

Estudo de Avaliação do Processo de Tratamento no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências

**Vivências, perceções e significados
dos utentes em processo de
tratamento em CAD**

ASSUNTO	Estudo de Avaliação do Processo de Tratamento no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências
A QUEM SE DESTINA	Profissionais especializados, decisores e academia
PALAVRAS-CHAVE	Processo de Tratamento, Unidades de Tratamento, Comportamentos Aditivos e Dependências
FORMATO	PDF

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Estudo de Avaliação do Processo de Tratamento no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências - Vivências, perceções e significados dos utentes em processo de tratamento de CAD

DEPARTAMENTO DE INTERVENÇÃO INTEGRADA

Graça Vilar

UNIDADE DE REFERÊNCIA E CUIDADOS INTEGRADOS

Kerstin Hoffmeister

AUTORIA

Andreia Ribeiro

DESIGN GRÁFICO E PAGINAÇÃO

ICAD, IP / Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação (GTSI), Filipa Cunha

EDITOR: ICAD, IP, Lisboa 2026

ISBN:

DOI:

Estudo de Avaliação do Processo de Tratamento no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências

**Vivências, perceções e significados dos utentes
em processo de tratamento de CAD**

Edição 2026

Índice

1.	BREVE ENQUADRAMENTO	6
1.1.	Metodologia	7
1.2.	Objetivos	7
1.3.	Seleção dos Grupos-Alvo	7
2.	CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS	8
2.1.	Grupo I	8
2.2.	Grupo II	10
3.	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	13
3.1.	Guião para realização dos Grupos de Discussão Focalizada	14
4.	ANÁLISE DOS RESULTADOS POR CATEGORIAS E DIMENSÕES	15
4.1.	Continuidades e Mudanças nas Unidades de Tratamento	15
4.2.	Implicações no Processo de Tratamento	17
	• Aspectos positivos	17
	• Aspectos negativos	18
4.3.	Futuro dos CAD e das UIL-CAD	19
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	21
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7.	ANEXOS	25
8.	BIBLIOGRAFIA	31

Índice de figuras

Figura 1 - Substância principal de consumo que motivou a procura de tratamento.....	8
Figura 2 – Consumo ao longo da vida.....	9
Figura 3 – Consumo nos últimos 12 meses.....	9
Figura 4 – Consumo nos últimos 30 dias.....	10
Figura 5 – Tempo de utilização da Internet.....	10
Figura 6 – Substância principal de consumo que motivou a procura de tratamento.....	11
Figura 7 – Consumo ao longo da vida.....	11
Figura 8 - Consumo nos últimos 12 meses.....	12
Figura 9 - Consumo nos últimos 30 dias.....	12
Figura 10 – Tempo de utilização da Internet.....	12
Figura 11 – Perceções sobre o processo de tratamento no âmbito dos CAD.....	22

Este estudo tem como objetivo compreender as perceções dos utentes que se encontram a realizar tratamento no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências sobre as continuidades e as mudanças que encontram nos serviços.

Pretendemos conhecer as suas perspetivas face ao processo de tratamento, aspetos a manter e a alterar, com o objetivo de encontrar pistas para melhorar a qualidade dos serviços..

1. BREVE ENQUADRAMENTO

De forma a corresponder ao objetivo estratégico do ICAD, IP de promover a governação integrada, a qualidade e inovação das abordagens, e com o objetivo operacional de reforçar o envolvimento dos parceiros nos processos de implementação, monitorização e avaliação das intervenções, necessidades e recursos em comportamentos aditivos e dependências (CAD), a URCI propôs-se promover iniciativas de participação dos cidadãos com CAD através da implementação de Grupos de Discussão Focalizada (GDF) junto de utentes em processo de Tratamento, visando o planeamento, a implementação e avaliação das intervenções em CAD.

Neste sentido, o presente estudo visa analisar as perceções dos utentes em tratamento no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, centrando-se nas continuidades e descontinuidades experienciadas nos serviços. Pretende-se, através das suas perspetivas sobre o processo de tratamento encontrar caminhos para a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços especializados prestados pelo ICAD, IP.

1.1. Metodologia

Este estudo foi operacionalizado com recurso a metodologias de cariz qualitativo, permitindo aceder às vivências, perceções e respetivos significados atribuídos pelos utentes ao seu processo de tratamento. Esta abordagem facilitou uma leitura mais abrangente da realidade, através do olhar e sentir dos utentes.

1.2. Objetivos

O presente estudo pretende conhecer o olhar dos utentes sobre as continuidades e as transformações que ocorreram nas respostas ao nível do tratamento dos comportamentos aditivos e dependências:

Conhecer a forma como os utentes se relacionam com os serviços, nomeadamente com a equipa técnica e a organização dos cuidados

Compreender os aspetos que os utentes mais valorizam no seu processo de tratamento

Identificar as dificuldades que encontram na interação com os serviços

Perceber as expectativas face ao futuro, quer dos comportamentos aditivos quer dos serviços

1.3. Seleção dos Grupos-Alvo

Foram dinamizados dois Grupos de Discussão Focalizada (GDF) junto de utentes que se encontravam em processo de tratamento. Um dos grupos encontrava-se integrado num projeto de Tratamento cofinanciado no âmbito do PORI (Projeto Sorrir – Barcelos), e o outro grupo foi dinamizado junto de utentes que integravam uma das Equipas de Tratamento mais antigas do país (ET de Cedofeita/CRI Porto Central).

Para a seleção dos participantes dos GDF as respetivas equipas técnicas divulgaram esta iniciativa junto dos utentes, e identificaram os participantes com interesse em colaborar.

As questões éticas foram acauteladas. Cada participante procedeu à assinatura do Consentimento Informado, garantindo a confidencialidade de toda a informação partilhada, e preencheu um breve questionário sociodemográfico.

Constituíram-se dois grupos, um grupo com 13 elementos e um segundo grupo com 11 participantes. Estes grupos apresentaram características bastante heterogéneas no que concerne ao género, idade, práticas de consumo de substâncias psicoativas e de outros comportamentos aditivos, à duração do processo de tratamento e ao programa de tratamento que integravam. Todos os utentes se encontravam em processo de tratamento.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS

2.1. Grupo I

A sessão foi dinamizada com 13 participantes (6 mulheres e 7 homens), entre os 28 e os 62 anos, todos residentes no concelho de Barcelos.

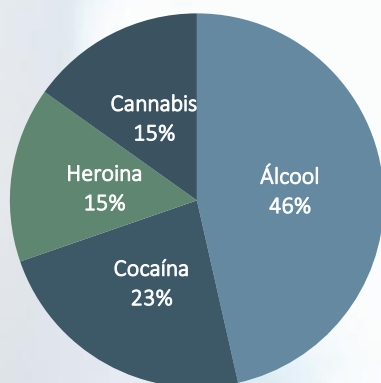
Ao nível da sua **escolaridade**, 46% dos utentes concluíram o 12º ano, 31% dos utentes concluíram o 9º ano e 23% dos utentes tinham realizado o 6º ano.

A **nível profissional**, 54% dos utentes encontravam-se desempregados, 38% encontravam-se empregados e 8% dos utentes já se encontrava reformado. Face à residência, 85% encontrava-se a residir com familiares e 15% residia sozinho em quarto de pensão em situação de sem casa.

A **média de idade de início dos consumos** é de 25 anos (no intervalo entre os 14 e os 44 anos). Encontram-se em tratamento há 9 anos em média (no intervalo entre 2 meses e os 20 anos).

