço*, emergiu dos dados qualitativos dos grupos focais, das entrevistas e dos questionários online para os jovens. Este tema subdivide-se em dois subtemas que visam dar estrutura às sugestões elencadas. O primeiro subtema é o *alargar a intervenção de RR*. Neste subtema salienta-se

a necessidade de mudar o modelo padrão da intervenção referido por uma das profissionais da área num grupo focal

“(...) modelo que nós temos de intervenção é um modelo feito digamos que à imagem de aquilo que se pensou ser o nosso cliente tipo, não é? Homem branco, classe média, utilizador de substâncias psicoativas (...) toda a investigação que eu vou vendo aponta para a necessidade de desconstruir este modelo (...) desconstruir isto para perceber como é que dentro de um modelo universal nós podemos encontrar especificidades das diferentes, dos homens, das mulheres, dos mais velhos, dos mais novos, etc.” FG27

Ainda dentro deste subtema, um jovem que respondeu ao questionário referiu a aplicação desta filosofia ao consumo de álcool e uma das entrevistadas salientou a necessidade de adaptar as respostas já existentes aos constrangimentos que é ser menor de idade.

“ Se o objetivo é agarrar o pessoal antes de ter 18 anos tem de se por em conta todas as coisas que acarreta não ter 18 anos, ou seja, morar com os pais, ter horários na escola, se calhar não pode sair com tanta facilidade, não há de querer que os pais saibam que entrou em coma alcoólico na sexta passada.” E2

O outro subtema é *diversificação da aplicação de RR a diferentes contextos* em que 25 dos jovens que responderam ao questionário e uma das entrevistadas referem a escola como um meio de aplicação deste tipo de serviços. Adicionalmente, existe uma associação do consumo a locais específicos, o que fez com que 16 dos jovens que responderam ao questionário salientassem a aplicação deste serviço a *“contextos sociais mais propícios a ter menores a envolverem-se com drogas”* (Q32), com alguns jovens a especificarem os bairros sociais (n=3) e casas de acolhimento (n=2). Os mais diversos contextos recreativos (e.g. festivais, viagens de finalistas, discotecas) foram referidos por sete jovens.

Embora estes tenham sido os contextos mais referidos, algumas das respostas individuais envolviam a aplicação deste serviço em contextos multimédia (n=2; e.g. redes sociais, internet), em contexto de saúde (n=1; e.g. centros de saúde) e ainda o seu uso para a aplicação da rede informal dos jovens que usam SPA (n=4; e.g. amigos e família).

2. Discussão dos Resultados

O presente estudo, de carácter exploratório, pretende identificar necessidades interventivas, obstáculos no acesso e uso de serviços de saúde gerais e de RR nos menores de idade que usam SPA e, ainda, promover sugestões para uma resposta mais eficaz, congruente e empoderante para esta problemática. De forma a que a sua leitura seja de mais fácil compreensão, esta discussão será dividida em três partes que estão

interrelacionadas entre si e com o fenómeno explorado: 2.1) Necessidades dos jovens que consomem substâncias psicoativas e a sua visão sobre as respostas existentes; 2.2) Educação sobre substâncias psicoativas; 2.3) Redução de Riscos.

2.1. Necessidades dos jovens que consomem substâncias psicoativas e a sua visão sobre as respostas existentes

Tanto nos dados qualitativos como nos quantitativos, foram poucos os jovens que afirmaram que conheciam algum serviço para menores que usam SPA e apenas um, que afirmou ter usado SPA antes dos 18 anos, indicou ter frequentado um serviço neste âmbito. Isto é congruente com o que já tem vindo a ser referido pela literatura que o não acesso às instituições pode apresentar como razão a falta de conhecimento sobre elas (Krug et al., 2015; Tylee et al., 2007).

Por outro lado, muitos dos jovens inquiridos afirmam não ter sentido qualquer necessidade de apoio. A caracterização do consumo como “*controlado*” ou “*esporádico*”, não se identificando como utilizadores de SPA, pode levar a que esses jovens não considerem os serviços dirigidos a esta problemática como relevantes (Calvo et al., 2017; Krug et al., 2015). Ainda, a visão dos serviços como direcionados para dar apoio e responder às necessidades parece ser interpretada, por alguns dos jovens, como resolução de problemas com o uso de SPA e não é observada a sua potencialidade para outros objetivos. No entanto, alguns jovens identificaram a premência de informação como uma necessidade interventiva, algo que é passível de ser uma função das várias instituições e serviços. A identificação desta necessidade pode revelar um foco reduzido das intervenções no empoderamento da tomada de decisão que tem como base a posse de informação (Nutbeam, 2000, 2008; OMS, 1998). Outra necessidade que surgiu nas entrevistas com jovens que usa(ra)m SPA na menoridade é a confidencialidade nas intervenções médicas. O contexto de diálogo propiciado pelo formato da entrevista permitiu que as experiências pessoais e no seu grupo de pares demonstrassem que o receio da não confidencialidade, aspeto também destacado pela literatura (Ambresin et al., 2013; Kelly, 2003; Saberi et al., 2018; Tylee et al., 2007), possa ser um entrave à procura de serviços, nomeadamente perante situações de mal-estar.

Por último, a rede informal reveste-se de uma fonte importante de apoio quando está presente e necessária quando está ausente. Tanto amigos como família surgem como uma fonte para transmitir conhecimento e potenciar o diálogo. Assim, o foco exclusivo no indivíduo e na intervenção individual continua a não ser suficiente (Currie, 2003; Green et

al., 2013; Nagpaul & Chen, 2019), existindo a pertinência de intervir também nas redes informais para as capacitar de ferramentas importantes para dar resposta as necessidades dos jovens que usam SPA.

2.2. Educação sobre substâncias psicoativas

A maioria dos participantes do questionário considera que ou há pouca oferta de educação sobre SPA em Portugal (36.4%) ou assume uma posição intermédia (26.4%), sendo a escola a mais referenciada pelos jovens enquanto contexto para esta tipologia de educação, seguida da família e dos amigos, ganhando a rede informal novo destaque.

Relativamente às sessões que ocorrem na escola, os dados qualitativos divergem dos dados quantitativos. Nos últimos, a maior parte dos participantes considera que as sessões escolares, relativamente a esta temática, foram úteis. Por outro lado, um dos entrevistados refere a pouca receptividade dos alunos, apontando como um dos motivos o interlocutor. Aqui, surge, então, as visões contrastantes dos jovens relativamente aos profissionais que dinamizam as sessões escolares. As respostas em que os profissionais são elencados como dinamizadores sugere que para estes jovens a autoridade apresenta-se como uma fonte relevante para obter uma informação segura, podendo relacionar-se com o não uso de SPA na menoridade. Por contraste, o uso de substâncias psicoativas na menoridade pode ser um dos motivos para que alguns jovens não reconheçam utilidade na informação transmitida por esses mesmos profissionais. Neste sentido, surge o papel do par, alguém com experiência pessoal no tópico a ser abordado ou próximo da idade do público-alvo, que se revelou uma figura pertinente na educação sobre SPA, tanto nos dados qualitativos como quantitativos. No entanto, esta abordagem ainda não é difundida como estratégia comum.

Por último, estas sessões escolares são marcadas por um grande foco nas consequências, o que demonstra que continua a ser uma abordagem com foco na prevenção e com o objetivo de atingir a abstinência (Cook & Fletcher, 2011; Erickson, 1997; Guzys & Kendall, 2006; Jenkins et al., 2017; Wallerstein & Bernstein, 1988; Watson et al., 2015; Whitehead, 2005) apesar da sua ineficácia ser continuamente comprovada (Asgari & Weber, 2015; Erickson, 1997; Guzys & Kendall, 2006; Jenkins et al., 2017; Tupper, 2008). Se o foco é este, a necessidade de informação referida no ponto anterior e identificada tantas vezes pelos jovens que usaram SPA na menoridade, pode sugerir que estes procuram outro tipo de informação.

