

**A APLICAÇÃO DO ASSIST – *THE ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT*  
SCREENING TEST** E O DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES BREVES NAS COMISSÕES  
PARA A DISSUAÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA (CDT)  
**BREVE AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM SAÚDE (DESKBASED)**

ALCINA LÓ (COORDENAÇÃO)

MARTA SILVA

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE PLANEAMENTO ESTRATÉGICO E COORDENAÇÃO OPERACIONAL

DEZEMBRO 2014

Visto em units apad.  
Divulgar

  
2018-04-21

João Castel-Branco Goulão  
Diretor-Geral

**A aplicação do ASSIST – *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* e o desenvolvimento de Intervenções Breves nas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) – Breve avaliação de impacto em saúde (*deskbased*)**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. ENQUADRAMENTO .....	4
2.1. A POLÍTICA PORTUGUESA NO ÂMBITO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA E O PAPEL DA DISSUAÇÃO .....	4
2.2. ALGUNS INDICADORES DO TRABALHO DESENVOLVIDO PELAS CDT .....	6
2.3. RECURSOS HUMANOS DAS CDT .....	10
3. A AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM SAÚDE (AIS) – <i>HEALTH IMPACT ASSESSMENT (HIA)</i> .....	11
4. APLICAÇÃO DO ASSIST - <i>THE ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST</i> ASSOCIADO A TÉCNICAS DE INTERVENÇÕES BREVES NAS COMISSÕES DE DISSUAÇÃO PARA A TOXICODEPENDÊNCIA (CDT) .....	15
5. INFORMAÇÃO SOBRE A APLICAÇÃO DO ASSIST E INTERVENÇÕES BREVES.....	20
5.1. APLICAÇÃO DO ASSIST - <i>THE ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST</i> ASSOCIADO A INTERVENÇÕES BREVES NO ÂMBITO DAS DROGAS ILÍCITAS.....	20
5.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE INTERVENÇÕES BREVES E ENTREVISTA MOTIVACIONAL .....	22
5.3. REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES ENQUANTO COMPONENTE DO MODELO <i>SCREENING, BRIEF INTERVENTION AND REFERRAL TO TREATMENT (SBIRT)</i> .....	24
6. ANÁLISE DOS POSSÍVEIS IMPACTOS EM SAÚDE DECORRENTES DA APLICAÇÃO DO ASSIST E INTERVENÇÕES BREVES NAS CDT .....	27
7. RECOMENDAÇÕES FINAIS.....	30
8. BIBLIOGRAFIA.....	31

## 1. INTRODUÇÃO

No dia 29 de novembro de 2014 fez 14 anos em que o consumo de substâncias psicoativas ilícitas foi descriminalizado em Portugal, através da Lei n.º 30/2000 que *“Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.”* (Art.º 10.º). Esta lei é um dos pilares de atuação no âmbito de uma estratégia mais alargada de dissuasão do consumo de drogas, e o elemento central para a sua aplicação são as necessidades do indivíduo, considerando a sua situação face às substâncias psicoativas, enquanto toxicodependente ou não.

*“A dissuasão assume-se como uma estratégia de intervenção global e integrada, extravasando a mera aplicação da Lei. Consagra um forte potencial em matéria de diminuição do consumo de substâncias psicoativas e dependências, constituindo na maioria das situações o primeiro contacto com os serviços e respostas disponíveis. O paradigma da dissuasão operacionaliza-se sob a forma de placa giratória que convoca e mobiliza um conjunto de parceiros para uma abordagem complementar, que passa por dimensões relacionadas com a segurança e ordem pública e com a deteção precoce de situações de risco, nas quais uma intervenção atempada pode fazer a diferença. Preconiza uma intervenção alargada no domínio da prevenção, da dinamização das respostas locais e de intervenção comunitária, contribuindo para obtenção de ganhos em saúde e segurança.”* (PNRCAD 2013-2020, p. 55)