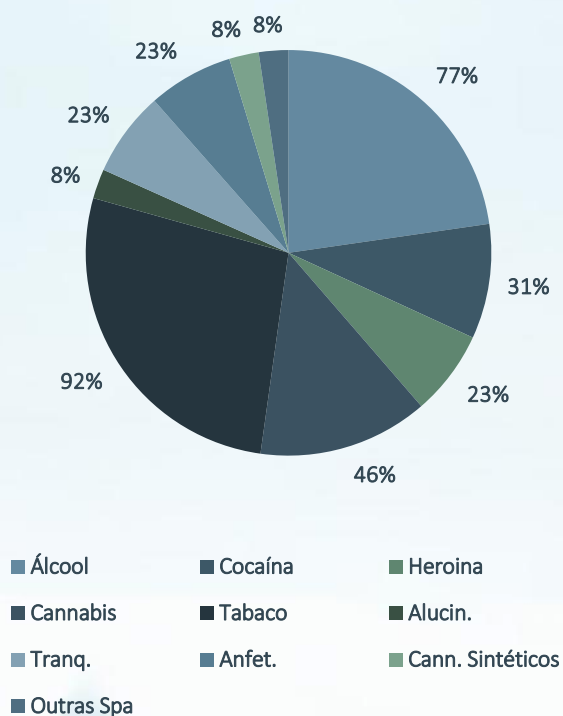
Relativamente ao **programa de tratamento**, 47% encontrava-se em acompanhamento psicológico e acompanhamento psiquiátrico, 38% apenas se encontrava a realizar acompanhamento psicológico e 15% encontrava-se integrado em programa de substituição opiácea com Metadona (implicando acompanhamento médico e psicológico).

Figura 1 - Substância principal de consumo que motivou a procura de tratamento



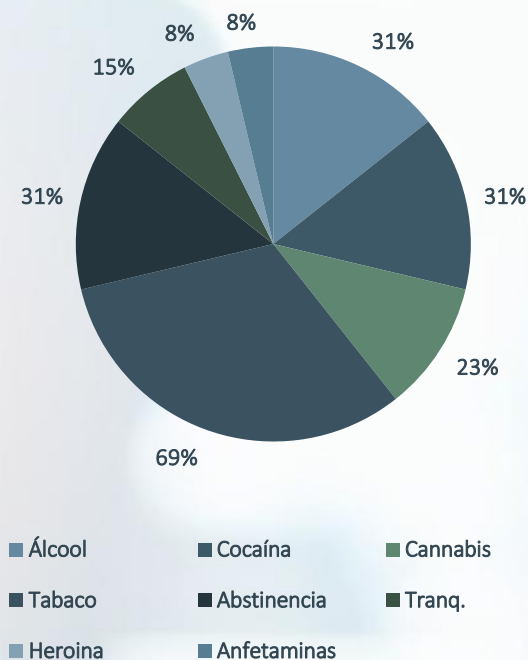
Ao nível da substância principal que motivou a procura de tratamento, o álcool destacou-se como a mais prevalente à data de admissão (46%, dos quais 31% do género feminino). Seguiu-se a cocaína (23%, constituída exclusivamente por homens), enquanto a heroína e a cannabis registaram 15% cada (a primeira consumida unicamente por mulheres e a segunda distribuída por ambos os géneros).

Figura 2 – Consumo ao longo da vida



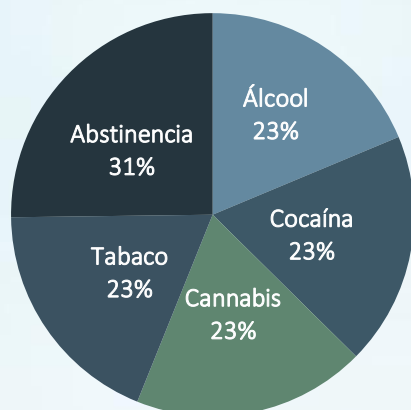
Pela análise dos dados relativos ao consumo ao longo da vida revela que o tabaco foi a substância mais experimentada (92%), seguida pelo álcool (77%) e pela cannabis (46%). A cocaína registou uma prevalência de 31%, ao passo que as anfetaminas, tranquilizantes e heroína foram reportados por 23% dos utentes. Por fim, 8% da amostra declarou consumo de alucinogénios, cannabinoides sintéticos e outras substâncias psicoativas.

Figura 3 – Consumo nos últimos 12 meses



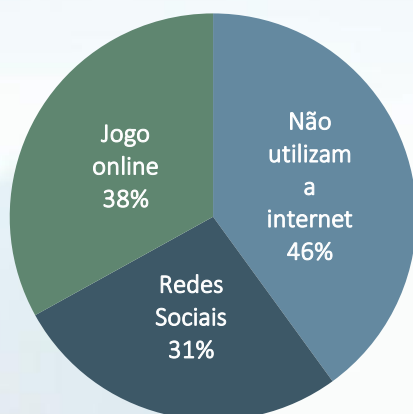
Face ao consumo nos últimos 12 meses, 31% dos utentes encontravam-se abstinentes de todas as substâncias. Entre os utentes com consumo ativo no último ano, o tabaco foi a substância mais prevalente (69%), seguido pelo álcool e pela cocaína (31% cada). Registaram-se ainda consumos de cannabis (23%), tranquilizantes (15%), heroína (8%) e anfetaminas (8%).

Figura 4 – Consumo nos últimos 30 dias



Relativamente ao consumo recente (últimos 30 dias), 31% dos utentes encontravam-se abstinentes de qualquer substância, enquanto 23% relataram ter consumido concomitantemente tabaco, álcool, cannabis e cocaína no último mês.

Figura 5 – Tempo de utilização da Internet



Quanto ao tempo de utilização da internet, quase metade dos utentes (46%) declarou não utilizar. Em contrapartida, 31% referiram utilizar as redes sociais, dividindo-se em dois grupos iguais: 50% destes utilizavam-nas em média 1 hora por dia (tanto em dias úteis como ao fim de semana) e os restantes 50% registavam uma utilização diária de 4 a 5 horas. Relativamente ao jogo online, 38% dos utentes (todos do género feminino) reportaram jogar no telemóvel até 1 hora por dia.

2.2. Grupo II

A sessão foi realizada com 11 elementos (3 mulheres e 8 homens), entre os 44 e os 66 anos, a maioria residentes no concelho do Porto, e um dos utentes encontrava-se a residir no concelho de Penafiel.

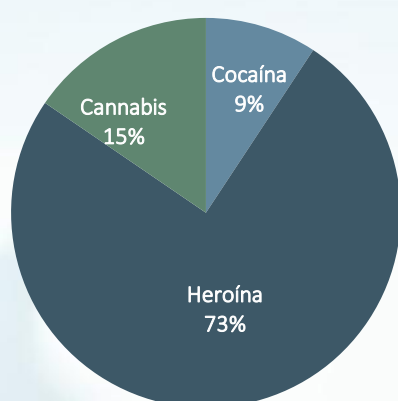
Ao **nível da sua escolaridade**, 41% utentes concluíram o 9º ano, 27% utentes concluíram o 12º ano, 14% dos utentes concluiu o 11º ano, 9% dos utentes concluiu o 4º ano e 9% dos utentes possuía apenas o 2º ano.

A **nível profissional**, 82% dos utentes encontravam-se desempregados, 9% em situação laboral ativa e 9% reformado. Face à residência, 55% dos utentes encontrava-se a residir em quarto de pensão em situação de sem casa e 45% encontrava-se a residir com familiares.

A **média de idade de início dos consumos** deste grupo é de 21 anos (no intervalo entre os 14 e os 30 anos) e encontram-se em tratamento, em média, há 16 anos (no intervalo entre 12 meses e os 34 anos).