Uma das vantagens deste estudo prende-se com o facto de ter tido em conta a perspetiva de jovens quer tenham ou não usado SPA antes dos 18 anos, permitindo reflexões pessoais sobre o fenómeno, nomeadamente o foco que a educação sobre SPA deve ter. Enquanto um grupo de jovens considera que esta deve ser usada como forma de dissuasão para o uso de SPA, que é visto como algo indesejável, outro grupo preconiza a educação sobre SPA como uma ferramenta para a literacia, destacando-se a promoção de um consumo seguro que poderá constituir-se como a informação que os jovens que usam SPA necessitam. Assim, os discursos que focam na abstinência, apesar de serem aceites por um grupo de jovens, isolam aqueles que já usa(ra)m SPA e que têm uma perspetiva pessoal diferente (Meehan, 2017; Wallerstein & Bernstein, 1988).

2.3. Redução de Riscos

Na ótica dos técnicos, são poucas as equipas que referem a presença de menores enquanto utentes tanto nos dados qualitativos como quantitativos, algo comum de acordo com a literatura (Bozinoff et al., 2017; Cook & Fletcher, 2011; Krug et al., 2015). No entanto, apesar da existência já longa desta resposta, a atuação das equipas, quando existem menores a recorrer a estes serviços, não é exata nem fácil de definir, pois continua a estar num limbo legal (Busza et al., 2013; Merkinaite et al., 2010).

O estigma de recorrer às Unidades Móveis, tipologia mais usada, e o desconhecimento sobre este serviço (Krug et al., 2015) parecem ser os dois grandes motivos para a sua pouca procura por parte dos jovens. Poucos foram aqueles que referiram conhecer este serviço, demonstrando que, mesmo em contextos recreativos, este pode não estar disponível ou não estar a chegar a este grupo. Salienta-se a resposta positiva de um dos jovens para o uso deste serviço antes dos 18 anos.

A capacidade que os serviços de RR têm de ser mais do que um serviço de apoio, assumindo-se como uma filosofia, surge das respostas dos vários participantes e técnicos. Estas salientam a necessidade da intervenção de RR ser mais abrangente, indo para além do que é o modelo típico de pessoa que usa SPA, do foco nas substâncias ilegais e do consumo problemático (Calvo et al., 2017; Cook & Fletcher, 2011; Krug et al., 2015; Merkinaite et al., 2010). Na ótica dos jovens, quer conheçam os serviços de RR quer não, essa intervenção poderá ser aplicada em outros contextos, sendo a escola um dos mais elencados. A identificação deste contexto como relevante pode aumentar o espectro de conhecimento dos jovens relativamente às SPA. Apesar de não ter sido tão amplamente mencionada como o anterior, a rede informal surge também identificada como um contexto

a ter em conta na difusão dos princípios de RR, podendo estar ativamente presente para os jovens que usam SPA na menoridade.

3. Conclusões

Ao longo deste estudo, de carácter exploratório, procurou-se alcançar uma compreensão mais próxima das necessidades interventivas, das respostas existentes, bem como das que são necessárias criar para os menores de idade que usa(ra)m SPA.

Esclareça-se que, em harmonia com toda e qualquer investigação, este estudo também apresenta algumas limitações. A primeira a salientar é o facto de ser um estudo retrospectivo, pois os menores de idade não foram os protagonistas. Por outro lado, apesar do questionário envolver questões abertas, a dimensão qualitativa não teve o aprofundamento desejado e tão necessário para a compreensão das narrativas individuais. Embora o alargar do questionário a qualquer jovem entre os 18-25 anos tenha trazido vantagens e novas visões do fenómeno à investigação, as necessidades dos jovens que usam SPA na menoridade são diferentes daqueles que não usaram. De facto, considera-se que seria pertinente uma exploração mais detalhada deste mesmo fenómeno, com vista a obter a perceção dos jovens com menos de 18 anos que usam SPA relativamente às vertentes desenvolvidas neste trabalho de investigação.

O estudo científico do tema em análise não se encerra, portanto, com este documento, mas é possível salientar, desde já, conclusões relevantes a serem aprofundadas e desenvolvidas em investigações e projetos futuros. No geral, esta investigação, ao abarcar todos os jovens, permitiu constatar que, também neste grupo etário, existe um espectro do tipo de consumidores e de consumos (Agra, 1993; Cruz et al., 2012) que faz com que a vulnerabilidade de cada jovem seja distinta. Existem jovens que não vão usar SPA antes dos 18 anos, outros em que este uso não irá ser acompanhado de problemas ou terão o apoio necessário. Outros vão apresentar alguns problemas e podem ter associado ao uso de SPA outras questões sociais (e.g. pobreza, exclusão social, tráfico de droga) que fazem com que a vulnerabilidade de ser menor de idade se somem muitas outras derivadas das diferentes circunstâncias sociais em que se encontram (Bonino et al., 2005; Jenkins et al., 2017; Pais, 1993).

Muitas dimensões do fenómeno ficaram por abordar, tais como as diferenças resultantes das distintas circunstâncias sociais, contudo foi um estudo que permitiu dar os

primeiros passos na identificação das vulnerabilidades de ser menor de idade e usar SPA (Cook & Fletcher, 2011; Merkinaite et al., 2010; Watson et al., 2015). Empoderar é dar conhecimento, a maior carência elencada pela maioria dos jovens inquiridos, sendo que a escola poderá ser o ponto de partida para uma intervenção assente na filosofia de RR na qual os jovens surgem como recetores e emissores.

Referências Bibliográficas

- Abdi, F., & Simbar, M. (2013). The Peer Education Approach in Adolescents- Narrative Review Article. *Iranian journal of public health*, 42(11), 1200-1206. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4499060/>
- Agra, C. (1993). *Dizer a droga ouvir as drogas : estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo*. Porto, Portugal: Radicário-Instituto de Ciências do Comportamento Desviante.
- Akins, S., & Mosher, C. J. (2015). Drug Use as Deviance. In E. Goode (Ed.), *The Handbook of Deviance* (pp. 349-368). Nova Jérсия, EUA: John Wiley & Sons.
- Ambresin, A., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.014
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *The American psychologist*, 54(5), 317-326. doi:10.1037//0003-066X.54.5.317
- Asgari, M., & Weber, B. (2015). Just say what you really think about Drugs: Cultivating Drug Literacy through Engaged Philosophical Inquiry (EPI). *Childhood & Philosophy*, 11(22), 361-376. Retirado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/childhood/article/view/20709>
- Azizi, M., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2016). Influential Factors for the Improvement of Peer Education in Adolescents: A Narrative Review. *Journal of Pediatrics Review*, 5(1), 38-44. doi:10.17795/jpr-7692
- Baer, J. S., MacLean, M. G., & Marlatt, G. A. (1998). Linking etiology and treatment for adolescent substance abuse: Toward a better match. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 182-220). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Biglan, A. (2004). Youth with multiple problems. In A. Biglan (Ed.), *Helping adolescents at risk : prevention of multiple problem behaviours* (pp. 1-20). Nova Iorque, EUA: Guilford Press.
- Bonino, S., Cattellino, E., & Ciairano, S. (2005). *Adolescents and Risk: Behavior, Functions, and Protective Factors*. Milão, Itália: Springer.
- Bozinoff, N., Small, W., Long, C., DeBeck, K., & Fast, D. (2017). Still “at risk”: An examination of how street-involved young people understand, experience, and

