



Diagnóstico Social Área das Dependências

Abril 2012

**Secretariado Técnico da Rede Social de Setúbal:
Dr. Rui Alves, Câmara Municipal de Setúbal, Divisão de Inclusão Social**

**Núcleo Executivo do Conselho Local de Acção Social de Setúbal:
Dra. Susana Santiago, Associação Cristã da Mocidade – ACM / YMCA**

Diagnóstico Social das Dependências

Análise dos resultados do workshop da área das Dependências

Quadro 1 – Resultados-síntese do Workshop por nuvem

	Score	Problemas (-)	Potencialidades (+)	Pontuação zero
Alcoolismo	30,8	5	1	3
Recursos Humanos e Institucionais	25,6	2	7	4
Condições Sociais	23,1	5	1	3
Prevenção / Tratamento	20,5	6	3	5
	100,0	18	12	15

Numa primeira análise aos resultados do workshop podemos verificar que não existe uma grande amplitude de pontuação entre as nuvens com maior e menor score. Apesar de a pontuação das nuvens reflectir um diferencial de importância atribuída pelos participantes na sessão, é um facto é que no cômputo geral, não se assiste a uma grande distância entre nuvens. A nuvem mais votada foi "Alcoolismo" com 30,8 e a menos votada "Prevenção / Tratamento" com 20,5. Esta distribuição de pontuação parece indicar um maior enfoque nas questões com maior visibilidade do que nos mecanismos que justamente podem evitar a sua ocorrência.

De seguida apresenta-se uma tabela unicamente com os problemas/potencialidades que receberam pontuação, organizados por nuvem.

Quadro 2 – Problemas e Potencialidades por Nuvem

Nuvem	Sinal	Score	Problema / Potencialidade
Alcoolismo	-	17,9	Fracos recursos para tratar doentes alcoólicos
	-	7,7	Início muito precoce de consumos de álcool
	-	5,1	Inexistência de consultas de alcoologia no Hospital de Setúbal
Recursos Humanos e Institucionais	-	7,7	Falta de estruturas de retaguarda de saúde mental
	-	7,7	Inexistência de um grupo de apoio para os familiares de pessoas com dependência
	+	5,1	Temos que trabalhar em parceria para diminuir a fome
	+	2,6	Boa articulação / respostas do ET – IDT
Condições Sociais	+	2,6	Existência de vagas em C.T.
	-	17,9	Os sem abrigo
	-	2,6	Elevada taxa de desemprego
	-	2,6	Falta de apoio no emprego

Prevenção / Tratamento	-	7,7	Faltam programas de prevenção de longa duração
	-	5,1	Trabalhar o tecido empresarial para ampliação do programa vida-emprego
	-	2,6	Poucas respostas para esta situação
	+	5,1	Implementação de programas de inserção / prevenção

A que recolheu mais potencialidades foi a "Recursos humanos e institucionais" com 7 referências. Este facto parece indicar que os participantes no workshop, na sua generalidade, valorizam as relações entre as instituições e entre os técnicos e consideram-nas como parte da solução. "Alcoolismo" e "Condições Sociais" recolheram apenas 1 potencialidade cada.

Quanto à referência a problemas, a nuvem "Prevenção / Tratamento" foi a que acolheu o maior número com um total de 6, seguido de muito perto pelas nuvens "Alcoolismo" e "Condições Sociais" com 5.

A título individual, o problema/potencialidade com o score mais elevado foi "Fracos recursos para tratar doentes alcoólicos" e os "sem abrigo" ambos apresentados como um problema e com um score de 17,9.

A nuvem "Alcoolismo" surge-nos assim como uma questão com um triplo destaque: pela pontuação global alcançada pela nuvem, pelo número total de problemas referenciados (aspectos negativos) e por lhe pertencer o problema/potencialidade com pontuação mais elevada.

Quando ordenamos os problemas/potencialidades por ordem decrescente de score verificamos que os mais votados nos surgem da seguinte forma:

- 17,9 (-) Fracos recursos para tratar doentes alcoólicos (7)
- 17,9 (-) Os sem abrigo (7)
- 7,7 (-) Início muito precoce de consumos de álcool (3)
- 7,7 (-) Faltam programas de prevenção de longa duração (3)
- 7,7 (-) Faltam estruturas de retaguarda de saúde mental (3)
- 7,7 (-) Inexistência de um grupo de apoio para os familiares de pessoas com dependência (3)

Num total de 30 problemas / potencialidades que surgiram neste workshop, só estes 6 problemas somam dois terços do total da pontuação. Colocando a questão de outra forma, 20% dos problemas totalizam 67% da pontuação disponível.

Como podemos verificar, os scores mais elevados vão destacadamente para os dois problemas que frequentemente se encontram associados. Falamos dos sem-abrigo e dos recursos (ou neste caso, da falta destes) no âmbito do tratamento do alcoolismo.

Alcoolismo

Esta nuvem, embora tenha recolhido seis problemas/potencialidades, apenas três receberam pontuação.

- (-) Fracos recursos para tratar doentes alcoólicos (17,9)
- (-) Início muito precoce de consumos de álcool (7,7)
- (-) Inexistência de consultas de alcoologia no Hospital de Setúbal (5,1)

Fracos recursos para tratar doentes alcoólicos

O Departamento de Psiquiatria do Hospital deixou de ter a consulta de alcoologia embora colabore nas situações de duplos diagnósticos. Cabe à Equipa de Tratamento de Setúbal (IDT), o acompanhamento dos utentes com esta patologia, sendo que não existe lista de espera.