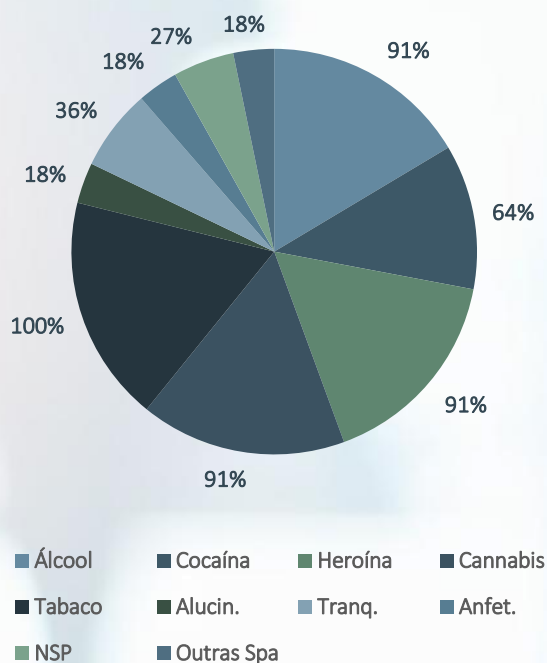
Relativamente ao **programa de tratamento**, 55% encontrava-se integrado em programa de substituição opiácea com Metadona (implicando acompanhamento médico e psicológico), 36% encontrava-se em acompanhamento psicológico e acompanhamento psiquiátrico (farmacológico) e 9% encontrava-se integrado em programa de substituição opiácea com Buprenorfina (implicando acompanhamento médico e psicológico).

Figura 6 – Substância principal de consumo que motivou a procura de tratamento



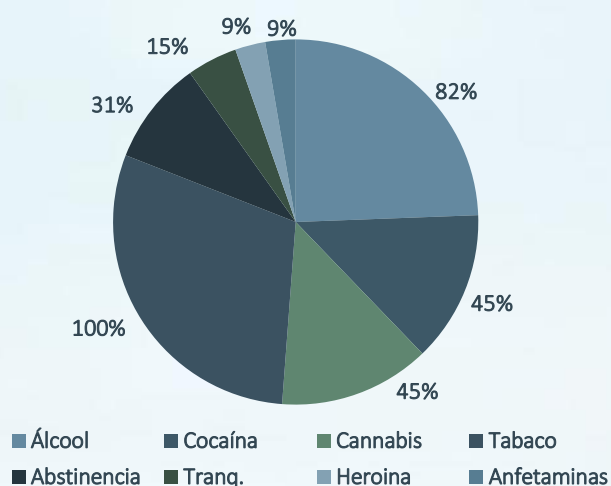
Ao nível da substância principal que motivou a procura de tratamento à data de admissão, a heroína destacou-se como a mais prevalente (73%, constituída exclusivamente por utentes do género masculino). Seguiu-se o álcool (18%, representado na totalidade pelo género feminino) e, por fim, a cocaína, consumida por 9% da amostra.

Figura 7 – Consumo ao longo da vida



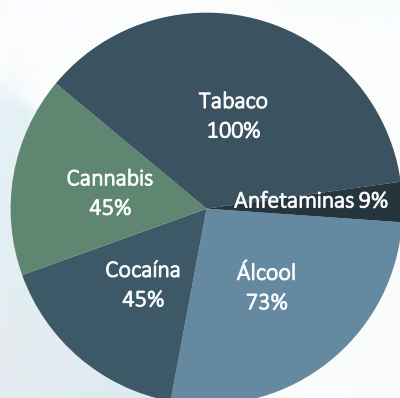
A análise dos dados relativos ao consumo ao longo da vida revela uma prevalência de 100% para o tabaco, seguida pelo álcool, cannabis e heroína, com 91% cada. A cocaína foi reportada por 64% dos utentes e os tranquilizantes por 36%. Por fim, 27% dos utentes declararam ter experimentado Novas Substâncias Psicoativas (NSP), enquanto as anfetaminas, alucinogénios e outras substâncias psicoativas registaram uma prevalência de 18% cada.

Figura 8 - Consumo nos últimos 12 meses



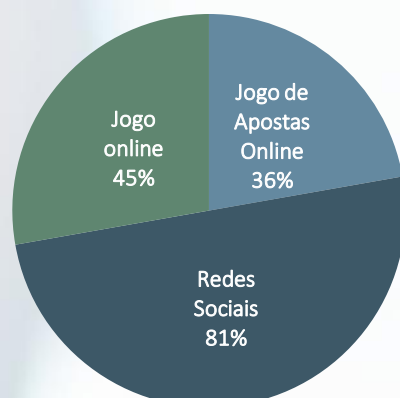
Relativamente ao consumo nos últimos 12 meses, a totalidade dos utentes (100%) reportou ter consumido tabaco. O álcool foi a segunda substância mais prevalente (82%), seguido pela cannabis e pela cocaína (45% cada). Registaram-se ainda consumos de tranquilizantes (15%), bem como de anfetaminas e heroína (9% cada).

Figura 9 - Consumo nos últimos 30 dias



No que concerne ao consumo recente (últimos 30 dias), a totalidade dos utentes (100%) reportou ter consumido tabaco. Destacam-se ainda o álcool (73%), a cannabis e a cocaína (45% cada), registando-se o consumo de anfetaminas em 9% da amostra.

Figura 10 – Tempo de utilização da Internet



Quanto à utilização da internet, a grande maioria dos utentes (81%) reportou utilizar as redes sociais, apresentando diferentes níveis de frequência diária: 37% utilizavam-nas em média 1 hora por dia, 25% entre 2 a 3 horas e 37% registavam um uso intensivo de 6 ou mais horas diárias (padrões mantidos quer em dias úteis, quer ao fim de semana). Além disso, 45% dos utentes referiram jogar online no telemóvel durante 6 ou mais horas por dia e 36% realizavam apostas online com essa mesma frequência intensiva. Destaca-se que, apesar destes elevados níveis de utilização, apenas 9% dos utentes identificaram problemas associados ao uso problemático da internet e do jogo (digital e de apostas).

3. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

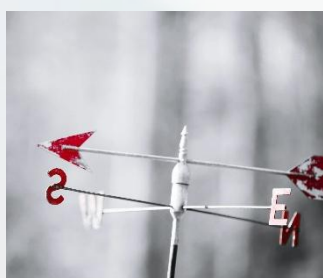
Os GDF foram realizados entre novembro de 2024 e junho de 2025, nas instalações do Projeto Sorrir e da Equipa de Tratamento de Cedofeita (CRI Porto Central). Os grupos tiveram a duração de 1h30m e 2h, respetivamente.

Previamente foi enviado a cada participante o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (cf., Anexo 1), garantindo que toda a informação cedida serviria apenas para fins de investigação.

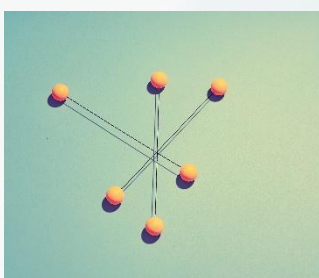
No início das sessões os participantes preencheram um breve questionário sociodemográfico (cf., Anexo 2). As questões que integraram o questionário permitiram a caracterização dos/as participantes dos GDF, nas dimensões que se revelaram significativas para o presente estudo.