- engage with “harm reduction” in Vancouver’s inner city. *International Journal of Drug Policy*, 45, 33-39. doi:10.1016/j.drugpo.2017.05.006
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. Londres, Reino Unido: SAGE.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., . . . Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361-385. doi:10.1186/s12889-017-4267-y
- Busza, J., Douthwaite, M., Bani, R., Scutelnicu, O., Preda, M., & Simic, D. (2013). Injecting behaviour and service use among young injectors in Albania, Moldova, Romania and Serbia. *International Journal of Drug Policy*, 24(5), 423-431. doi:10.1016/j.drugpo.2013.03.004
- Butters, J. E. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11(5), 381-390. doi:10.1080/09687630410001704437
- Calheiros, M., Patrício, J., & Bernardes, S. (2014). A avaliação de necessidades e o desenho de um centro de saúde para jovens: Um exemplo de investigação participativa. *Análise Social*, 201(1), 128-137. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/262066630_A_avaliacao_de_necessidades_e_o_desenho_de_um_centro_de_saude_para_jovens_Um_exemplo_de_investigacao_participativa
- Calvo, M., MacFarlane, J., Zaccaro, H., Curtis, M., Cabán, M., Favaro, J., . . . Frost, T. (2017). Young people who use drugs engaged in harm reduction programs in New York City: Overdose and other risks. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 106-114. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.04.032
- Chadi, N., Bagley, S. M., & Hadland, S. E. (2018). Addressing Adolescents’ and Young Adults’ Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America*, 102(4), 603-620. doi:10.1016/j.mcna.2018.02.015
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.004
- Chitas, V. (2010). *Consumo de drogas e outros comportamentos de risco na adolescência: Factores de Risco e Factores de Proteção* (Dissertação de Doutoramento,

- Universidade do Porto, Porto, Portugal. Retirado de https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/PUB_GERAL.PUB_VIEW?pi_pub_base_id=29855
- Chitas, V., Negreiros, J., & Barreira, T. (2014). Uso de drogas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos antissociais na adolescência: padrões de associação. *Psychologica*, 57(2), 73-93. doi:10.14195/1647-8606_57-2_4
- Conner, B. (2015). “First, do no harm”: legal guidelines for health programmes affecting adolescents aged 10–17 who sell sex or inject drugs. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 78-84. doi:10.7448/IAS.18.2.19437
- Cook, C., & Fletcher, A. (2011). Youth drug-use research and the missing pieces in the puzzle: how can researchers support the next generation of harm reduction approaches. In D. Barret (Ed.), *Children of the Drug War: Perspectives on the Impact of Drug Policies on Young People* (pp. 175-185). Nova Iorque, EUA: International Debate Press.
- Creswell, J. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches* (3ª Edição). EUA: SAGE Publications.
- Cruz, O., Machado, C., & Fernandes, L. (2012). O problema da droga : Sua construção, desconstrução e reconstrução. *Análise Psicológica*, 30(1-2), 49-61. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000100006&nrm=iso
- Currie, E. (2003). “It's our Lives they're Dealing with here”: Some Adolescent Views of Residential Treatment. *Journal of Drug Issues*, 33(4), 833-864. doi:10.1177/002204260303300404
- Domostawski, A. (2011). *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. Varsóvia, Polónia: Open Society Foundations.
- Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga (1999). *Estratégia Nacional de Luta contra Droga*. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/48/ENcomissao.pdf
- Comissão Global de Políticas sobre Drogas (2019). *Classificação de Substâncias Psicoativas: Quando a Ciência foi Deixada para Trás*. Retirado de https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_POR_web.pdf

- Erickson, P. G. (1997). Reducing the harm of adolescent substance use. *Canadian Medical Association*, 156(10), 1397-1399. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227407/>
- Escotado, A. (2002). *Historia General de Las Drogas* (4ªEdição). Madrid, Espanha: Espasa Calpe.
- The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Retirado de http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- Farate, C. (2001). *O Acto do Consumo e o Gesto que Consome: "Risco Relacional" e o consumo de drogas no inicio da adolescência*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Toxicodependências*, 15(1), 3-18. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56446>
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes. *Millenium*, 32, 141-162. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/409>
- Foster, M., Nathan, S., & Ferry, M. (2010). The experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 531-539. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00169.x
- Geldard, K. (2009). Engaging young people in collaborative interventions. In K. Geldard (Ed.), *Practical Interventions for Young People at Risk* (pp. 3-10). Londres, Reino Unido: SAGE.
- Green, R., Mitchell, P., & Bruun, A. (2013). Bonds and bridges: Perspectives of service-engaged young people on the value of relationships in addressing alcohol and other drug issues. *Journal of Youth Studies*, 16(4), 421-440. doi:10.1080/13676261.2012.718433
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, EUA: Cato Institute
- Gruskin, S., Plafker, K., & Smith-Estelle, A. (2001). Understanding and responding to youth substance use: the contribution of a health and human rights framework. *American journal of public health*, 91(12), 1954-1963. doi:10.2105/ajph.91.12.1954

- Guzys, D., & Kendall, S. (2006). Advocating for a Harm-Minimization Approach to Drug Education in Australian Schools. *The Journal of School Nursing*, 22(5), 259-263. doi:10.1177/10598405060220050301
- Hart, C. (2017). Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nature Human Behaviour*, 1(3), 1. doi:10.1038/s41562-017-0055
- Harvey, S. A., McKay, M. T., & Sumnall, H. R. (2016). Adolescents' reflections on school-based alcohol education in the United Kingdom: education as usual compared with a structured harm reduction intervention. *Journal of Substance Use*, 21(6), 640-645. doi:10.3109/14659891.2015.1130182
- Head, B. W. (2011). Why not ask them? Mapping and promoting youth participation. *Children and Youth Services Review*, 33(4), 541-547. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.05.015
- Hollenstein, T., & Lougheed, J. P. (2013). Beyond storm and stress: Typicality, transactions, timing, and temperament to account for adolescent change. *American Psychologist*, 68(6), 444-454. doi:10.1037/a0033586
- Hughes, C., & Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? *The British Journal of Criminology*, 50(6), 999–1022. doi:10.1093/bjc/azq038
- Jenkins, E. K., Slemon, A., & Haines-Saah, R. J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 53-64. doi:10.1186/s12954-017-0180-z
- Jessor, R. (1986). Adolescent Problem Drinking: Psychosocial Aspects and Developmental Outcomes. In R. K. Silbereisen, K. Eyferth & J. G. Rudinger (Eds.), *Development as Action in Context: Problem Behaviour and Normal Youth Development* (pp. 242-264). Munique, Alemanha: Springer - Verlag Berlin Heideibers.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605. doi:10.1016/1054-139X(91)90007-K
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 1-10). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

- Karaca, A., Akkus, D., & Sener, D. K. (2018). Peer Education from the Perspective of Peer Educators. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(2), 76-85. doi:10.1080/1067828X.2017.1411303
- Kelly, K. (2003). Adolescent-friendly services. *Acta paediatrica*, 92(11), 1241-1242. doi:10.1111/j.1651-2227.2003.tb00490.x
- Krug, A., Hildebrand, M., & Sun, N. (2015). "We don't need services. We have no problems": exploring the experiences of young people who inject drugs in accessing harm reduction services. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 19442-19442. doi:10.7448/IAS.18.2.19442
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., . . . Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 130-145. doi:10.1186/s12889-015-1360-y
- MacArthur, G. J., Harrison, S., Caldwell, D. M., Hickman, M., & Campbell, R. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(3), 391-407. doi:10.1111/add.13224
- McCuaig, L., Carroll, K., & Macdonald, D. (2014). Enacting critical health literacy in the Australian secondary school curriculum: the possibilities posed by e-health. *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 5(3), 217-231. doi:10.1080/18377122.2014.940809
- McCuaig, L., Coore, S., & Hay, P. J. (2012). Reducing dissonance along health–education fault lines: health-literacy advocacy and the case for efficacious assessment. *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 3(1), 3-15. doi:10.1080/18377122.2012.666195
- Meehan, C. (2017). "Junkies, Wasters and Thieves": School-Based Drug Education and the Stigmatisation of People Who Use Drugs. *Journal for Critical Education Policy Studies*, 15(1), 85-107. Retirado de <http://www.jceps.com/archives/3318>
- Merkinaite, S., Grund, J. P., & Frimpong, A. (2010). Young people and drugs: Next generation of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 112-114. doi:10.1016/j.drugpo.2009.11.006
- Michaud, P. (2006). Adolescents and risks: Why not change our paradigm? *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 481-483. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.03.003