Para operacionalizar a lei em 2001 são criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), às quais compete *“o processamento das contra-ordenações e aplicação das respectivas sanções”* (DL n.º 130-A/2001 de 23 de Abril). Existem 18 CDT a nível nacional, uma em cada distrito, nas quais existem equipas técnicas especializadas em comportamentos aditivos e dependências. Também na legislação da criação das CDT é evidente a preocupação centrada na situação dos indiciados e na prestação de respostas adequadas às necessidades identificadas, caso a caso. Segundo Carlos Poiães *“A racionalidade subjacente ao modelo instaurado em 2000/2001 segue no sentido de os actos de consumo e de posse para consumo serem objecto de avaliação psicológica, razão porque as CDT não são tribunais nem instâncias de julgamento (nem o podem ser), mas uma ponte entre os comportamentos adictivos, o uso (ainda) não problemático de substâncias e a motivação para o tratamento, ou seja, para a mudança de comportamentos.”* (2007: 14-15). Inerente à intervenção em dissuasão está o pressuposto da centralidade no cidadão. A procura de

respostas adequadas às necessidades diagnosticadas implica o desenvolvimento de um trabalho em rede com entidades e serviços da comunidade, desde serviços especializados no âmbito das dependências, à área da saúde, social, educação, justiça, forças de segurança, associações da sociedade civil (como IPSS e ONG), entre outros. Numa perspetiva mais abrangente da intervenção em dissuasão, as respostas disponibilizadas centram-se no indivíduo, enquanto cidadão com direitos e deveres, enquanto elemento da sociedade em que está inserido.

*“Esta intervenção centrada nas características e necessidades individuais, concede à dissuasão uma essência própria, integradora e complementar que transcende a ótica da mera descriminalização, incidindo na prevenção e redução do uso e abuso de drogas, informando e sensibilizando os consumidores ou dependentes para os riscos dos consumos, tendo em vista contribuir para a proteção sanitária dos consumidores e da comunidade.”* (LOID 2013: 8)

Em 2013 foram definidas as Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão<sup>1</sup> (LOID) *“com o propósito de sustentar, do ponto de vista teórico, a intervenção em dissuasão e facilitar a atuação das CDT, constituindo-se como um recurso e garante de uma abordagem equitativa e de qualidade na resposta ao indiciado.”* (sítio web do SICAD, 2014<sup>2</sup>). As LOID contemplam o modelo de intervenção em dissuasão que, para além de congregar métodos e técnicas já utilizados pelas CDT, inclui novas respostas com vista ao aumento da qualidade e eficácia da intervenção, entre as quais a aplicação do *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST* e o desenvolvimento de Intervenções Breves.

Neste trabalho procura-se explorar em que medida o ASSIST associado às Intervenções Breves, enquanto elementos inovadores na intervenção das CDT, podem constituir uma mais-valia na atuação das CDT, quer na ótica do potencial aumento dos resultados alcançados junto dos indiciados, bem como na perspetiva da melhoria e capacitação do próprio serviço. Para tal, procurar-se-á seguir os passos da Avaliação de Impacto em Saúde – AIS (*Health Impact Assessment – HIA*), preconizado pela OMS, com objetivo de criar um fio condutor nesta breve análise sobre as novas medidas em curso no âmbito das CDT, com base na evolução ao longo dos anos de alguns indicadores das CDT, em algumas tendências mais atuais de alguns

---

<sup>1</sup> Documento disponível em [http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD\\_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/7/Linhas de Orientacao para a Intervencao em Dissuasao.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/7/Linhas de Orientacao para a Intervencao em Dissuasao.pdf) (acedido em novembro 2014)

<sup>2</sup> <http://www.sicad.pt/PT/Dissuasao/SitePages/IntervencaoemDissuasao.aspx>

indicadores sobre drogas e toxicodependência, bem como em outras experiências práticas e literatura sobre o ASSIST e Intervenções Breves.