O circuito de encaminhamento para os doentes alcoólicos está definido, sendo que os utentes podem ser encaminhados pelas seguintes vias:

- Médico de família que deve enviar informação médica/exames complementares;
- DGRS no caso de utentes com pena suspensa ou aquando do julgamento é determinada a pena de tratamento e ainda o programa STOP (infracções no trânsito);
- Empresas através do departamento médico;
- Autarquias através do gabinete de saúde.

O acompanhamento inicia-se com a marcação da primeira consulta na qual é feita uma entrevista de acolhimento e triagem por uma técnica psicossocial. Sempre que o utente tem indicação passa pelo "grupo inicial" criado para trabalhar alcoólicos, cuja duração são 5 semanas e posteriormente ingressa no "grupo de prevenção" ou passa para consulta individual. Só enquanto dura este grupo é que pode haver lista de espera.

O Apoio a Familiares é realizado pelo psiquiatra (contexto da consulta do utente) durante o grupo inicial. Sempre que necessário é feito encaminhamento para os Alcoólicos Anónimos.

Início precoce do consumo de álcool

Como já foi referido anteriormente o “início precoce do consumo de álcool” foi uma das questões que obteve uma maior atenção por parte dos participantes no workshop, no entanto o entendimento do que são “consumos”, e em boa medida, do que é “precoce” carece de clarificação prévia. Assim, o conceito de consumo pode ser associado com as seguintes dimensões:

- A frequência, que por sua vez pode ter vários termos de referência: ao longo da vida ou no último mês, só para citar dois dos mais comuns. Podemos ainda considerar a extensão temporal que o consumo abrange: várias horas ou apenas minutos.
- A quantidade, que pode ser medida em gramas de álcool no sangue, ou ainda centilitros de substância consumida.
- O tipo de substância (variação da percentagem de álcool etílico contida na substância consumida)
- Os danos no consumidor que por sua vez podem ser directos/indirectos, imediatos/retardados, permanentes/temporários. Estes danos podem ser variáveis de acordo com as características particulares do indivíduo (idade, género, entre outros)

O IDT refere seis tipos de consumo: o consumo de risco, consumo regular, beber até à embriaguez (intoxicação aguda), consumo esporádico excessivo (ou binge drinking), consumo nocivo e a dependência alcoólica.

*(...) O **consumo de risco** corresponde a um tipo ou padrão de consumo que provoca dano se o consumo persistir; e que aumenta a probabilidade de sofrer doenças, acidentes, lesões, transtornos mentais ou de comportamento.*

*O **consumo regular** de bebidas alcoólicas em quantidades superiores a 2 a 3 bebidas/dia para o homem e 1 a 2 bebidas/dia para a mulher aumenta a probabilidade de sofrer de doenças diversas, entre as quais se contam as dos aparelhos digestivo e cardiovascular, doenças neurológicas, neoplasias digestivas e da mama e ainda transtornos psiquiátricos. (...)*

***Beber até à embriaguez (intoxicação aguda)** produz um efeito de deterioração da capacidade de raciocínio, da tomada de decisões e da capacidade de autocontrolo do comportamento. Neste estado o indivíduo pode apresentar desinibição dos impulsos sexuais e de agressividade favoráveis a discussões, agressões, relações sexuais não protegidas e/ou não desejadas ou abuso sexual, em que a pessoa embriagada tanto pode ser a agressora como a vítima. A deterioração da coordenação motora pode ser causa de acidentes e lesões, nomeadamente acidentes rodoviários e laborais.*

O **consumo esporádico excessivo ou binge drinking** é o consumo que excede 5 a 6 bebidas no homem e 4 a 5 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas.

O **consumo nocivo** é definido como um “padrão de consumo que provoca danos à saúde tanto física como mental” mas que não satisfaz os critérios de dependência.

A **dependência alcoólica** corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após uso repetido de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras.¹

Se procedermos à análise da caracterização geral dos consumos em Portugal, facilmente se pode concluir que os valores são elevados: um estudo² revelou que em 2003 o país ocupava o 8º lugar a nível mundial em termos de consumo de álcool de um modo geral. Discriminando o tipo de bebida, verificamos que ocupava o 4º lugar relativamente ao consumo de vinho, 23º relativamente à cerveja e o 32º relativamente às bebidas destiladas. Estes dados dizem respeito ao conjunto da população, no entanto os consumos não apresentam o mesmo grau de risco para todas as faixas etárias sendo que os jovens encontram-se particularmente em risco. A nível da UE, o consumo nocivo de bebidas alcoólicas é responsável por cerca de 10% da mortalidade feminina e de 25% da mortalidade masculina, no grupo etário dos 15 aos 29 anos³.