- Midford, R. (2010). Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? *Addiction*, 105(10), 1688-1695. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02790.x
- Midford, R., Cahill, H., Lester, L., Ramsden, R., Foxcroft, D., & Venning, L. (2018). Alcohol prevention for school students: Results from a 1-year follow up of a cluster-randomised controlled trial of harm minimisation school drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(1), 88-96. doi:10.1080/09687637.2017.1290788
- Midford, R., Cahill, H., Ramsden, R., Davenport, G., Venning, L., Lester, L., . . . Pose, M. (2012). Alcohol prevention: What can be expected of a harm reduction focused school drug education programme? *Drugs Education Prevention & Policy*, 19(2), 102-110. doi:10.3109/09687637.2011.639412
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3ªEdição). EUA: SAGE.
- More, A., Jackson, B., Dimmock, J. A., Thornton, A. L., Colthart, A., & Furzer, B. J. (2018). "It's like a counselling session ... but you don't need to say anything:" Exercise program outcomes for youth within a drug and alcohol treatment service. *Psychology of Sport and Exercise*, 39, 1-9. doi:10.1016/j.psychsport.2018.07.002
- Nagpaul, T., & Chen, J. (2019). Self-determination theory as a Framework for understanding needs of youth at-risk: Perspectives of social service professionals and the youth themselves. *Children and Youth Services Review*, 99, 328-342. doi:10.1016/j.childyouth.2019.02.015
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, Á., Hernando, Á., & Pertegal, M. (2010). Beyond the deficit: Building a model of positive youth development. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234. doi:10.1174/021037010791114562
- Pais, J. M. (1993). *Culturas Juvenis*. Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Peralta, L., Rowling, L., Samdal, O., Hipkins, R., & Dudley, D. (2017). Conceptualising a new approach to adolescent health literacy. *Health Education Journal*, 76(7), 787-801. doi:10.1177/0017896917714812

- Peralta, L. R., & Rowling, L. (2017). Implementation of school health literacy in Australia: A systematic review. *Health Education Journal*, 77(3), 363-376. doi:10.1177/0017896917746431
- Pereira, V., & Dias, P. C. (2018). Atitudes e consumo de cannabis em estudantes do ensino geral e vocacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 535-549. doi:10.15309/18psd190306
- Pinto, M. (2009). *Gunas, transgressão e tensões centro-margem : notícias duma etnografia urbana*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Pinto, M., Oliveira, M. J., Teles, S., Carvalho, H., Queiroz, J., Rodrigues, C., & Vilares, J. (2015). *Austerity and the Portuguese Drug Policy Model: An exploratory mixed method research*. Porto, Portugal: APDES - Agência Piaget para o Desenvolvimento.
- Ralet, O. (2000). Condicionantes Políticos y Económicos - Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del "problema de la droga". In Grup Igia y colaboradores (Ed.), *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 39-47). Barcelona, Espanha: Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona
- Real, D., & Vieira, R. (2019). Psychoactive Substance Abuse in Adolescence and Social Work in the School: A Point a View from Professionals and Students in Castelo Branco, Portugal. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 329-335. doi:10.1007/s10560-019-00603-0
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., Giorgino, E., Kemmesis, U. E., Ossebaard, H. C., . . . Spannow, K. E. (2003). Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(4), 303-329. doi:10.1080/0968763031000077733
- Riley, M., Patterson, V., Lane, J. C., Won, K. M., & Ranalli, L. (2018). The Adolescent Champion Model: Primary Care Becomes Adolescent-Centered via Targeted Quality Improvement. *The Journal of Pediatrics*, 193(1), 229-236. doi:10.1016/j.jpeds.2017.09.084
- Romaní, O. (1999). *Las Drogas: Sueños y razones*. Barcelona, Espanha: Editorial Ariel
- Saberi, P., Ming, K., & Dawson, R. C. (2018). What does it mean to be youth-friendly? Results from qualitative interviews with health care providers and clinic staff

- serving youth and young adults living with HIV. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 65-75. doi:10.2147/AHMT.S158759
- Samerski, S. (2019). Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. *Social Science & Medicine*, 226, 1-8. doi:10.1016/j.socscimed.2019.02.024
- Sampieri, R. H., Fernández-Collado, C., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (4ªEdição). México: McGraw-Hill.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (2015). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências*. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (2018a). Relatório Anual 2017: A Situação do País em Matéria de Álcool Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/146/RelatorioAnual_2017_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (2018b). *Relatório Anual 2017: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADsEmMat%C3%A9riadeDrogasEToxicodepend%C3%Aancias.pdf
- Canadian Paediatric Society (2008). Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. *Paediatrics & child health*, 13(1), 53-60. doi:10.1093/pch/13.1.53
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80-93. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Southgate, E., & Aggleton, P. (2016). Peer education: From enduring problematics to pedagogical potential. *Health Education Journal*, 76(1), 3-14. doi:10.1177/0017896916641459
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do adolescente : uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian

- Tupper, K. W. (2008). Teaching teachers to just say “know”: Reflections on drug education. *Teaching and Teacher Education*, 24(2), 356-367. doi:10.1016/j.tate.2007.08.007
- Tylee, A., Haller, D., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 369(9572), 1565-1573. doi:10.1016/S0140-6736(07)60371-7
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World Drug Report: Global Overview of Drug Demand and Supply*. Retirado de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf
- VanderStoep, S. W., & Johnson, D. D. (2009). *Research Methods for Everyday Life: Blending Qualitative and Quantitative Approaches*. São Francisco, EUA: Jossey-Bass.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-394. doi:10.1177/109019818801500402
- Watson, T. M., Strike, C., Kolla, G., Penn, R., & Bayoumi, A. M. (2015). “Drugs don’t have age limits”: The challenge of setting age restrictions for supervised injection facilities. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(4), 370-379. doi:10.3109/09687637.2015.1034239
- Whitehead, D. (2005). In pursuit of pleasure: Health education as a means of facilitating the "health journey" of young people. *Health Education*, 105(3), 213-227. doi:10.1108/09654280510595272
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Retirado de <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. Retirado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- World Health Organization (2015). *Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents: A guide do implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents - Volume 1: Standards and Criteria*. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Willig, C. (2012). Perspectives on the epistemological bases for qualitative research. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics*. (pp. 5-21). Washington, EUA: American Psychological Association.
- Zimmermann, G., Carvalhosa, M. B., Sznitman, G. A., Van Petegem, S., Baudat, S., Darwiche, J., . . . Clémence, A. (2017). Conduites à risque à l'adolescence: Manifestations typiques de construction de l'identité ? = Risk-taking behaviors in adolescence: Components of identity building? *Enfance*, *69*(2), 239-261. doi:10.4074/S0013754517002051

Anexos

Anexo 1. Questões do Questionário Online enviado às Equipas de RRMD inerentes ao tópico desta dissertação

Introdução ao Questionário

O projeto “Redução de riscos com pessoas que usam drogas: desafios inerentes à diversidade” consiste num estudo feito pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), com vista a identificar necessidades e obstáculos sentidos pelo/as técnico/as e utentes dos serviços de redução de riscos existentes em Portugal, no que concerne aos/às habitantes de contextos rurais ou periurbanos por comparação com os/as habitantes das zonas urbanas.

O objetivo do estudo é promover uma participação ativa dos intervenientes das equipas de redução de riscos em Portugal (técnicos/as, pares e utentes) na identificação de necessidades de universos sociais historicamente marginalizados e no desenho de recomendações conjuntas para lhes ser dada resposta.

A sua participação é fundamental. Obrigada por despende o seu tempo!

Investigadora responsável:

Marta Pinto,

Investigadora e docente na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto martapinto@fpce.up.pt.

Declaramos que lemos e compreendemos os termos de participação nesta investigação e que aceitamos participar.