## 2. ENQUADRAMENTO

### 2.1. A POLÍTICA PORTUGUESA NO ÂMBITO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA E O PAPEL DA DISSUAÇÃO

A descriminalização do uso de drogas e a estratégia da dissuasão têm sido positivamente avaliadas ao longo dos anos. De facto, a dissuasão é um dos elementos da profunda mudança nas políticas ocorridas a partir de 2000 na área das drogas e da toxicodependência, enquadradas numa estratégia de fundo no âmbito da saúde pública. De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCCDA), esta mudança caracterizou-se por: uma passagem progressiva de responsabilidades do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde; existência de planos mais detalhados e integrados; destaque da importância da avaliação como ferramenta de gestão das políticas e a aproximação entre as políticas da droga e do álcool. (EMCCDA, 2011)

*“(... )the model might in fact be best described as being a public health policy founded on values such as humanism, pragmatism and participation.” (EMCCDA, 2011: 24)*

A descriminalização é uma política inovadora e os anos revelaram que não ocorreram as consequências negativas inicialmente receadas, pelo contrário: *“contrary to predictions, the Portuguese descriminalization did not lead to major increases in drug use. Indeed, evidence indicates reductions in problematic use, drug-related harms and criminal justice overcrowding.”* (Hughes, C.A. and Stevens, A. 2010: 999)

Na análise efetuada por Caitlin Hughes e Alex Stevens (2010) sobre o caso português, são apresentadas as seguintes mudanças desde 2001:

- “- small increases in reported illicit drug use amongst adults;*
- reduced illicit drug use among problematic drug users and adolescents, at least since 2003;*
- reduced burden of drug offenders on the criminal justice system;*
- increased uptake of drug treatment;*
- reduction in opiate-related deaths and infectious diseases;*
- increases in the amounts of drugs seized by the authorities;*
- reductions in the retail prices of drugs.” (2010: 1017)*

Para os autores estas mudanças resultam da combinação de várias medidas que passaram pela descriminalização com a disponibilização de respostas terapêuticas aos toxicodependentes. A descriminalização não resolveu todos os problemas relacionados com drogas, mas a sua implementação enquadrada no âmbito de uma política de saúde pública mais alargada é também evidenciada noutros estudos:

*“By freeing its citizens its citizens from the fear of prosecution and imprisonment for drug usage, Portugal has dramatically improved its ability to encourage drug addicts to avail themselves of treatment. The resources that were previously devoted to prosecuting and imprisoning drug addicts are now available to provide treatment programs to addicts. Those developments, along with Portugal’s shift to a harm-reduction approach, have dramatically improved drug-related social ills, including drug-caused mortalities and drug-related disease transmission.”* (Greenwald G. 2009: 28)

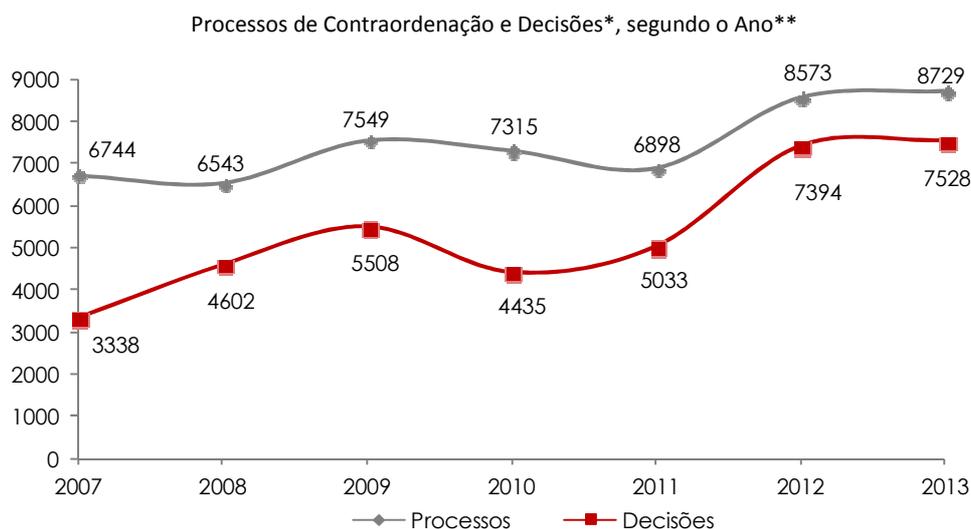
*“É vital perceber adequadamente o fenómeno da política da droga em Portugal. A descriminalização não é tratada como uma solução mágica. Por forma a reduzir os consumos, as soluções legais têm que ser suportadas por uma política abrangente que ajude os consumidores a reduzirem riscos e danos, a iniciar tratamento e a regressar à sociedade em condições de saúde.”* (Domoslawski 2011: 52)

Este enquadramento das políticas neste âmbito mantém-se atual, embora tenham sido introduzidas alterações no funcionamento dos serviços públicos, resultado da reestruturação dos organismos de 2012, com a criação do Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) e conseqüente extinção do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., e atribuição às Administrações Regionais de Saúde, I.P. de parte da operacionalização das políticas.