O risco de mortalidade não é o único tipo de risco associado a este comportamento dos jovens sendo que: (...) *As pessoas que iniciam o consumo de álcool durante a adolescência têm maior probabilidade de sofrer as consequências do consumo excessivo de álcool ao chegarem à idade adulta, entre as quais o risco de desenvolver dependência (Dawson et al., 2008); verificam-se ainda consequências directas a nível do sistema nervoso central, com défices cognitivos e de memória, limitações a nível da aprendizagem, como também aumento da criminalidade ao atingirem a idade adulta. (Jefferis et al., 2005) – IDT (2010).*

A tendência dos consumos dos jovens a nível europeu parece apresentar um sentido divergente: há simultaneamente uma redução do consumo médio de álcool e um aumento da

¹ Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P (2010). *Plano Nacional Para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*

² *World Drink Trends*. (2005). Oxfordshire: World Advertising Research Center.

³ <http://www.directorioalcool.com.pt/forum/Paginas/CartaCompromissos.aspx>

proporção de jovens com padrões de consumo nocivos, designadamente os consumos esporádicos excessivos (binge drinking).

Apesar de ser consensual que o consumo de álcool em crianças e jovens é nocivo, já não é tão simples definir uma idade específica antes da qual se considera o consumo como “precoce”. A este respeito optamos no presente relatório por considerar a legislação em vigor como referência. Assim, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de Janeiro, designadamente o Artigo 2, indica-se que “É proibido vender ou, com objectivos comerciais, colocar à disposição bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público (...) A menores de 16 anos”. Embora o Decreto-Lei não se refira ao consumo propriamente dito, mas antes à proibição da venda, consideramos ser clara a intenção do legislador em considerar os 16 anos como idade mínima de referência para o consumo de álcool.

De acordo com dados de âmbito nacional (Balsa et al., 2008, *cit in* IDT - 2010), a percentagem de jovens entre os 15 e os 17 anos que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas era de 30% em 2001 e de 40% em 2007. Para analisarmos os consumos de álcool dos jovens no concelho de Setúbal temos de recorrer aos dados de dois inquéritos realizados pela Câmara Municipal de Setúbal (“Contextos de Risco Associados à Adolescência”) junto da população escolar, em 1996 e 2009.

No estudo de 1996, o inquérito foi aplicado à totalidade da população escolar que frequentava os níveis de ensino do 9º ao 12º anos de escolaridade. No conjunto foram recolhidos 4526 inquéritos. Em 2009 optou-se por realizar uma amostra probabilística representativa da população, estratificada por ano de escolaridade (variável fortemente associada à idade), tendo como universo de referência a população escolar do 9º ao 12º anos de escolaridade ou equivalente. A amostra recolhida que equivaleu a cerca de 25% do total do universo, foi posteriormente ponderada de forma a manter a proporcionalidade entre os níveis de escolaridade, evitando simultaneamente a sub-representatividade dos alunos dos CEF e dos PIEF e a sobre-dimensionalidade dos restantes níveis de ensino. A amostra final com que se trabalhou tem uma dimensão de 2302 unidades de sondagem.

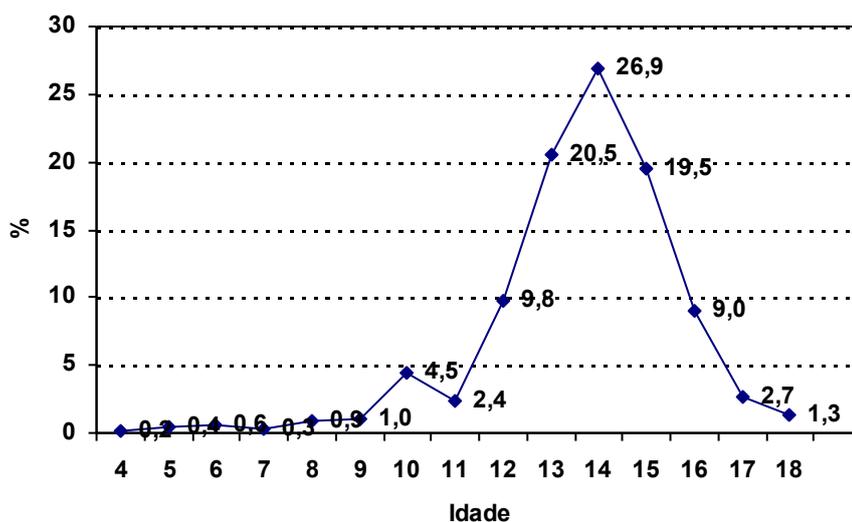
Quadro 4: Distribuição da amostra por sexo (1996 e 2009)

Sexo	1996		2009	
	n	%	n	%
Masculino	2129	46,7	1186	51,5
Feminino	2397	52,6	1116	48,5
Total	4526	100,0	2302	100,0

Fonte: Estudo Contextos de Risco 2009 (CMS)

Os resultados do estudo de 2009 indicam-nos que 66,9% dos inquiridos consumiu álcool pela primeira vez com idade compreendida entre os 13 e os 15. A idade média do primeiro consumo é 13,6 anos, um valor que é bastante inferior os 16 anos tidos como referência (não é possível apurar este valor para 1996).

Gráfico 1: Primeiro consumo de álcool por idade (2009)



Fonte: Estudo Contextos de Risco 2009 (CMS)

Em termos de evolução de tendência, os dados de âmbito nacional recolhidos pelo IDT (INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar 2001 e 2006) apontam para uma diminuição da percentagem de jovens que já consumiram alguma bebida alcoólica. Esta diminuição foi de 67% para 60% entre os mais novos (3º ciclo) e de 91% para 87% entre os mais velhos (secundário). Os dados recolhidos pela CMS apontam uma evolução semelhante, tal como se pode verificar no quadro seguinte, embora as variações mais significativas se tenham registado nos escalões etários situados entre os 15 e os 18 anos.