A sessão foi gravada para posterior análise do conteúdo, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

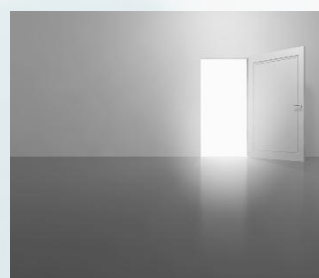
O grupo foi orientado por um guião organizado em torno das seguintes dimensões:



Continuidades e mudanças nas Unidades de Tratamento
(dimensão individual e social)



Implicações no processo de tratamento
(acolhimento, equipa multidisciplinar, programa terapêutico e processo terapêutico)



O futuro dos CAD e das UIL/CAD

3.1. Guião para realização dos Grupos de Discussão Focalizada

CATEGORIAS EM ANÁLISE	DIMENSÕES ESPECÍFICAS DE ANÁLISE	QUESTÕES
Continuidades e Mudanças nas Unidades de Tratamento	- Acesso - Na interação com o serviço - Adequabilidade das respostas	Gostaria de ter acesso ao vosso olhar sobre... - O que se tem mantido e o que tem mudado na Unidade em que se encontram a realizar tratamento - Facilidade no acesso - Como avaliam a comunicação com os serviços - Satisfação com os cuidados de saúde que recebem
Continuidades e Mudanças (dimensão individual)	- Perceção do comportamento individual dos próprios - Impacto na forma como interagem	O que se tem mantido e o que tem mudado na forma como interagem com os serviços
Continuidades e Mudanças (dimensão familiar)	Perceção do comportamento das suas famílias	O que se tem mantido e o que tem mudado na forma como as vossas famílias interagem com os serviços (existem respostas para os familiares; como veem essa possibilidade)
Implicações no Processo de Tratamento (Acolhimento)	- Perceção acerca da organização do serviço - Sentir do utente	- Como avaliam a forma como foram acolhidos no serviço (Consentimento informado, rastreios (quais e devolução dos resultados), triagem – 1º contacto (nº. elementos presentes)) - Pontos fortes e pontos fracos - Sugestões de mudança
Implicações no Processo de Tratamento (Processo Terapêutico)	Perceção acerca da evolução terapêutica	- O que mais valorizam no vosso processo terapêutico - Pontos fortes e pontos fracos - Sugestões de mudança
Implicações no Processo de Tratamento (Programa de Tratamento)	- Conhecimento dos programas disponíveis - Conhecimento das modalidades de Tratamento disponíveis	- Como avaliam a oferta ao nível dos programas de tratamento - Pertinência das modalidades de tratamento disponíveis - Pontos fortes e pontos fracos - Sugestões de mudança
Implicações no Processo de Tratamento (Equipa Técnica Multidisciplinar)	- Adequação da oferta terapêutica - Perceção da intervenção dos diferentes técnicos - Perceção da interação com a equipa técnica	- Como avaliam a intervenção terapêutica (regularidade, relação, continuidade) - Como avaliam as valências disponíveis no serviço - A forma como interagem com a equipa técnica - Como a equipa interage convosco - Interação entre a equipa e impacto no acompanhamento terapêutico - Facilidade no contacto - Pontos fortes e pontos fracos - Sugestões de mudança
O futuro dos CAD e das UIL/CAD	- Perspetiva de evolução dos CAD - Perspetiva de evolução das respostas de tratamento	- Como imaginam os CAD no futuro - Como imaginam as Unidades de Tratamento no futuro - Potencialidades - Sugestões de mudança

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS POR CATEGORIAS E DIMENSÕES

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Estes GDF pretenderam dar resposta às 3 seguintes questões:

- (1) O que se tem mantido e o que tem mudado na Unidade/Projeto em que se encontram a realizar tratamento?
- (2) Qual a satisfação com os cuidados de saúde que recebem?
- (3) Como imaginam o futuro dos CAD e das UIL/CAD?

Da análise de conteúdo dos diálogos produzidos pelos elementos dos dois grupos, agrupadas em 3 categorias ((1) Continuidades e Mudanças nas Unidades de Tratamento, (2) Implicações no Processo de Tratamento e o (3) Futuro dos CAD e das UILCAD, salienta-se as seguintes dimensões:

4.1. Continuidades e Mudanças nas Unidades de Tratamento

ACESSO

Alguns utentes referiram que no passado (anos 80 e 90) existia um elevado tempo de espera para iniciar tratamento e longos períodos sem consultas devido a longas listas de espera, realidade que se alterou por completo referindo que atualmente o acesso é muito fácil e célere.

Consideraram que no passado a existência de poucos recursos locais (respostas de tratamento em regime ambulatorio e outras respostas ao nível da formação/emprego) dificultou o seu processo de tratamento, obrigando-os a integrar outras respostas de tratamento, como as Comunidades Terapêuticas, obrigando-os a afastarem-se do seu contexto natural de vida.

INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO

Os utentes reportaram sentir-se atualmente mais informados sobre todo o processo de tratamento, sublinhando a proximidade e o papel dos profissionais de saúde: *“Os técnicos falam mais connosco sobre tudo e também sobre os riscos e cuidados que temos de ter com as drogas”*.

Adicionalmente, destacaram o grande desconhecimento que existia no passado relativamente ao impacto do consumo de substâncias, em particular durante a gravidez e no pós-parto (amamentação).

DIMENSÃO FAMILIAR

Referiram que no passado existiam mais respostas de apoio junto dos familiares nas Unidades.

Uma utente apontou como aspeto positivo o facto de a filha ter sido acompanhada ao nível psicológico, a seu pedido, pela equipa onde esteve inserida no passado, salientando que a Unidade que integra atualmente não dispõe dessa valência. No entanto salienta que, embora tenha sido importante a disponibilização de apoio psicológico junto da filha adolescente, recorda como não tendo sido uma boa experiência para a mesma ter sido atendida nas instalações da Equipa de Tratamento onde a mãe estava a ser acompanhada.

Salientaram também a importância de retomar a dinamização de espaços de apoio para os familiares, de forma a ajudarem as famílias a lidar com as dificuldades que os utentes enfrentam ao longo do processo de tratamento.

PROGRAMA TERAPÉUTICO

Apontaram a flexibilização do Programa de Tratamento com Cloridrato de Metadona ao longo do tempo como um fator de grande importância ao nível da sua autonomia e integração profissional.

Salientaram a necessidade de disporem de espaços terapêuticos de partilha com pares (grupos de apoio e/ou terapêuticos) como já existiram no passado em algumas Unidades.

REFERENCIAÇÃO:

Os participantes assinalaram que, no passado, os médicos de família demonstravam menor sensibilidade para a referenciação para unidades especializadas em Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD). Esta fragilidade na deteção precoce surge ilustrada pelo testemunho de um utente: *“O meu médico de família recusou durante três anos encaminhar-me para a ET, só me encaminhou quando as análises apresentaram alterações graves”*.

REINSERÇÃO SOCIAL

Apontaram a importância de poderem ter acesso atualmente a atividades ocupacionais (manualidades, cozinha, voluntariado), como forma de aumentar o contacto social e prevenir o isolamento, maior ocupação e aprendizagem. Referiram que o acesso hoje é mais facilitado, mas ainda é insuficiente.



Necessidades

- RECURSOS LOCAIS (AO NÍVEL DA SAÚDE E DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL)
- RECURSOS TERAPÊUTICOS NA UNIDADE/PROJETO (INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM GRUPO, INTERVENÇÃO FAMILIAR)
- MAIOR INTEGRAÇÃO DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE TRATAMENTO
- ACESSO A ATIVIDADES LÚDICAS E OCUPACIONAIS

Mudanças

- MAIOR CONHECIMENTO FACE AO PROCESSO DE TRATAMENTO
- MENOR TEMPO DE ESPERA PARA ACESSO ÀS UNIDADES DE TRATAMENTO
- MAIOR FLEXIBILIZAÇÃO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO COM CLORIDRATO DE METADONA

4.2. Implicações no Processo de Tratamento

- Aspetos positivos

ACESSO

Referiram a importância de terem uma resposta acessível e de proximidade.