- a. Sim
- b. Não → *Não continua o preenchimento ao questionário*

Secção relativa as populações específicas onde de inclui os menores de idade

1. Qual a preponderância relativa das seguintes pessoas/comunidades/grupos no universo total de utentes da equipa? [Menores de Idade]
 - a. 0%
 - b. 1-25%

- c. 26-50%
 - d. 51-75%
 - e. 76-100%
 - f. Não sabemos/Não respondemos
2. Como avaliam a disponibilidade, nos serviços da rede, de respostas intencionalmente desenhadas ou adaptadas a populações com características específicas? [Menores de Idade]
- a. Nada Disponíveis
 - b. Pouco Disponíveis
 - c. Mais ou menos Disponíveis
 - d. Bastante Disponíveis
 - e. Muito Disponíveis
 - f. Não sabemos/Não respondemos
 - g. Não se aplica
3. quão necessária seria a disponibilização deste tipo específico de resposta a cada grupo
- a. Nada necessária
 - b. Pouco necessária
 - c. Mais ou menos necessária
 - d. Bastante necessária
 - e. Muito necessária
 - f. Não sabemos/Não respondemos
 - g. Não se aplica
4. A vossa equipa disponibiliza cuidados intencionalmente desenhadas ou adaptados a populações com características específicas como mulheres, LGBTQI+, minorias étnicas, migrantes ou menores de idade? Se sim, quais considera serem os mais relevantes?

Anexo 2. Questão relativa aos menores de idade presente no guião usado nos Grupos Focais

1. Os indivíduos que consomem drogas são heterogéneos a nível do género, da etnia e da idade, maiores ou menores de idade. Na vossa opinião, e tendo em conta a vossa experiência, como comparam o consumo e o acesso às drogas ilícitas tendo em conta [os menores de idade] e quais são as suas necessidades?

Anexo 3. Guião das Entrevistas Semiestruturadas

1. Podes falar-me um pouco sobre a tua experiência e o teu uso de SPA?
 - 1.1. De que formas consumias essas substâncias?
 - 1.2. Como é que aprendeste a consumir?
2. Na escola, alguma vez falaram sobre este tema?
 - 2.1. Se sim, o que achaste da abordagem em termos da sua utilidade para ti?
 - 2.2. Se não, achas que seria relevante para os jovens? O que devia ser abordado?
3. Já ouviste falar de Redução de Riscos?
 - 3.1. Resposta Negativa - dar a definição de RR e exemplos de serviços (e.g. troca de seringas, oferta de mortalhas, testagem das substâncias, distribuição de preservativos, testes de alcoolémia). Tendo em conta isto que te disse, já acedeste a algum desses serviços? Como foi aceder a esse serviço? Sentiste alguma dificuldade em aceder a algum tipo de serviço?
 - 3.2. Resposta Positiva – já frequentaste algum desses serviços? Como foi aceder a esse serviço? Sentiste alguma dificuldade em aceder a algum tipo de serviço?
 - 3.3. De que forma achas que estes serviços são relevantes para os menores de idade que usam SPA?
4. Que outro serviço conheces para jovens menores que usam SPA?
 - 4.1. Resposta Positiva – Recebeste apoio de algum desses serviços? Que tipo de apoio recebeste? Sentiste alguma dificuldade em aceder a algum tipo de serviço?
5. Quais são as necessidades dos menores de idade que usam SPA?
6. Tendo em conta tudo o que foi falado, o que achas que seria uma boa resposta para ti quando começaste a usar SPA e que isso diminuiria os riscos do teu uso e dos outros jovens?
7. Penso que já falei/perguntei tudo o que queria, mas existe algo que gostavas de dizer, uma última ideia ou algo que eu não perguntei?

Anexo 4. Questionário Online respondido pelos jovens entre 18-25 anos

Introdução ao Questionário

Este questionário insere-se no âmbito da minha dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Este estudo tem como objetivo explorar a relação entre o consumo de substâncias psicoativas (também designadas por drogas) por jovens com menos de 18 anos e a prestação de cuidados que é feita aos mesmos. A finalidade do estudo é melhorar as respostas existentes para os jovens com menos de 18 anos tendo em conta a perspetiva do público a quem se dirigem.

Para participar neste estudo, tens de **ter entre 18 a 25 anos** e não precisas de ter tido nenhuma experiência com alguma substância psicoativa. No entanto, peço-te que durante o preenchimento do questionário penses **nas tuas experiências antes de teres feito 18 anos**.

Algumas respostas são de resposta aberta porque o que se pretende é **aprender com a descrição detalhada da tua opinião**.

O questionário terá a duração entre 10 a 15 minutos. Todas as respostas facultadas serão **anónimas e confidenciais**, sendo apenas utilizadas para esta investigação.

Se quiseres mais informações sobre este estudo, podes contactar-nos pelo seguinte email: up201503482@fpce.up.pt

Desde já agradecemos a tua participação. É de extrema importância.

Muito obrigada,

Gabriela Silva

Declaro que li e compreendi os termos de participação nesta investigação e que aceito participar.

- a. Sim
- b. Não → *Não continua o preenchimento ao questionário*

1ª Seccção do Questionário – Dados Sociodemográficos

Idade

Sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino
- c. Outras opções
- d. Não quero responder

2ª Secção do Questionário – Educação sobre Drogas

Parte 1 – Nesta secção vão ser feitas questões relativamente à educação sobre drogas.

Mais uma vez, peço-te que penses sobre quando tinhas menos de 18 anos.

1. Considerando os vários meios de transmissão de informação e conhecimento, como avalias a oferta de educação sobre drogas em Portugal?
 - a. Nenhuma oferta
 - b. Pouca oferta
 - c. Nem muita nem pouca oferta
 - d. Bastante oferta
 - e. Muita oferta
 - f. Não me lembro/Não quero responder

2. Tendo em conta a tua experiência, em que contextos tiveste acesso à educação sobre drogas?
 - a. Família
 - b. Escola
 - c. Redes Sociais
 - d. Televisão (e.g. documentários, noticiários)
 - e. Amigos
 - f. Sites da Internet
 - g. nenhuns
 - h. Outros – Quais?
 - i. Não me lembro/Não quero responder

3. Alguma vez tiveste a oportunidade de ter um momento de partilha por pares relativamente à temática das drogas? (def: Partilha ou educação por pares refere-se a uma oportunidade de ensino e aprendizagem realizada por jovens da tua idade que já tivessem alguma experiência com este tópico do consumo de drogas antes dos 18 anos)
- Sim
 - Não
 - Não me lembro/Não quero responder
4. Como classificas a pertinência de uma ação de partilha por pares para os jovens com menos de 18 anos?
- Nenhuma pertinência
 - Pouca pertinência
 - Nem pouca nem muita pertinência
 - Bastante pertinência
 - Muita pertinência
 - Não me lembro/Não quero responder
5. Caso tenhas mais informações, opiniões e experiências pessoais relativamente à educação sobre drogas que não foi questionado até agora, tens este espaço para as partilhares.

Parte 2 – Nesta parte peço-te que te foques na educação sobre drogas de acordo com a tua experiência escolar. Mais uma vez, peço-te que penses sobre quando tinhas menos de 18 anos.

1. Alguma vez tiveste sessões de educação sobre drogas na escola?
- Sim
 - Não → *avança para a pergunta 5 e 6³*
 - Não me lembro/Não quero responder → *avança para a pergunta 5 e 6*
2. Qual foi o grau de utilidade dessas sessões?
- Nenhuma utilidade

³ As passagens para outras perguntas é feita de forma automática através do recurso a plataforma *google forms*

- b. Pouca utilidade
 - c. Nem pouco nem muita utilidade
 - d. Bastante utilidade
 - e. Muita utilidade
 - f. Não me lembro/Não quero responder
3. Relativamente a essas sessões de educação sobre drogas na escola, qual foi o grau de utilidade dessas sessões:
- a. Nenhuma
 - b. Pouca
 - c. Nem pouca nem muita
 - d. Bastante
 - e. Muita
 - f. Não me lembro/Não quero responder
4. Relativamente a essas sessões de educação sobre drogas na escola, qual foi o grau de abertura à participação durante estas sessões (e.g. colocar dúvidas, realização de atividades práticas):
- a. Nenhuma
 - b. Pouca
 - c. Nem pouca nem muita
 - d. Bastante
 - e. Muita
 - f. Não me lembro/Não quero responder
5. Que tópicos foram abordados nestas sessões? (Podes seleccionar mais do que um)
- a. Riscos e Consequências do Consumo
 - b. Efeitos das substâncias (e.g. euforia, relaxamento, energia)
 - c. Dependência
 - d. Cuidados a ter quando se consome as substâncias
 - e. Informações sobre serviços a que se pode recorrer
 - f. Outros – Quais
 - g. Não me lembro/Não quero responder

6. Em que grau consideras que é importante ter educação sobre drogas na escola
- Nada importante
 - Pouco importante
 - Nem pouco nem muito importante
 - Bastante importante
 - Muito importante
 - Não me lembro/Não quero responder
7. Na tua opinião, de que forma devia ser feita a educação sobre drogas (e.g que tópicos deviam ser abordados, como é que se devia abordar esses tópicos, quem devia fornecer esta educação...)
-
8. Caso tenhas mais informações, opiniões e experiências pessoais relativamente à educação sobre drogas na escola que não foi questionado até agora, tens este espaço para as partilhares
-

2ª secção – Consumo de SPA

Nesta secção serão feitas perguntas de carácter mais pessoal com o objetivo de perceber como as respostas desenhadas para os jovens podem ser melhoradas.