Quadro 5 - Já consumiste alguma bebida alcoólica? (resposta por escalão etário)

Idade (anos)	1996 (%)	2009 (%)	Variação (%)
12 a 14	60,2	49,5	-10,7
15 a 16	72,4	59,2	-13,2
17 a 18	83,1	69,2	-13,9
19 a 20	85,6	75,8	-9,8
21 ou mais	86,6	77,5	-9,1
Total	74,6	64,5	-10,1

Fonte: Estudo Contextos de Risco 1996 e 2009 (CMS)

A percentagem de jovens que já consumiram alguma bebida alcoólica diminuiu entre 9% e 14% ao longo dos vários escalões etários. Quando comparamos os dados do concelho de Setúbal com os de âmbito nacional (Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas – ECATD/2011⁴), embora não sejam exactamente coincidentes no tempo, verificamos que a prevalência ao longo da vida é inferior no concelho sendo que se verifica uma diminuição desses valores nos períodos referenciados. Note-se que os valores no estudo dos Contextos de Risco dizem respeito a consumos superiores a 5 vezes ao longo da vida o que em parte poderá explicar

Quadro 6 - Prevalência de álcool ao longo da vida, por idade

Idade (anos)	Contextos de Risco		ECATD	
	1996	2009	2007	2011
14	61.7	49.5	69.1	54.7
15	68.3	53.8	79.8	72.4
16	76.3	64.2	87.5	82.1
17	82.6	67.0	92.1	88.3
18	84.2	72.5	93.8	90.8

Fonte: Estudo Contextos de Risco 1996/2009 (CMS), ECATD 2007/2009

No caso da prevalência das últimas 4 semanas (ou 30 dias) a tendência nacional é para uma diminuição e embora não seja possível fazer uma comparação no concelho em relação a 1996 (os dados do inquérito não o possibilitam), verificamos que os valores estão fracamente abaixo dos nacionais.

Quadro 7 - Prevalência de álcool nas últimas 4 semanas (30 dias), por idade

Idade (anos)	Contextos de Risco	ECATD	
	2009	2007	2011
14	16.1	35.5	25.2
15	19.1	47.8	39.9
16	22.1	60.7	53.6
17	34.4	67.7	60.6

⁴ O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas – ECATD/2011 é um estudo que se enquadra no ESPAD - European School Survey on Alcohol and other Drugs, um projecto da responsabilidade de uma rede de investigadores independentes que, em cada país, são apoiados por instituições nacionais de referência na área do álcool e/ou das drogas para que possa ser realizado.

18	38.0	74.4	70.3
----	------	------	------

Fonte: Estudo Contextos de Risco 2009 (CMS), ECATD 2007/2009

Os dados relativos à prevalência das últimas 4 semanas parecem contudo ser menos fiáveis para análises mais definitivas, já que por exemplo, outro estudo de âmbito nacional (INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar) refere uma tendência contrária para os anos de 2001 e 2006 referindo que se verifica:

(...) um relevante aumento na prevalência dos que consumiram nos "últimos 30 dias" – de 25% para 32% (3.º Ciclo) e de 45% para 58% (Secundário).

No caso particular de Setúbal, os dados desagregados por tipo de substância alcoólica consumida permitem corroborar, de certa forma, as tendências globais já referidas: uma diminuição da percentagem dos consumidores esporádicos e um aumento dos consumidores mais frequentes. Os dados comparativos (1996-2009) relativos aos consumos de cerveja, vinho e destiladas nas últimas quatro semanas indicam-nos um aumento dos consumidores diários (ou quase) de bebidas alcoólicas, com particular incidência em relação ao vinho (triplicou) e às bebidas destiladas (duplicou).

Quadro 8 – Frequência do consumo de álcool nas últimas 4 semanas (1996-2009)

Frequência	1996 (%)	2009 (%)	Varição (%)
Nunca	43,9	76,8	32,9
Menos de 1 dia por semana	31,8	10,1	-21,7
1 a 2 dias por semana	20,8	8,4	-12,4
Vários dias por semana / Todos os dias ou quase	3,6	4,6	1,0
Total	100,0	100,0	

(1996, n=4556), (2009, n=2302)

Fonte: Estudo Contextos de Risco 1996/2009 (CMS)

Quadro 9 – Frequência do consumo de vinho nas últimas 4 semanas (1996-2009)

Frequência	1996 (%)	2009 (%)	Varição (%)
Nunca	70,5	85,9	15,4
Menos de 1 dia por semana	24,8	9,2	-15,6
1 a 2 dias por semana	4,2	3,6	-0,6
Vários dias por semana / Todos os dias ou quase	0,4	1,2	0,8
Total	100,0	100,0	

(1996, n=4556), (2009, n=2302)

**Quadro 10 – Frequência do consumo de bebidas destiladas nas últimas 4 semanas
(1996-2009)**

Frequência	1996 (%)	2009 (%)	Variação (%)
Nunca	53,9	75,4	21,5
Menos de 1 dia por semana	33,5	13,7	-19,8
1 a 2 dias por semana	11,9	9,2	-2,7
Vários dias por semana / Todos os dias ou quase	0,8	1,7	0,9
Total	100,0	100,0	

(1996, n=4556), (2009, n=2302)

Fonte: Estudo Contextos de Risco 1996/2009 (CMS)

Em suma, no que diz respeito ao álcool, podemos concluir que o início dos consumos (experimentação) é precoce, mas que a tendência nacional e que é acompanhada por Setúbal, é de diminuição da percentagem de consumidores esporádicos e um aumento da percentagem de consumidores mais regulares.