ACOLHIMENTO

Apontaram a elevada facilidade na admissão ao serviço, tendo sido atendidos pelos profissionais individualmente, passando por todas as valências ao longo do 1º mês, como fator determinante para o seu sentimento de pertença e de integração nos serviços.

EQUIPA TÉCNICA

Salientaram a mais-valia de terem contacto com uma equipa técnica multidisciplinar, valorizando a experiência dos profissionais e a manutenção dos mesmos ao longo do tempo. Valorizam a boa relação com as equipas técnicas de uma forma geral. Reforçam a importância do suporte da equipa principalmente na fase inicial do processo de tratamento.

Um dos grupos valorizou muito a relação com a equipa médica muito experiente.

RASTREIOS

Referiram realizar rastreios e análises anualmente, sempre de forma informada e com devolução dos resultados. Sentindo-se muito cuidados e vigiados a este nível.

PROGRAMA TERAPÊUTICO

Apontaram a flexibilização do Programa de Tratamento com Cloridrato de Metadona como um fator muito importante ao nível da sua autonomia e integração profissional.

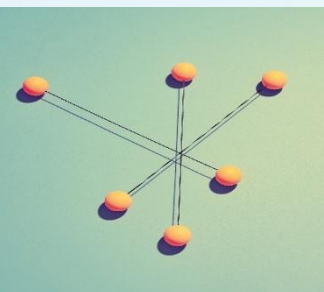
Um dos utentes valorizou o trabalho terapêutico que realizou em Comunidade Terapêutica, reforçando a importância de se afastar do contexto natural de vida.

REFERENCIAÇÃO

Os utentes destacaram a celeridade e facilidade no processo de referenciação a partir de outros serviços para as respostas de tratamento ambulatorio, nomeadamente as Equipas de Tratamento (ET) e Projetos de Tratamento, como um fator determinante para o sucesso do

processo. A relevância deste acesso atempado foi ilustrada por um dos participantes: *“Sabemos como é importante a pessoa ter ajuda naquele*

momento; se tem de esperar meses, muitas vezes desiste de se tratar”.



Equipa técnica

- EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
- EQUIPA MÉDICA EXPERIENTE E ESTÁVEL
- APOIO DA EQUIPA TÉCNICA CONSIDERADO COMO FUNDAMENTAL NO SUPORTE PRINCIPALMENTE NA FASE INICIAL DO PROCESSO DE TRATAMENTO
- SENTEM-SE CUIDADOS E INFORMADOS ACERCA DE TODO O PROCESSO

Acessibilidade e Referenciação

- RESPOSTA ACESSÍVEL E DE PROXIMIDADE ÀS UNIDADES DE TRATAMENTO EM REGIME AMBULATORIO
- FACILIDADE NA REFERENCIAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE TRATAMENTO
- ACOLHIMENTO EFETUADO POR TODAS AS VALÊNCIAS
- FLEXIBILIZAÇÃO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO COM CLORIDRATO DE MTD

• Aspetos negativos

ACESSO

Referiram tempos longos de espera no acesso a internamento em Unidades de Desabilitação (especialmente para os problemas ligados ao álcool) apontado como um fator de difícil gestão, gerando desmotivação na paragem dos consumos.

APOIO FINANCEIRO

Salientaram apoio insuficiente para integração em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, abordando dificuldade no apoio por parte da segurança social nomeadamente no que diz respeito ao dinheiro de bolso para tabaco e para o tratamento farmacológico.

EQUIPA TÉCNICA

Apontaram a inexperiência e instabilidade das equipas técnicas, grande rotatividade da equipa técnica (médicos e psicólogos), como o fator que dificulta o estabelecimento de uma relação

terapêutica e a adesão ao acompanhamento psicoterapêutico.

DIMENSÃO FAMILIAR

Os participantes reforçaram o baixo envolvimento da família no processo terapêutico como um fator manifestamente negativo. A importância do suporte familiar e o impacto da incompreensão surgem evidenciados no relato de um utente: *“Eles muitas vezes não percebem o que se passa connosco e não nos aceitam, e isso não ajuda quando nos queremos tratar”*.

REFERENCIAÇÃO

Um dos grupos salientou os constrangimentos na referenciação das Unidades Interdisciplinares de Licenciamento / Unidades Locais (UIL-CAD) para os cuidados de saúde hospitalares. O impacto desta barreira burocrática e da morosidade do processo surge ilustrado no depoimento de um participante: *“Temos que levar uma carta do*

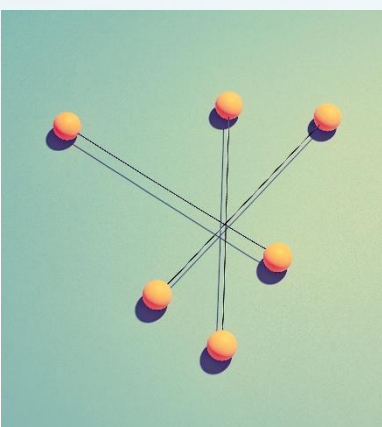
nosso médico e ir entregar nos serviços hospitalares e ficar à espera meses”.

REINSERÇÃO SOCIAL

Os participantes valorizaram a relevância da reintegração familiar e social após a alta da Comunidade Terapêutica (CT), identificando-a como uma etapa crítica para a manutenção dos

ganhos terapêuticos. A necessidade de um suporte estruturado e de um ambiente recetivo surge refletida no testemunho de um utente: *“Se não forem criadas as condições necessárias, a pessoa volta a casa e volta ao mesmo”.*

Alguns utentes referiram ainda dificuldade de integração em cursos de formação profissional devido à fraca oferta formativa a que têm acesso.



Equipa técnica

- PSICÓLOGOS POUCO EXPERIENTES E QUE NÃO PERMANECEM MUITO TEMPO NA EQUIPA
- EQUIPA MÉDICA INSTÁVEL COM GRANDE ROTATIVIDADE

Acessibilidade e Referenciação

- LONGOS TEMPOS DE ESPERA PARA INTEGRAÇÃO EM UD E CT
- DIFICULDADE NA REFERENCIAÇÃO PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

Envolvimento dos familiares

- BAIXO ENVOLVIMENTO DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE TRATAMENTO

Reinserção

- APOIO FINANCEIRO INSUFICIENTE
- DIFICULDADE DE INTEGRAÇÃO EM CURSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
- MEDIDAS DE REINSERÇÃO SOCIAL PÓS ALTA APÓS INTEGRAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA

4.3. Futuro dos CAD e das UIL-CAD

MEDIDAS INFORMATIVAS/ PREVENTIVAS:

Ambos os grupos reforçaram a urgência de sensibilizar os jovens para os riscos associados aos comportamentos aditivos, destacando a necessidade de desenvolver intervenções integradas no meio escolar e familiar. A importância da capacitação dos encarregados de educação surge evidenciada no relato de um participante: *“É necessário que as famílias estejam informadas para poderem ajudar os filhos”.*

ACESSO:

Sugeriram o reforço das respostas ao nível das Unidades de Desabituação e das Comunidades Terapêuticas de forma a permitir um acesso mais rápido a respostas em regime de internamento.

EQUIPA TÉCNICA:

Consideraram fundamental a robustez das equipas técnicas, contando com mais profissionais, mais experientes e que se mantenham de forma estável nas equipas.