Recordamos, mais uma vez, que todas as respostas são confidenciais, anónimas e podes desistir da tua participação a qualquer momento. No entanto, o teu contributo é fundamental para a melhoria de respostas nesta área.

- Consumiste alguma droga (ilegal ou legal) antes dos 18 anos?
 - Sim
 - Não → *passa para a questão 10*
 - Não me lembro/Não quero responder → *passa para a questão 10*
- Quais foram as substâncias que consumiste?
- Frequentaste algum tipo de serviço de apoio ou tratamento por causa desse consumo?
 - Sim
 - Não → *passa para a questão 9*
 - Não me lembro/Não quero responder → *passa para a questão 9*

4. Quais foram esses serviços?

5. Como caracterizas o primeiro serviço que identificaste, em termos de:

- a. acessibilidade (e.g. considerando horários de funcionamento, localização; distâncias a percorrer; meios de transporte disponíveis...)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- b. Confidencialidade (e.g. não partilhar com os teus tutores legais informação que tu não deste autorização)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- c. Apoio recebido (e.g. deu resposta às tuas necessidades)
 - i. Nenhum
 - ii. Pouco
 - iii. Nem pouco nem muito
 - iv. Bastante
 - v. Muito
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- d. Empatia oferecida pelos profissionais (def: capacidade psicológica do profissional identificar-se contigo, conseguir sentir o mesmo que estás a sentir)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante

- v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
 - e. A medida em que a tua opinião foi tida em conta durante o acompanhamento naquele serviço
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder

- 6. Caso tenhas identificado outro serviço na pergunta 4, como o caracterizas/avalias em termos de:
 - a. Acessibilidade (e.g: considerando horários de funcionamento, localização; distâncias a percorrer; meios de transporte disponíveis...)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
 - b. Confidencialidade (e.g. não partilhar com os teus tutores legais informação que tu não deste autorização)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
 - c. Apoio recebido (e.g. deu resposta às tuas necessidades)
 - i. Nenhum
 - ii. Pouco
 - iii. Nem pouco nem muito
 - iv. Bastante

- v. Muito
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- d. Empatia oferecida pelos profissionais (def: capacidade psicológica do profissional identificar-se contigo, conseguir sentir o mesmo que estás a sentir)
- i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- e. A medida em que a tua opinião foi tida em conta durante o acompanhamento naquele serviço
- i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder

7. O que mudarias na resposta que esses serviços te deram?

8. Que tipo de apoio consideras que teria sido importante para responder as tuas possíveis necessidades e dificuldades quando começaste a consumir?

9. Conheces algum serviço de apoio a jovens menores de idade que consumam alguma substância psicoativa?

- a. Sim – Qual/Quais?
- b. Não
- c. Não me lembro/Não quero responder

10. Caso tenhas mais informações, opiniões e experiências pessoais relativamente aos serviços que trabalham com jovens menores de idade que não foi questionado até agora, tens este espaço para as partilhares.

3ª Secção – Redução de Riscos

Esta é a última secção.

1. Alguma vez ouviste falar de serviços de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) associado ao uso de drogas?
 - a. Sim
 - b. Não → *passa para a questão 6*
 - c. Não me lembro/Não quero responder → *passa para a questão 6*

2. Caso já tenhas ouvido falar, o que é, na tua opinião, um serviço de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)?

3. Conheceste este serviço antes de teres 18 anos?
 - a. Sim → *passa para a questão 4*
 - b. Não → *passa para a questão 10*
 - c. Não me lembro/Não quero responder → *passa para a questão 10*

4. Alguma vez frequentaste algum serviço de RRMD antes dos 18 anos?
 - a. Sim → *passa para a questão 5*
 - b. Não → *passa para a questão 10*
 - c. Não me lembro/Não quero responder → *passa para a questão 10*

5. Como caracterizarias o serviço de RRMD que frequentaste em termos de:
 - a. Acessibilidade (e.g: considerando horários de funcionamento, localização; distâncias a percorrer; meios de transporte disponíveis...)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
 - b. Confidencialidade (e.g. não partilhar com os teus tutores legais informação que tu não deste autorização)
 - i. Nenhuma

- ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- c. Apoio recebido (e.g. deu resposta às tuas necessidades)
- i. Nenhum
 - ii. Pouco
 - iii. Nem pouco nem muito
 - iv. Bastante
 - v. Muito
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- d. Empatia oferecida pelos profissionais (def: capacidade psicológica do profissional identificar-se contigo, conseguir sentir o mesmo que estás a sentir)
- i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- e. A medida em que a tua opinião foi tida em conta durante o acompanhamento naquele serviço
- i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder

Definição de RRMD

A Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) é uma estratégia que tem como principal objetivo prevenir os potenciais riscos associados ao consumo de drogas e não a diminuição do consumo.

Alguns exemplos de serviços prestados por equipas que tem na sua base esta filosofia de RRMD são: troca de seringas; drug-checking em que se testa a substância para saber se está ou não adulterada; oferta de mortalhas, preservativos, entre outros materiais; salas de consumo assistido; teste de alcoolemia; prestação de auxílio em momentos de crise (e.g. durante uma bad trips), entre outros tipos de serviços.

1. Tendo em conta esta definição, conheces algum serviço que tenha esta filosofia ou faça este trabalho?
 - a. Sim → *Passa para a questão 7*
 - b. Não → *Passa para a questão 10*
 - c. Não me lembro/Não quero responder → *Passa para a questão 10*

2. Conheceste este serviço antes de ter 18 anos?
 - a. Sim → *Passa para a questão 8*
 - b. Não → *Passa para a questão 10*
 - c. Não me lembro/Não quero responder → *Passa para a questão 10*

3. Frequentaste esse serviço antes dos 18 anos?
 - a. Sim → *Passa para a questão 9*
 - b. Não → *Passa para a questão 10*
 - c. Não me lembro/Não quero responder → *Passa para a questão 10*

4. Como caracterizas esse serviço que frequentaste em termos de:
 - f. Acessibilidade (e.g: considerando horários de funcionamento, localização; distâncias a percorrer; meios de transporte disponíveis...)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita

- vi. Não me lembro/Não quero responder
- g. Confidencialidade (e.g. não partilhar com os teus tutores legais informação que tu não deste autorização)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- h. Apoio recebido (e.g. deu resposta às tuas necessidades)
 - i. Nenhum
 - ii. Pouco
 - iii. Nem pouco nem muito
 - iv. Bastante
 - v. Muito
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- i. Empatia oferecida pelos profissionais (def: capacidade psicológica do profissional identificar-se contigo, conseguir sentir o mesmo que estás a sentir)
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder
- j. A medida em que a tua opinião foi tida em conta durante o acompanhamento naquele serviço
 - i. Nenhuma
 - ii. Pouca
 - iii. Nem pouca nem muita
 - iv. Bastante
 - v. Muita
 - vi. Não me lembro/Não quero responder

5. Como classificarias a eventual utilidade desta resposta para jovens com menos de 18 anos?
- a. Nada útil
 - b. Pouco útil
 - c. Nem pouco nem muito útil
 - d. Bastante útil
 - e. Muito útil
 - f. Não me lembro/Não quero responder
6. De que forma este serviço de RRMD podia ser/ou não útil para os jovens com menos de 18 anos que consumam alguma substância?
7. Em que contextos consideras que este serviço podia ser útil?
8. Caso tenhas mais informações, opiniões e experiências pessoais relativamente aos serviços de RRMD que não foi questionado até agora, tens este espaço para as partilhares.