Consumos de substâncias ilícitas na população jovem

De acordo com relatórios recentes⁵, existe uma forte ligação entre os problemas de álcool e drogas, isto é, entre consumos de substâncias lícitas e ilícitas. Desta forma não seria possível deixar de integrar neste diagnóstico alguns dados relativos a consumos de substâncias ilícitas bem como as suas tendências recentes e perspectivas futuras. A este respeito sublinhe-se que é o próprio OEDT (Observatório Europeu das Drogas e das Toxicodependências) a lançar o alerta de receio de um aumento das “formas problemáticas de consumo de drogas” (OEDT; 2010) devido ao período de crise económica que a Europa atravessa. Espera-se que este aumento dos consumos, venha a ter uma maior incidência nos jovens já que é neste conjunto da população que o fenómeno do desemprego é mais expressivo.

Na Europa, a substância ilícita mais consumida é a cannabis e embora se registem variações significativas quer a nível geográfico que a nível de consumos, a tendência é para a estabilização ou mesmo a diminuição (OEDT; 2010).

⁵ OEDT, (2010). *Relatório Anual 2010 – A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*

**Quadro 11 – Prevalência dos consumos da população entre 15 e os 64 anos na Europa
(dados recolhidos entre 2004 e 2008)**

Substância	Prevalência		
	Ao longo da vida %	No último ano %	Últimos 30 dias %
Cannabis	22.5	6.8	3.7
Cocaína	4.1	1.3	0.5
Ecstasy	3.7	0.8	-
Anfetaminas	3.7	0.6	-

Fonte: OEDT (2010)

O quadro anterior revela-nos que a cannabis é a droga ilícita mais consumida na Europa (embora com variações significativas entre os diversos países). No entanto, a tendência global é de estabilização ou mesmo diminuição dos consumos. Note-se que os dados do quadro anterior dizem respeito ao universo (alargado) da população europeia entre os 15 e os 64 anos. As disparidades no consumo desta substância são menos acentuadas entre a população escolar do que entre os jovens adultos como veremos mais adiante. Os opiáceos (heroína) não integram esta análise por dois motivos fundamentais: as suas prevalências são bastante baixas e a “natureza oculta” deste tipo de consumos (OEDT; 2010). Uma estimativa do OEDT aponta para um consumo médio na União Europeia de 0,36% a 0,44 % entre os 15 e os 65 anos deste tipo de substância.

Quando analisamos os dados relativos aos consumos da população mais jovem (15 a 24 anos) na Europa, verificamos que as percentagens de consumos são consistentemente superiores às verificadas para um conjunto mais alargado da população (15 a 65 anos).

**Quadro 12 – Prevalência dos consumos da população entre 15 e os 24 anos na Europa
(dados recolhidos entre 2004 e 2008)**

Substância	Prevalência		
	Ao longo da vida %	No último ano %	Últimos 30 dias %
Cannabis	30.9	16.0	8.4
Cocaína	5.9	2.3	0.9
Ecstasy	5.8	1.7	-
Anfetaminas	5.2	1.2	-

Fonte: OEDT (2010)

Desta forma, podemos concluir que os consumos são superiores no estrato mais jovem da população europeia, com particular incidência nos consumos registados “no último ano”.

Uma vez mais, para obtermos dados relativos ao concelho de Setúbal, temos de recorrer ao Estudos dos Contextos de Risco realizado pela Câmara Municipal de Setúbal (1996 e 2009). Os dados dos estudos realizados em 1996 e em 2009 indicam-nos um aumento significativo de jovens que já consumiram drogas mais do que 5 vezes ao longo da sua vida, isto é, que experimentaram drogas. Este valor subiu de 7,4% em 1996 para 21,4% em 2009. Por outras palavras, em 2009 um em cada cinco jovens já tinha experimentado drogas pelo menos 5 vezes ao longo da vida. Note-se que o conceito de “prevalência ao longo da vida” não é rigorosamente igual a “prevalência mais do que 5 vezes ao longo da vida”, pelo que os valores deste último serão compreensivelmente mais baixos do que os do primeiro.

Neste estudo dos Contextos de Risco (1996 e 2009) foram analisados os consumos de diversas substâncias ilícitas:

- Cannabis (marijuana, haxixe, erva, charro, ganzas, etc)
- Anfetaminas, estimulantes (speeds, cristal, anfes, MD, etc)
- Comprimidos para dormir, calmantes, tranquilizantes, sedativos, anti-depressivos (barbitúricos), etc
- Cocaína (coca, branca, crack, base, etc)
- Heroína (cavalo, pó, castanha, etc)
- Derivados do ópio diferentes da heroína

- LSD ou outros alucinógenos sintéticos (ácidos e trips)
- Cogumelos mágicos (alucinógenos)
- Inalantes (colas, solventes, etc)
- Ecstasy (pastilhas, MDMA, XTC, etc)

Para efeitos de análise no presente Diagnóstico Social, vamo-nos concentrar unicamente nas substâncias que revelaram índices de consumo mais elevados, abstendo-nos neste momento de equacionar o impacto e os danos que provocam nos consumidores mais jovens.