PROGRAMAS TRATAMENTO:

Apontaram para a importância do reforço das respostas terapêuticas de forma a abranger diferentes perfis ao nível dos CAD, nomeadamente ao nível da dependência do jogo a dinheiro/apostas e à internet (redes sociais), do consumo de álcool e cannabis e das novas formas de consumo de substâncias psicoativas.

Salientaram a necessidade de investimento por parte das equipas em espaços terapêuticos promotores da partilha com pares, através do desenvolvimento de grupos de apoio e/ou terapêuticos.

Reforçaram a importância de implementar espaços de apoio a familiares, de forma a promover suporte e informação, promovendo assim uma maior compreensão e acompanhamento do utente ao longo do processo terapêutico.

APOIO FINANCEIRO:

Consideraram fundamental as equipas poderem suprir as necessidades básicas (casa, contas, medicação, alimentação). Reforçando a importância da autonomia dos serviços especializados em CAD na atribuição de verbas para medicamentos, alimentação, entre outros.

REINSERÇÃO SOCIAL:

Os participantes manifestaram interesse no acesso futuro a atividades ocupacionais mais diversificadas, como a modelagem em barro ou a fotografia, sublinhando a relevância da criação de espaços vocacionados para a aprendizagem e ocupação dos tempos livres. A valorização destas dinâmicas enquanto estratégia de reabilitação e ocupação estruturada surge ilustrada no depoimento de um utente: *“Para ocuparmos a cabeça e aprendermos coisas úteis”*.



Prevenção

- ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS JUNTO DOS MAIS JOVENS (EM MEIO ESCOLAR E JUNTO DAS FAMÍLIAS).
- IDENTIFICAM O CONSUMO DE ÁLCOOL E CANNABIS E DAS NSP E OS PROBLEMAS LIGADOS AO JOGO DE APOSTAS E À INTERNET (REDES SOCIAIS) COMO POTENCIALMENTE PROBLEMÁTICOS NO FUTURO.

Tratamento

- REFORÇO DAS EQUIPAS TÉCNICAS
- SERVIÇOS COM MAIS VALÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM GRUPO E DE APOIO AOS FAMILIARES.
- NOVAS RESPOSTAS PARA OS PROBLEMAS ADITIVOS (NOMEADAMENTE ÁLCOOL, CANNABIS E NSP E JOGO A DINHEIRO/APOSTAS E REDES SOCIAIS)
- REFORÇO NA REDUÇÃO DO TEMPO DE INTEGRAÇÃO EM UD E CT.

Reinserção

- SERVIÇOS COM MAIS VALÊNCIAS NOMEADAMENTE OCUPACIONAIS.
- AUTONOMIA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM CAD NA ATRIBUIÇÃO DE VERBAS PARA SUPRIR AS NECESSIDADES BÁSICAS.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

OS PARTICIPANTES REFERIRAM COMO PRINCIPAIS MUDANÇAS A EVOLUÇÃO NO ACESSO AO CONHECIMENTO SOBRE OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS, A MAIOR ACESSIBILIDADE A RESPOSTAS DE TRATAMENTO EM REGIME AMBULATÓRIO, COM TEMPOS DE ESPERA MAIS CURTOS, O ENVOVIMENTO DOS PRÓPRIOS EM TODO O PROCESSO DE TRATAMENTO, SENTINDO-SE MAIS ACOLHIDOS, MAIS INFORMADOS E MAIS ACOMPANHADOS AO LONGO DO SEU PROCESSO DE TRATAMENTO. A FLEXIBILIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA COM CLORIDRATO DE METADONA FOI AMPLAMENTE IDENTIFICADA COMO UM DOS PRINCIPAIS FATORES DE SATISFAÇÃO FACE AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM CAD.

NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO VALORIZARAM O CONTACTO COM TODA A EQUIPA, DE UMA FORMA FASEADA AO LONGO DO 1º MÊS DE INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO, E TODOS OS CUIDADOS AO NÍVEL DA AVALIAÇÃO DO SEU ESTADO DE SAÚDE, ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE ANÁLISES E RASTREIOS DE FORMA CONSENTIDA E COM ACESSO A TODA A INFORMAÇÃO DE QUE NECESSITAVAM.

A QUALIDADE NA **RELAÇÃO COM A EQUIPA TÉCNICA** FOI REFERIDA COMO SENDO FUNDAMENTAL EM TODO O PROCESSO, MAS ESPECIALMENTE NA FASE INICIAL DE TRATAMENTO. REFERIRAM SENTIREM-SE PRÓXIMOS E CUIDADOS PELAS EQUIPAS, AVALIANDO COMO MUITO FÁCIL O ACESSO E A INTERAÇÃO COM O SERVIÇO. VALORIZARAM AINDA DE FORMA UNÂNIME A EXPERIÊNCIA E A MANUTENÇÃO DA MESMA EQUIPA TÉCNICA COMO FATORES FUNDAMENTAIS NA ADESAO ÀS RESPOSTAS TERAPÊUTICAS.

SALIENTARAM SENTIR NECESSIDADE DE MAIOR DIVERSIDADE AO NÍVEL DAS **MODALIDADES TERAPÊUTICAS** COMO RESPOSTAS DE INTERVENÇÃO EM GRUPO E ATIVIDADES LÚDICAS E OCUPACIONAIS, REFORÇANDO AINDA A NECESSIDADE DE DISPONER DE MAIS RESPOSTAS TERAPÊUTICAS JUNTO DOS FAMILIARES.

REFERIRAM DIFICULDADE NO ACESSO A RESPOSTAS AO NÍVEL DO **INTERNAMENTO** EM UNIDADES DE DESABITUAÇÃO E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS CONSIDERANDO QUE OS LONGOS TEMPOS DE ESPERA E A FALTA DE APOIO MONETÁRIO PARA SUPRIR ALGUMAS NECESSIDADES NO PERÍODO DE INTERNAMENTO (DINHEIRO DE BOLSO) SÃO FATORES QUE DIFICULTAM A MOTIVAÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DO PROCESSO DE TRATAMENTO.