Chegámos ao fim do questionário e agradecemos o teu contributo!

Caso consideres que há mais coisas que podias e gostavas de ter partilhado, podes escrevê-las aqui e podes ainda enviar-nos um email e marcaremos uma entrevista para aprofundar esta temática.

[Espaço para comentários]

O nosso objetivo é o de identificar necessidades, obstáculos e mudanças para a intervenção com os jovens com menos de 18 anos para reduzir o mais possível os riscos associados a esse uso. Se consideras que nos podes ajudar nesta tentativa de conhecer a realidade, não hesites em contactar-nos.

O email é – up201503482@fpce.up.pt

Muito obrigada pela tua participação!

Anexo 5. Consentimentos Informados dos Grupos Focais e das Entrevistas Semiestruturadas

1. Consentimento Informado entregue a cada participante dos Grupos Focais



Documento Informativo

Redução de riscos com pessoas que usam drogas: desafios inerentes à diversidade

Gostaríamos de convidá-la/o a participar num estudo que pretende reforçar a participação de intervenientes fundamentais na área de redução de riscos quanto à identificação de necessidades específicas de um contexto rural ou periurbano. Atualmente, os serviços de redução de riscos (RR) já atingiram uma razoável maturidade e cobertura territorial no nosso país, existindo uma vontade expressa por parte de profissionais e ativistas desta área de aperfeiçoar agora essas respostas no que diz respeito às intervenções em contexto rural.

Dado o seu olhar privilegiado nesta área, gostaríamos de saber a sua opinião de forma a adequar as práticas atuais com base nas recomendações produzidas conjuntamente por profissionais e utentes.

Esta investigação é realizada pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), sendo Marta Pinto a investigadora responsável.

Com vista a compreender a perspetiva destes vários atores, em intervenções de RR, irá realizar-se um grupo focal, onde será debatida a temática da redução de riscos em contexto rural. O grupo será composto por um máximo de 7 participantes, e a reunião tem uma duração prevista entre 1 a 2 horas, sendo gerida por dois elementos da equipa de investigação com formação específica para a condução deste tipo de grupos.

Os investigadores comprometem-se a respeitar as regras de confidencialidade e a não divulgar o nome dos participantes ou qualquer outra informação que permita a sua identificação. As notas retiradas durante a reunião não irão incluir qualquer informação pessoal que permita a identificação de qualquer participante. Se o grupo consentir, a reunião será gravada em áudio e posteriormente transcrita. A cada participante será atribuído um código alfanumérico que impede a sua identificação. Após a transcrição, a gravação será apagada e os dados obtidos serão eliminados dois meses após o tratamento das transcrições. Não serão transcritos dados que permitam a identificação de quaisquer participantes. Para garantir o anonimato e a confidencialidade, aquilo que

disser será também diluído no conjunto de opiniões dos elementos do grupo não sendo possível a identificação das respetivas fontes. A informação recolhida nestas reuniões será utilizada exclusivamente neste projeto.

Da sua participação nesta pesquisa não advirão riscos acrescidos, isto é, o risco de participar nela é idêntico ao de estar num contexto doméstico.

Poderá recusar participar ou, caso aceite, a qualquer momento poderá interromper ou colocar um termo definitivo à sua participação durante a realização do grupo focal, não incorrendo em qualquer consequência para si a nível de cuidados sociosanitários ou outros. Se em qualquer momento, se sentir incomodado/a com uma questão, pode recusar responder.

Quando os resultados do estudo estiverem disponíveis, ser-lhe-á devolvida, uma brochura, com linguagem adequada, com as principais conclusões da investigação, podendo tecer comentários a esse respeito. Poderá aceder aos principais resultados do estudo e a qualquer publicação relacionada com o mesmo, mediante solicitação prévia para o email fornecido.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Redução de riscos com pessoas que usam drogas: desafios inerentes à diversidade

Enquadramento: A pesquisa é feita pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, em articulação com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), e Marta Pinto é a investigadora responsável.

Explicação do estudo: Trata-se de uma pesquisa que procura conhecer as necessidades e obstáculos sentido pelos técnicos e utentes de serviços de redução de riscos no país inteiro, relativamente a questões sociais específicas como o género, a menoridade, o contexto rural e as minorias étnicas. A sua colaboração consiste na participação numa reunião de grupo (a que os investigadores chamam grupos focais), com outras pessoas que são importantes na área da redução de riscos, onde será discutida a temática da redução de riscos em contexto rural. A reunião, tem uma duração prevista de 1 a 2 horas, será constituída por um máximo de 7 participantes, e gerida por dois elementos da equipa de investigação com formação específica para a condução deste tipo de grupos. O local será acessível, confortável, privado, silencioso e livre de distrações. Se os participantes, na sua totalidade, o consentirem, os grupos focais serão gravados em registo áudio.

Condições e financiamento: Esta investigação não beneficia de qualquer tipo de apoio financeiro e não prevê o pagamento de contrapartidas pela participação. Esta participação é voluntária. Poderá recusar participar ou, caso aceite, a qualquer momento poderá interromper ou colocar um termo definitivo à sua participação durante a realização do grupo focal, não incorrendo em qualquer consequência para si a nível de cuidados socio-sanitários ou outros. Se em qualquer momento, se sentir incomodado/a com uma questão, pode recusar responder.

Confidencialidade e anonimato: Os investigadores comprometem-se a respeitar as regras de confidencialidade e a não divulgar o nome dos participantes ou qualquer outra

informação que permita a sua identificação. As notas retiradas durante a reunião não irão incluir qualquer informação pessoal que permita a identificação de qualquer participante. Se o grupo consentir, a reunião será gravada em áudio e posteriormente transcrita. A cada participante será atribuído um código alfanumérico que impede a sua identificação. Após a transcrição, a gravação será apagada e os dados obtidos serão eliminados dois meses após o tratamento das transcrições. Não serão transcritos dados que permitam a identificação de quaisquer participantes. Para garantir o anonimato e a confidencialidade, aquilo que disser será também diluído no conjunto de opiniões dos elementos do grupo não sendo possível a identificação das respetivas fontes. A informação recolhida nestas reuniões será utilizada exclusivamente neste projeto.

Da sua participação nesta pesquisa não advirão riscos acrescidos, isto é, o risco de participar nela é idêntico ao de estar num contexto doméstico.

O seu contributo é fundamental para ajustar as intervenções de proximidade com Pessoas que Utilizam Drogas às suas necessidades específicas. Muito obrigada pela sua colaboração.

Investigador Responsável: Marta Sofia de Sousa Pinto, docente e Cientista Convidada na FPCEUP e docente externa na FMUP

Contacto Telefónico: 91 870 24 79 13

Endereço Eletrónico: martapinto@fpce.up.pt

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

2. Consentimento Informado enviado a cada participante das Entrevistas Semiestruturadas



Documento Informativo

Redução de riscos com pessoas que usam drogas: desafios inerentes à diversidade

Gostaríamos de convidá-la/o a participar num estudo que pretende reforçar a participação de intervenientes fundamentais na área de redução de riscos quanto à identificação de necessidades específicas dos menores de idade. Atualmente, os serviços de redução de riscos (RR) já atingiram uma razoável maturidade e cobertura territorial no nosso país, existindo uma vontade expressa por parte de profissionais e ativistas desta área de aperfeiçoar agora essas respostas no que diz respeito às intervenções com alguns universos sociais específicos como os menores de idade.