No quadro seguinte que se refere a um universo etário muito semelhante ao do quadro anterior, podemos constatar que os valores registados para os consumos superiores a 5 vezes ao longo da vida são inferiores à média europeia. No entanto, e como já vimos, este conceito é mais restrito.

Quadro 13 – Prevalência dos consumos: mais do que 5 vezes ao longo da vida (1996/2009)

Substância	Ano	
	1996	2009
Cannabis	7.0	19.4
Cocaína	0.3	2.3
Ecstasy	0.1	1.5
Anfetaminas	0.7	2.1

Fonte: CMS, Estudo Contextos de Risco 1996 e 2009

A percentagem de jovens que experimentaram cannabis aumentou significativamente entre os dois momentos de análise. Trata-se de uma tendência que foi também verificada nos dados recolhidos pelo ECATD, em particular o aumento da experimentação entre os alunos mais velhos. Mais adiante voltaremos a este aspecto. Outro dado relevante é o facto dos consumos de cocaína terem ultrapassado os das anfetaminas, o que também se verifica para o total do conjunto da população europeia entre os 15 e os 24 anos.

Embora os anos de recolha de dados do Estudo dos Contextos de Risco (ECR) e do ECATD não sejam exactamente coincidentes, nem tenham decorrido com os mesmos intervalos temporais, a sua análise comparativa não deixa de ser particularmente relevante no sentido da captação de tendências e evolução do fenómeno.

Quadro 14 - Prevalência de cannabis ao longo da vida, por idade

Idade (anos)	Contextos de Risco		ECATD		
	1996	2009	2003	2007	2011
14	1,1	7.5	8.6	6.4	5.7

15	3,4	6.8	13.6	10.1	10.2
16	6,0	16.1	20.0	16.0	19.5
17	11,5	23.8	25.3	21.4	24.6
18	11,7	30.6	30.2	27.3	29.9

Fonte: Estudo Contextos de Risco 2009 (CMS), ECATD 2007/2009/2011

Uma primeira observação que podemos fazer é que os valores mais recentes em ambos os estudos são muito idênticos para os mais velhos, mas algo divergentes para os mais novos. Entre os 17 e os 18 anos os dados são muito semelhantes, enquanto para os jovens de 14 e 15 anos verificamos uma diminuição ou pelo menos estabilização nos dados do ECATD e um aumento nos dados do ECR (sendo que para os jovens com 14 anos os valores inclusivamente são superiores). Em termos de evolução, parece existir uma divergência entre os dois estudos para os jovens de 14 anos; nos dados do ECATD há uma diminuição progressiva entre 2003 e 2011 e nos dados do ECR há um aumento.

Como comentário final relativamente aos consumos de experimentação (prevalência ao longo da vida no caso do ECATD e consumos superiores a 5 vezes ao longo da vida no caso do ECR), temos de sublinhar que em relação a qualquer idade (14 a 18 anos) ou substância, a percentagem de jovens consumidores é minoritária. Todavia, existem indicadores preocupantes, como é o facto de cada vez mais jovens já terem entrado em contacto com drogas ilícitas.

Quanto à diferenciação de género em relação à experimentação de drogas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas: a frequência de respostas positivas a esta questão foi superior nos rapazes (68%) em relação às raparigas (54%). A percentagem de rapazes (25%) que consumiram cannabis mais do que 5 vezes é superior à das raparigas (10%) e esta diferença é estatisticamente significativa. Situação idêntica ocorre no caso das anfetaminas em que os valores são superiores nos rapazes (3%) e são quase residuais nas raparigas (1%). A tendência inverte-se no caso dos consumos de comprimidos. Aqui são mais as raparigas (6%) que referem ter tomado comprimidos do que os rapazes (2%). Esta diferença é estatisticamente significativa. O consumo de cocaína é baixo em ambos os sexos (2% raparigas, 3% rapazes).

Outro nível de análise importante diz respeito aos consumos mais recentes (últimas 4 semanas ou últimos 30 dias). O ECR revela que os consumos efectuados nas últimas 4 semanas aumentaram de 4,5% em 1996 para 15,2% em 2009, isto é, triplicaram entre os dois momentos de análise. Desta forma, existem mais jovens a experimentar drogas e existem mais jovens consumir nas últimas 4 semanas, no entanto a frequência dos consumos esporádicos diminuiu (e é este o tipo de consumos mais comum nos jovens) enquanto a frequência dos consumos mais regulares aumentou (um tipo de consumo minoritário mas mais problemático). Mas analisemos mais em detalhe os dados disponíveis.

Quadro 15 – Prevalência dos consumos nas últimas 4 semanas (1996/2009)

Substância	Ano	
	1996	2009
Cannabis	11.4	12.3
Cocaína	0.6	2.1
Ecstasy	0.3	0.8
Anfetaminas	1.5	1.5

Fonte: CMS, Estudo Contextos de Risco 1996 e 2009

A cannabis surge destacadamente como a substância mais consumida nas últimas 4 semanas embora o ecstasy e em particular a cocaína tenham aumentado muito significativamente.