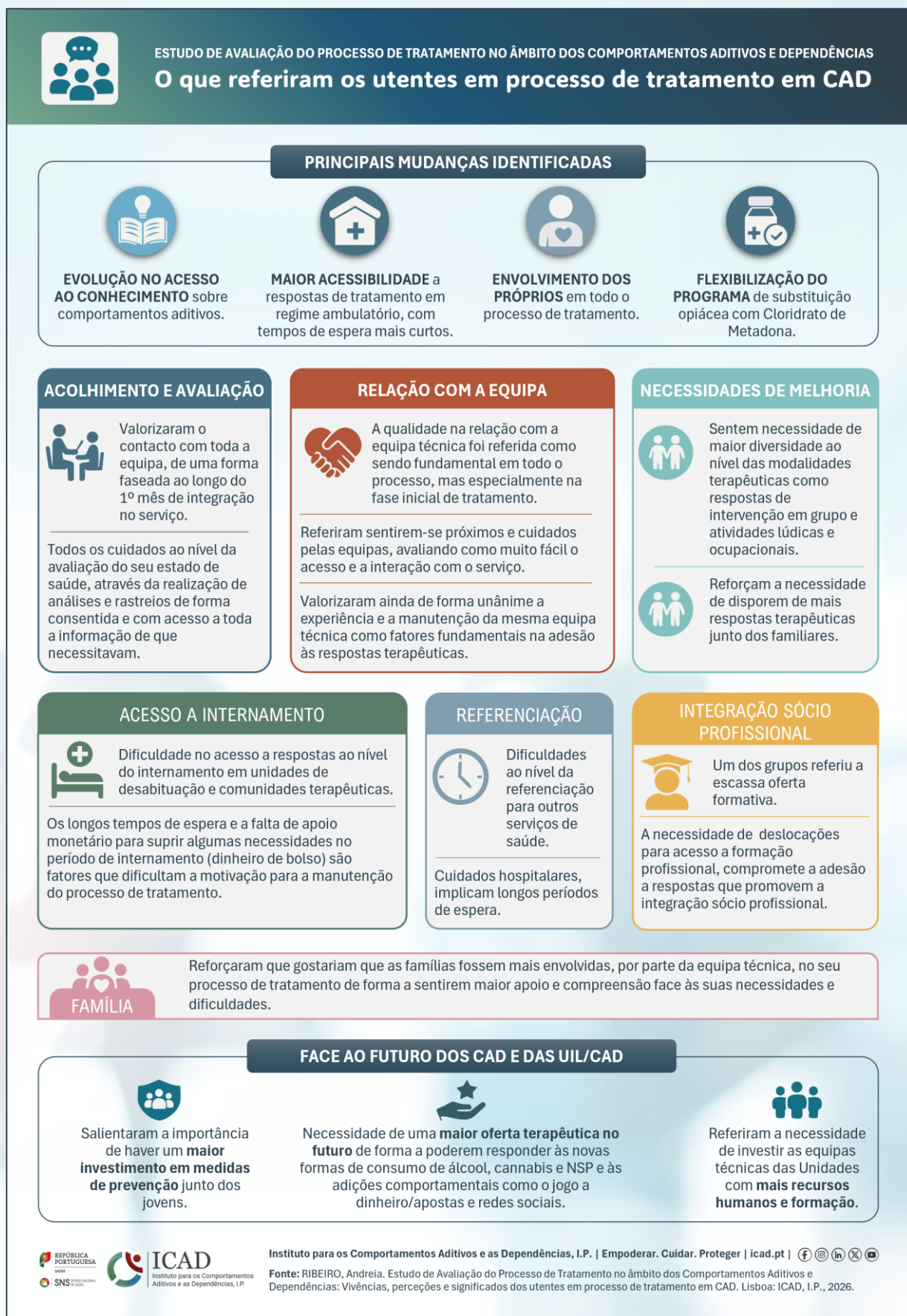
SALIENTARAM AINDA DIFICULDADES AO NÍVEL DA **REFERENCIAÇÃO PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE**, NOMEADAMENTE PARA OS CUIDADOS HOSPITALARES, IMPLICANDO LONGOS PERÍODOS DE ESPERA.

UM DOS GRUPOS REFERIU A ESCASSA **OFERTA FORMATIVA** IMPLICANDO DESLOCAÇÕES PARA ACESSO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL, COMO FATOR QUE COMPROMETE A ADESAO A RESPOSTAS QUE PROMOVEM A INTEGRAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL.

REFORÇARAM QUE GOSTARIAM QUE AS **FAMÍLIAS** FOSSEM MAIS ENVOLVIDAS, POR PARTE DA EQUIPA TÉCNICA, NO SEU PROCESSO DE TRATAMENTO DE FORMA A SENTIREM MAIOR APOIO E COMPREENSÃO FACE ÀS SUAS NECESSIDADES E DIFICULDADES.

FACE AO **FUTURO DOS CAD E DAS UIL/CAD** SALIENTARAM A IMPORTÂNCIA DE HAVER UM MAIOR INVESTIMENTO EM MEDIDAS DE PREVENÇÃO JUNTO DOS JOVENS, REFERIRAM A NECESSIDADE DE INVESTIR AS EQUIPAS TÉCNICAS DAS UNIDADES COM MAIS RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO E INTUEM A NECESSIDADE DE UMA MAIOR OFERTA TERAPÊUTICA NO FUTURO DE FORMA A PODEREM RESPONDER ÀS NOVAS FORMAS DE CONSUMO DE ÁLCOOL, CANNABIS E NSP E ÀS ADIÇÕES COMPORTAMENTAIS COMO O JOGO A DINHEIRO/APOSTAS E REDES SOCIAIS.

Figura 11 – Perceções sobre o Processo de Tratamento no âmbito dos CAD



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salientamos a riqueza, a qualidade e o envolvimento dos/as participantes nas discussões realizadas em grupo. Revelaram-se muito motivados e colaborantes ao longo das sessões, valorizando a importância de momentos com este, de partilha, sentindo-se ouvidos e valorizados. Pretendeu-se com esta metodologia que os utentes assumissem o protagonismo das suas histórias e vivências, promovendo para isso um espaço de segurança, partilha e respeito.

Constatamos que apesar de os dois grupos apresentarem características ligeiramente diferentes ao nível da sua caracterização, um dos grupos encontrava-se claramente mais integrado socialmente, com menos anos de problema aditivo e maior retaguarda familiar, o seu olhar foi claramente convergente em quase todos os aspetos que passaremos a salientar.

Os resultados realçam a relevância da relação estabelecida com a equipa técnica, na dimensão emocional e relacional, ao longo de todo o processo de tratamento. O facto de se sentirem cuidados e acompanhados é valorizado como sendo fundamental para o sucesso do processo de terapêutico, colocando a aliança terapêutica como o motor para a mudança. Reforçando a ideia de que a adesão terapêutica e consequentemente o sucesso terapêutico depende em grande medida da qualidade do vínculo relacional que é estabelecido.

A acessibilidade, quer no tempo de resposta quer nas condições de acesso, é apontada como fator de grande importância na mobilização e adesão ao processo de tratamento. A acessibilidade é frequentemente o primeiro grande desafio que um utente enfrenta ao decidir procurar ajuda. Tendo em conta que quando um indivíduo em situação de dependência manifesta vontade de procurar ajuda, existe uma janela de oportunidade terapêutica que é extremamente sensível ao tempo, se o sistema falha na resposta imediata, essa motivação poderá dissipar-se.

A valorização de contextos de intervenção com partilha relacional entre pares, quer no âmbito terapêutico quer ao nível ocupacional e lúdico, de forma a promover a sociabilização e a aprendizagem foi muito enaltecido no processo terapêutico, salientando a importância do "outro" e do grupo como espelho e suporte no processo de tratamento, reforçando a importância da reconstrução de laços sociais saudáveis no processo de recuperação.

Foi reforçada pelos utentes a importância de uma Rede de Referência eficaz na articulação com os cuidados de saúde hospitalares de forma a facilitar o acesso e a integração dos cuidados de saúde especializados. Nos comportamentos aditivos e dependências, onde a comorbilidade física e psiquiátrica é frequente, a articulação entre os cuidados de saúde primários, especializados e hospitalares é

fundamental para que o utente não se perca no sistema de saúde e assegurando que este receba o cuidado certo, no local certo e no tempo certo.

O maior investimento nas equipas técnicas, a diversificação das modalidades terapêuticas e a inovação nas respostas a novos públicos e às novas formas de adição são apontados pelos utentes como pilares fundamentais para responder às necessidades da intervenção nos comportamentos aditivos e dependências. A modernização dos serviços de saúde especializados em CAD deve acompanhar a evolução rápida e complexa desta área, exigindo novas e melhores ferramentas. O investimento e a inovação deverá centrar-se no desenvolvimento de respostas mais acessíveis e mais eficazes, garantindo que ninguém fica fora da rede de cuidados por falta de uma resposta adequada às suas necessidades.

Consideramos que esta metodologia deverá ser investida e integrada nos processos de avaliação dos serviços que prestam cuidados aos doentes ao nível do tratamento dos comportamentos aditivos e dependências, podendo ser complementada e robustecida por uma avaliação estruturada e formalizada com um protocolo de avaliação das intervenções no âmbito do tratamento dos CAD, alicerçada em indicadores-chave como: taxa de adesão e retenção, cumprimento de objetivos terapêuticos, evolução dos comportamentos aditivos, o impacto na saúde, integração social, profissional e na qualidade de vida dos utentes.