Dado o seu olhar privilegiado nesta área, gostaríamos de saber a sua opinião de forma a adequar as práticas atuais com base nas recomendações produzidas conjuntamente por profissionais e pessoas que usam drogas.

Esta investigação é realizada pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), sendo Marta Pinto a investigadora responsável.

Com vista a compreender a perspetiva destes vários atores, em intervenções de RR, será realizada uma entrevista, onde será debatida a temática da redução de riscos. A entrevista tem uma duração prevista de 45 minutos, sendo gerida por um dos elementos da equipa de investigação e realizada por via telefónica.

Os investigadores comprometem-se a respeitar as regras de confidencialidade e a não divulgar o nome dos participantes ou qualquer outra informação que permita a sua identificação. As notas retiradas durante a entrevista não irão incluir qualquer informação pessoal que permita a identificação de qualquer participante. Se o participante consentir, a entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita. A cada participante será atribuído um código alfanumérico que impede a sua identificação. Após a transcrição, a gravação será apagada e os dados obtidos serão eliminados dois meses após o tratamento das transcrições. Não serão transcritos dados que permitam a identificação de quaisquer participantes. Para garantir o anonimato e a confidencialidade, aquilo que disser será também diluído no conjunto de opiniões das outras entrevistas realizadas, não sendo possível a identificação das respetivas fontes. A informação recolhida nestas entrevistas será utilizada exclusivamente neste projeto.

Da sua participação nesta pesquisa não advirão riscos acrescidos, isto é, o risco de participar nela é idêntico ao de estar num contexto doméstico.

Poderá recusar participar ou, caso aceite, a qualquer momento poderá interromper ou colocar um termo definitivo à sua participação durante a realização da entrevista, não incorrendo em qualquer consequência para si a nível de cuidados sociosanitários ou outros. Se em qualquer momento, se sentir incomodado/a com uma questão, pode recusar responder.

Quando os resultados do estudo estiverem disponíveis, ser-lhe-á devolvida, uma brochura, com linguagem adequada, com as principais conclusões da investigação, podendo tecer comentários a esse respeito. Poderá aceder aos principais resultados do estudo e a qualquer publicação relacionada com o mesmo, mediante solicitação prévia para o email fornecido.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Redução de riscos com pessoas que usam drogas: desafios inerentes à diversidade

Enquadramento: A pesquisa é feita pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, em articulação com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), e Marta Pinto é a investigadora responsável.

Explicação do estudo: Trata-se de uma pesquisa que procura conhecer as necessidades e obstáculos sentido pelos técnicos e utentes de serviços de redução de riscos no país inteiro, relativamente a questões sociais específicas como o género, a menoridade, o contexto rural e as minorias étnicas. A sua colaboração consiste na participação numa entrevista telefónica onde será discutida a temática da redução de riscos. A entrevista, tem uma duração prevista de 45 minutos e gerida por um dos elementos da equipa de investigação. Se o participante assim o consentir, a entrevista será gravada em registo áudio.

Condições e financiamento: Esta investigação não beneficia de qualquer tipo de apoio financeiro e não prevê o pagamento de contrapartidas pela participação. Esta participação é voluntária. Poderá recusar participar ou, caso aceite, a qualquer momento poderá interromper ou colocar um termo definitivo à sua participação durante a realização da entrevista, não incorrendo em qualquer consequência para si a nível de cuidados sociosanitários ou outros. Se em qualquer momento, se sentir incomodado/a com uma questão, pode recusar responder.

Confidencialidade e anonimato: Os investigadores comprometem-se a respeitar as regras de confidencialidade e a não divulgar o nome dos participantes ou qualquer outra informação que permita a sua identificação. As notas retiradas durante a entrevista não irão incluir qualquer informação pessoal que permita a identificação do participante. Se o participante consentir, a entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita. A cada participante será atribuído um código alfanumérico que impede a sua identificação. Após a transcrição, a gravação será apagada e os dados obtidos serão eliminados dois meses após o tratamento das transcrições. Não serão transcritos dados que permitam a identificação de quaisquer participantes. Para

garantir o anonimato e a confidencialidade, aquilo que disser será também diluído no conjunto de opiniões das entrevistas realizadas, não sendo possível a identificação das respetivas fontes. A informação recolhida nesta entrevista será utilizada exclusivamente neste projeto.

Da sua participação nesta pesquisa não advirão riscos acrescidos, isto é, o risco de participar nela é idêntico ao de estar num contexto doméstico.

O seu contributo é fundamental para ajustar as intervenções de proximidade com Pessoas que Utilizam Drogas às suas necessidades específicas. Muito obrigada pela sua colaboração.

Investigador Responsável: Marta Sofia de Sousa Pinto, docente e Cientista Convidada na FPCEUP e docente externa na FMUP Contacto Telefónico: 91 870 24 79

Endereço Eletrónico: martapinto@fpce.up.pt

Assinatura:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo 6. Árvore Temática e descrição dos temas

Temas	Subtemas
1. Percepção do uso de SPA como algo indesejável	1.1 Redução de Riscos como não sendo uma resposta útil à problemática
	1.2 Educação sobre SPA como forma de dissuasão
2. Educação sobre SPA como uma ferramenta para a literacia	2.1 Transmissão de Informação
	2.2 Promoção de um consumo seguro
	2.3 Relevância de alguém com experiência no tópico
	2.4 Papel da Escola
	2.5 Papel da Família
	2.6 Temáticas Específicas
	2.7 Características
3. Percepções acerca da necessidade de suporte aos jovens utilizadores de SPA	3.1 Inexistência de Necessidade de Apoio
	3.2 Necessidade de Informação
	3.3 Necessidade de Confidencialidade na Intervenção Médica
	3.4 Apoio da Rede Informal
	3.5 Apoio da Rede Formal
4. Utilidade dos serviços de RR para o uso de SPA em menores de idade	4.1 Foco na prevenção e dependência
	4.2 Diminuição dos riscos de saúde e problemas de saúde
	4.3 Promoção da transmissão de informação e de um consumo seguro
	4.4 Serviço de Apoio e Acompanhamento
5. Ausência de Menores	5.1 Presença em número reduzido

nas Equipas de RR	5.2 Estigma enquanto barreira
	5.3 Inexistência de respostas de atuação
6. Valorização das experiências subjetivas como forma de aprendizagem	6.1 Vivência de experiências negativas com amigos
	6.2 Partilha entre pares
7. Caracterização da Intervenção Policial	
8. Espectro de vulnerabilidade	
9. Redução de Riscos enquanto filosofia e não só um serviço	9.1 Alargar a intervenção de RR
	9.2 Diversificação da aplicação de RR a diferentes contextos

1. Perceção do uso de SPA como algo indesejável

Visão do uso de SPA como um comportamento indesejável e negativo em que a educação e intervenção devem assumir um papel na sua prevenção.

2. Educação sobre drogas como uma ferramenta para a literacia

Elementos que devem estar presentes numa política educativa que vise a promoção da literacia na área das SPA.

3. Perceções acerca da necessidade de suporte aos jovens utilizadores de SPA

Identificação do tipo de necessidade interventiva presente aquando do uso de SPA na minoridade.

4. Utilidade dos serviços de RR para o uso de SPA em menores de idade

Identificação de papéis possíveis de serem assumidos pelos serviços de RR aquando da intervenção com menores de idade que usam SPA.

5. Ausência de Menores nas Equipas de RR

Características, motivos e consequências da ausência de menores de idade nas equipas de RR

6. Valorização das experiências subjetivas como forma de aprendizagem

Identificação de experiências pessoais que potenciaram a aprendizagem no uso de SPA.

7. Caracterização da Intervenção Policial

Descrição do comportamento policial perante menores de idade e a suspeita da posse e/ou uso de SPA.

8. Espectro de vulnerabilidade

Diferenciação do grau de vulnerabilidade dos menores de idade que usam SPA devido à associação com outras problemáticas.

9. Redução de Riscos enquanto filosofia e não só um serviço

Alargamento da potencialidade de intervenção, de acordo com a filosofia de RR, no uso de SPA por menores de idade.