Quadro 16 - Prevalência de cannabis nas últimas 4 semanas (30 dias), por idade

Idade (anos)	Contextos de Risco		ECATD		
	1996	2009	2003	2007	2011
14	0,7	7.0	3.0	1.8	2.8
15	2,9	3.6	4.7	3.4	4.8
16	3,6	9.4	7.8	6.5	9.2
17	6,8	17.7	10.2	14.4	11.6
18	7,3	17.4	11.	16.5	15.7

Fonte: Estudo Contextos de Risco 1996/2009 (CMS), ECATD 2007/2009/2011

No âmbito dos consumos nas últimas 4 semanas, a percentagem de consumidores diários (ou quase diários) aumentou de 0.8% para 4.3%

Quadro 17 – Frequência do consumo de cannabis nas últimas 4 semanas (1996-2009)

Frequência	1996 (%)	2009 (%)	Varição (%)
Nunca	88,6	87,7	-0.9
Menos de 1 dia por semana	8,8	5,8	-3.0
1 a 2 dias por semana	1,8	2,3	+0.5
Vários dias por semana / Todos os dias ou quase	0,8	4,3	+3.5
Total	100,0	100,0	

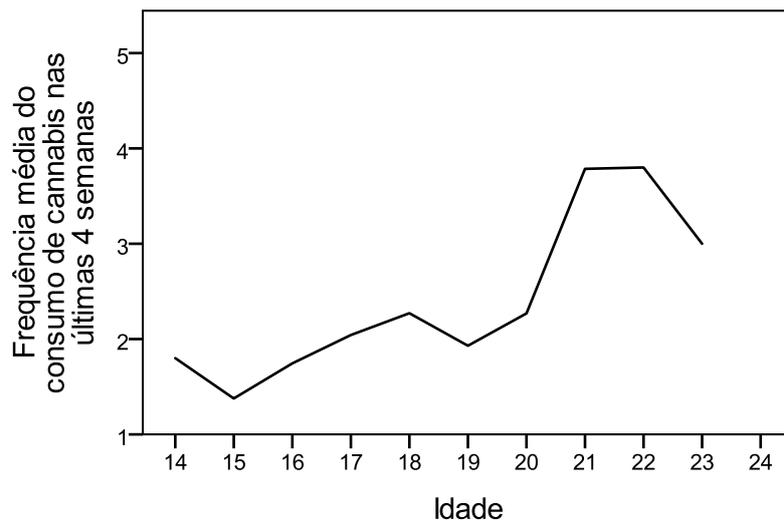
(1996, n=4556), (2009, n=2302)

Fonte: Estudo Contextos de Risco 1996/2009 (CMS)

Uma análise mais aprofundada dos dados indica-nos uma forte associação (estatisticamente significativa) entre a frequência do consumo de cannabis e a idade. Assim os jovens com mais de 20 anos consomem mais frequentemente aquela substância que os do grupo etário dos 12 a 14 anos: os primeiros referiram que consumiam essa substância com uma frequência situada entre “Menos de 1 dia por semana” e “1 a 2 dias por semana” enquanto para os mais jovens (12 a 14 anos) essa frequência situa-se entre “Nunca” e “Menos de 1 dia por semana”.

O gráfico seguinte mostra-nos com bastante clareza que a frequência dos consumos nas 4 semanas é superior nos jovens entre os 21 e os 22 anos, havendo aparentemente um decréscimo após essa idade (a amostra não tem jovens com idade superior a 23 anos).

Gráfico 2- Frequência média de consumo de cannabis nas últimas 4 semanas (30 dias), por idade (CMS: 2009)



Fonte: Estudo Contextos de Risco +2009 (CMS)

Neste indicador (consumos nas últimas 4 semanas) foram ainda encontradas diferenças de género estatisticamente significativas nos consumos relativos a cannabis, anfetaminas, comprimidos, cocaína, heroína, LSD e inalantes. Com a excepção dos comprimidos, em todas as substâncias há uma frequência de consumo superior nos rapazes. No entanto, estamos em presença de valores muito reduzidos. As médias de consumo situam-se entre os 1,00 e os 1,05 numa escala de resposta (escala de Lickert) em que o valor “1” correspondia a “Nunca” e o valor de “5” a “Todos os dias ou quase”. A substância que registou valores mais elevados foi a cannabis, 1,16 no caso das raparigas e 1,36 no caso dos rapazes.



Em suma, no âmbito dos consumos registados nas últimas 4 semanas, verifica-se um aumento do consumo de cannabis, em particular nas formas de consumo mais regulares (superiores uma vez por semana) e com alguma diferenciação entre géneros.

Notas Finais

O presente diagnóstico visou primeiramente dar resposta lugar às principais questões que emergiram no workshop participativo realizado com a finalidade de identificar os principais problemas e potencialidades junto de profissionais da área. O desafio seguinte era o de confirmar, ilustrar ou sustentar com dados mais objectivos de forma a permitir conclusões devidamente fundamentadas. No entanto, a informação existente e disponível não permitiu cumprir este desiderato na sua totalidade. Assim, considerando este constrangimento, só foi possível aprofundar as questões relacionadas com os consumos de álcool e drogas, com especial incidência nos jovens. Os problemas e potencialidades identificados na nuvem “Condições Sociais” são abordados nos diagnósticos sociais do Emprego e dos Sem-Abrigo.