7. ANEXOS

Anexo 1

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

(Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²)

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 concordar com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O Grupo de Discussão Focalizada na área do Tratamento pretende dar voz aos cidadãos com comportamentos aditivos e dependências (CAD), que se encontram integrados em Unidades de Tratamento, promovendo espaços de escuta e discussão de forma a sistematizar contributos e sugestões para o planeamento, para a implementação e avaliação de intervenções nesta área de cuidados.

Assim, solicitamos a sua participação num grupo de discussão focalizada com vista a abordar e a pensar as respostas e os cuidados na área do Tratamento dos CAD.

A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer altura sem que tal facto tenha qualquer consequência.

A conversa será gravada, garantindo o anonimato e a confidencialidade das respostas, que serão objeto de análise no seu todo e contribuirão para aumentar o conhecimento nesta área.

Mais se informa que o presente grupo será dinamizado por uma psicóloga clínica que integra a Unidade de Referência e Cuidados Integrados do Departamento Intervenção Integrada do ICAD, I.P. (Andreia Ribeiro), que será responsável pelo tratamento de toda a informação recolhida.

Confidencialidade e anonimato: Será garantido o anonimato, a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente estudo. Para mais esclarecimentos, não hesite em contactar a técnica responsável (Andreia Ribeiro: andreia.ribeiro@icad.min-saude.pt).

Grata pela sua colaboração!

¹http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Assinatura/s:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

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 este estudo e garantindo a confidencialidade e anonimato.

Nome:

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

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado: uma via para a investigadora, outra para a pessoa que consente.

Anexo 2

Dados Sociodemográficos e Questionário Prevalências em CAD

Data: ____/____/____ Local: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Empregado: _____ Desempregado: _____ Reformado: _____

Estado Civil: Solteiro: _____ Casado: _____ Divorciado: _____ Viúvo: _____

Concelho de Residência: _____ Reside com: _____

Substância Principal: _____ Outras Substâncias: _____

CA sem Substância: Jogo de Apostas _____ Videojogos: ____--____ Internet: _____

Tempo de Tratamento na Unidade: _____ Programa de Tratamento Atual: _____

1. Teve algum dos seguintes comportamentos na sua vida, mesmo que apenas uma vez?

	Sim	Não
a) Fumar tabaco	☐	☐
b) Tomar bebidas alcoólicas	☐	☐
c) Consumir cannabis (haxixe/erva...)	☐	☐
d) Consumir anfetaminas/metanfetaminas (pastilhas, MD, mdma, ecstasy...)	☐	☐
e) Consumir cocaína	☐	☐
f) Consumir alucinogénios (LSD, cogumelos mágicos, ...)	☐	☐
g) Consumir Novas Substâncias (substâncias anteriormente adquiridas nas lojas conhecidas como <i>smartshops</i> , como os canabinóides sintéticos, a mefedrona, a salvia divinorum, etc.)	☐	☐
h) Consumir tranquilizantes/sedativos sem receita médica (ex.: diazepam (Valium), flunitrazepam (Rohypnol), lorazepam)	☐	☐
i) Consumir heroína ou outros opiáceos (metadona, ...)	☐	☐
j) Consumir outras substâncias psicoativas ilícitas	☐	☐

2. Em quantas ocasiões teve os seguintes comportamentos **nos últimos 12 meses?**

	Número de Ocasões (Escolha uma opção por linha)						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
a) Fumar tabaco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Tomar bebidas alcoólicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Consumir cannabis (haxixe/erva...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Consumir anfetaminas/metanfetaminas (pastilhas, MD, mdma, ecstasy...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Consumir cocaína	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Consumir alucinogénios (LSD, cogumelos mágicos...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Consumir Novas Substâncias Psicoativas (substâncias anteriormente adquiridas nas lojas conhecidas como <i>smartshops</i>):							
g.1) Canabinóides sintéticos (spice, k2, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g.2) Catinonas sintéticas (bloom, blow, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g.3) Plantas e/ou outras (salvia divinorum, kratom, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) Consumir tranquilizantes/sedativos sem receita médica (ex.: diazepam (Valium), flunitrazepam (Rohypnol), lorazepam)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) Consumir heroína ou outros opiáceos (metadona, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j) Consumir outras substâncias psicoativas ilícitas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Em quantas ocasiões teve os seguintes comportamentos **nos últimos 30 dias?**

	Número de Ocasões (Escolha uma opção por linha)						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
a) Fumar tabaco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Tomar bebidas alcoólicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Consumir cannabis (haxixe/erva...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Consumir anfetaminas/metanfetaminas (pastilhas, MD, mdma, ecstasy...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Consumir cocaína	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Consumir alucinogénios (LSD, cogumelos mágicos, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Consumir Novas Substâncias Psicoativas (substâncias anteriormente adquiridas nas lojas conhecidas como <i>smartshops</i> , como os canabinóides sintéticos, a mefedrona, a salvia divinorum, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) Consumir tranquilizantes/sedativos sem receita médica (ex.: diazepam (Valium), flunitrazepam (Rohypnol), lorazepam)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) Consumir heroína ou outros opiáceos (metadona, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j) Consumir outras substâncias psicoativas ilícitas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Por dia, quanto tempo está ligado à internet:

	De 2ª a 6ª (Escolha uma opção por linha)					Fim de semana (Escolhe uma opção por linha)				
	Nunca	Até 1h	2h-3h	4h-5h	6h ou mais	Nunca	Até 1h	2h-3h	4h-5h	6h ou mais
a) Nas Redes Sociais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Em Jogos online	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Em Jogos de apostas online	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. BIBLIOGRAFIA

- Clark, A. M., Thompson, D. R. (2016). *Five tips for Writing qualitative research in high-impact journals*, *International journal of Qualitative Methods*. Retrieved from: <http://doi.org/10.1177/1609406916641250>
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP. (2024). *Plano Estratégico ICAD 2024-2026*. Obtido 1 de outubro de 2024: <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=724&languageId=1>
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP. (2024). *Plano de Atividades ICAD, IP 2024*. Obtido 1 de outubro de 2024: <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=725&languageId=1>
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP. (2023). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2021-2030*. Obtido 12 de maio de 2024: <https://www.icad.pt/Accordion/Index/81?languageId=0>
- Levitt, H. (2018). *Reporting Qualitative Research in Psychology: How to Meet APA Style Journal Article reporting standards*. Washington: APA.
- Lotz, J. E. (2013). *Focused Brief Group Therapy Treatment Manual* [Dissertação de Doutoramento não publicada]. Wright State University.
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3ª ed.). London: Sage Publications.
- Turk, A., Boylan, A., & Locock, L. (2017). *A Researcher's Guide to Patient and Public Involvement: A guide based on the experiences of health and medical researchers, patients and members of the public*. University of Oxford.
- União Europeia. (2021). *Estratégia da União Europeia em matéria de Drogas (2021-2025)*. Serviço das Publicações da União Europeia. Obtido 8 de maio de 2024: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021XG0324\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021XG0324(01)&from=EN)

“Estes grupos de discussão focalizada pretenderam dar voz aos cidadãos com comportamentos aditivos em processo de tratamento”



Empoderar. *Empower.*
Cuidar. *Care.*
Proteger. *Protect.*



Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
Institute on Addictive Behaviours and Dependencies, P.I.
Tel: +351 211 119 000 | E-mail: icad@icad.min-saude.pt | www.icad.pt