No presente diagnóstico, para além das estatísticas oficiais e estudos produzidos pelas entidades oficiais a nível nacional e europeu (respectivamente IDT e OEDT) responsáveis por este sector, recorreu-se a informação de produção própria da Câmara Municipal de Setúbal, designadamente ao Estudo dos Contextos de Risco.

Os resultados do workshop realizado no âmbito das dependências apontam com particular incidência para as questões relacionadas com o alcoolismo propriamente dito (consumos, doença), mas também com outras que habitualmente lhe encontramos associadas (saúde mental, sem-abrigo).

Comparativamente aos restantes países, os consumos de álcool em Portugal são elevados no que diz respeito ao total da população. No caso concreto do concelho de Setúbal, o fenómeno do consumo de álcool pela população mais jovem acompanha a tendência global de diminuição da percentagem dos consumidores esporádicos e aumento dos consumidores mais frequentes.

Relativamente aos consumos de outras substâncias, designadamente as ilegais, constatou-se um aumento significativo da experimentação sobretudo de cannabis por parte dos mais jovens.

Fontes Consultadas e Bibliografia

Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de Janeiro

CMS (2009) Estudo Contextos de Risco

Feijão, Fernanda (2001) INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar, IDT, Lisboa

Feijão, Fernanda (2006) INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar, IDT, Lisboa

Feijão, Fernanda; Calado, Vasco; Lavado, Elsa (2011) ECATD 2011 - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público, IDT, Lisboa

<http://www.diretorioalcool.pt/Paginas/HomePage.aspx> (Abril 2012)

Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P (2010). Plano Nacional Para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012

Rebelo, Margarida; Machado, Paulo; Alves, Rui (1996) Estudo Contextos Psicossociais Associados à Adolescência em Setúbal, LNEC, Lisboa

OEDT, (2010). Relatório Anual 2010 – A Evolução

World Advertising Research Center (2005) World Drink Trends, Oxfordshire

Anexos



Acta / Resumo da Reunião de CLAS - Grupo de Trabalho Dependências no dia 7 de Fevereiro de 2011 na DISOC – CMS

Presenças:

- Susana Santiago
- Célia de Almeida
- Afonso Eduardo
- Célia Santos
- Maria Safara
- Maria Fernanda Nogueira
- Rui Alves
- Carlos Amado
- Luís Brandão

Ausências: Cáritas, PSP e S.C.M

A sessão teve início com uma auto-apresentação. Foi explicado qual o objectivo da sessão, que consistiu num workshop onde se aplicou a metodologia Nuvem de problemas e potencialidades, de forma a tal como o nome indica, se identificar quais os maiores problemas e potencialidades na área das Dependências. De seguida votou-se quais os problemas e potencialidades que cada participante considerou mais importantes.

Prevenção / Tratamento (8)

- (+) receptividade das escolas para programas de prevenção (0)
- (-) poucas respostas para esta situação (1)
- (-) pouca aceitação por parte dos dependentes (0)
- (-) Taxa de reincidência (após tratamento nas C.T.) (0)
- (+) implementação de programas de inserção / prevenção (2)
- (-) aumento do consumo de cannabis na população mais jovem (0)
- (-) faltam programas de prevenção de longa duração (3)
- (-) trabalhar o tecido empresarial para ampliação do programa vida-emprego (2)
- (+) estatísticas e dados actualizados (0)

Recursos humanos e institucionais (10)

- (+) trabalho de rua com consumidores de drogas (equipas de rua) (0)
- (+) envolvimento de diferentes entidades que trabalham a problemática (0)
- (-) falta de estruturas de retaguarda de saúde mental (3)
- (+) técnicos qualificados e com experiência (0)
- (+) boa articulação / respostas do ET – IDT (1)
- (+) temos que trabalhar em parceria para diminuir a fome (2)
- (+) ET – boa articulação (0)
- (-) Inexistência de um grupo de apoio para os familiares de pessoas com dependência (3)
- (+) existência de vagas em C.T. (1)

Alcoolismo (12)

- (-) Início muito precoce de consumos de álcool (3)
- (+) Existência de um grupo de alcoólicos anónimos em Setúbal (0)
- (-) Fracos recursos para tratar doentes alcoólicos (7)
- (-) Fracas respostas em consultas / tratamento de alcoologia (0)
- (-) Inexistência de consultas de alcoologia no Hospital de Setúbal (2)
- (-) Lista de espera alcoologia (ET) (0)

Condições Sociais (9)

- (-) elevada taxa de desemprego (1)
- (-) falta de apoios económicos para pagamento de CT (0)
- (-) falta de apoio no emprego (1)
- (+) respeito pelos arrumadores (0)
- (-) há muita fome (0)
- (-) os sem abrigo (7)

Após a votação, o grupo debateu um pouco a questão da prevenção primária e da necessidade dos programas de prevenção serem mais longos. O Rui Alves referiu a título de exemplo que nos EU existem programas que tem uma duração de 30 anos e que são monitorizados anualmente, o que se vai adaptando são as estratégias. Abordou-se também a questão de muitas vezes o nosso enfoque ser para quando o problema já está instalado, e não para quando o problema ainda não é muito visível.

A Fernanda Nogueira solicitou aos presentes informação estatística para elaborar o diagnóstico social e frisou que este momento foi o ponto de partida.