## 2.2. ALGUNS INDICADORES DO TRABALHO DESENVOLVIDO PELAS CDT

De seguida apresentam-se alguns indicadores relativos ao trabalho desenvolvido pelas CDT, no contexto das contraordenações por consumo de drogas, bem como alguns elementos de caracterização da população-alvo abrangida, que contribuem para contextualizar a proposta em análise.

Em 2013 registou-se o valor mais elevado de processos instaurados desde 2001, com um total de 8729. A par da evolução do n.º de processos, nos últimos dois anos regista-se um aumento das decisões proferidas, comparativamente aos anos anteriores. No gráfico abaixo visualiza-se a evolução do n.º de processos e de decisões desde 2007:

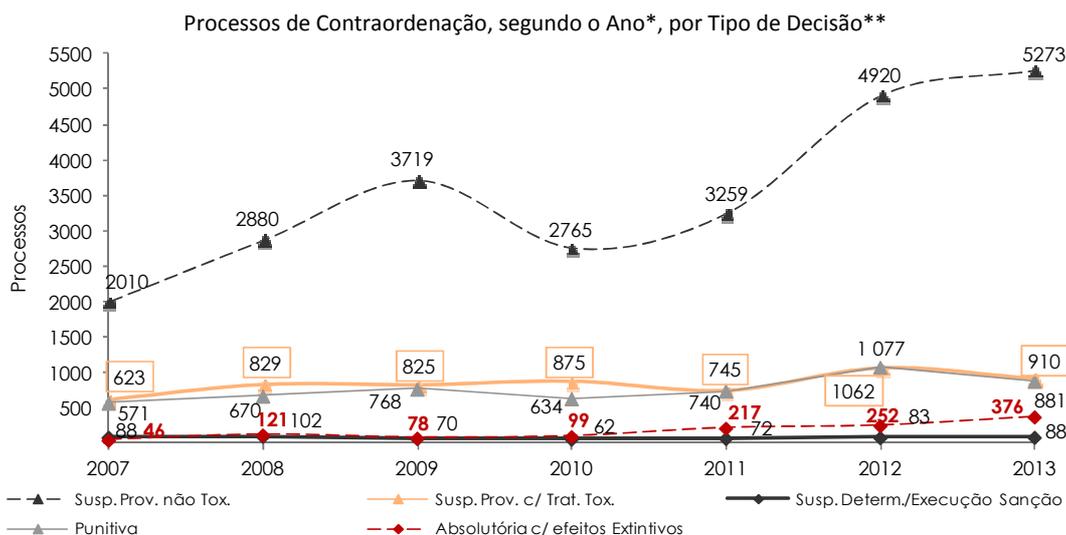


\* Na leitura dos dados relativos às decisões proferidas deve ser tomada em consideração que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Entre 2003 e 2009: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde finais de junho de 2007 a CDT de Coimbra, e, desde junho de 2008 a CDT de Vila Real; a reposição de quórum nestas CDT foi concretizada durante o primeiro semestre do ano de 2008, com exceção da CDT de Vila Real cuja reposição ocorreu em fevereiro de 2009. Entre 2010 e 2011: as CDT do Porto e Faro ficaram sem quórum a partir de setembro de 2010, tendo sido repostos em agosto e novembro de 2011, respetivamente. A partir de novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem quórum, tendo sido repostos em abril de 2013. Por outro lado, continuam a persistir lacunas nas equipas técnicas de algumas CDT, relacionadas com o número insuficiente de profissionais.

\*\* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT/ EMPECO/DMI-DEI

Quanto ao tipo de decisão, à semelhança dos anos anteriores, foram na maioria suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (70%), seguindo-se as suspensões provisórias dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (12%). Destaca-se o aumento em 2012 e 2013 da decisão de suspensão provisória dos processos de consumidores não toxicodependentes.



\* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

\*\* Na leitura dos dados relativos às decisões proferidas deve ser tomada em consideração que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Entre 2003 e 2009: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde finais de junho de 2007 a CDT de Coimbra, e, desde junho de 2008 a CDT de Vila Real; a reposição de quórum nestas CDT foi concretizada durante o primeiro semestre do ano de 2008, com exceção da CDT de Vila Real cuja reposição ocorreu em fevereiro de 2009. Entre 2010 e 2011: as CDT do Porto e Faro ficaram sem quórum a partir de setembro de 2010, tendo sido repostos em agosto e novembro de 2011, respetivamente. A partir de novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem quórum, tendo sido repostos em abril de 2013. Por outro lado, continuam a persistir lacunas nas equipas técnicas de algumas CDT, relacionadas com o número insuficiente de profissionais.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT/EMPECO/DMI-DEI

Ao observarmos mais atentamente a situação da suspensão provisória dos processos, aplicada aos consumidores considerados não toxicodependentes (ao abrigo do art.º 11.º da Lei 30/2000 de 29 de novembro), verifica-se um aumento dos indiciados nesta situação ao longo dos anos.

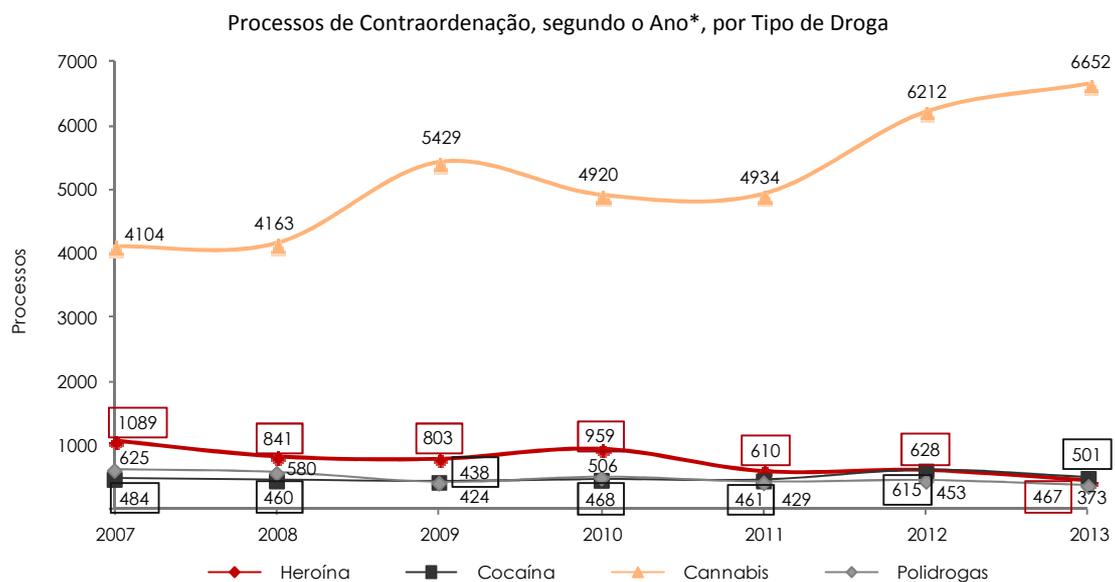
Respostas preconizadas junto de indiciados não toxicodependentes	N.º de indiciados/Ano						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sem diligências de motivação/sem encaminhamento	1054	1846	1660	638	318	1228	1707
Apenas diligências de motivação	514	645	771	1469	1815	2466	2339
Diligências de motivação e encaminhamento para estruturas de apoio	370	186	522	342	485	981	781
Encaminhamento direto para estruturas de apoio	22	139	958	171	237	233	125
<b>TOTAIS</b>	<b>1960</b>	<b>2816</b>	<b>3911</b>	<b>2620</b>	<b>2855</b>	<b>4908</b>	<b>4952</b>

Fonte: Relatórios de Atividades IDT e SICAD 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013

De acordo com a avaliação externa ao PNCDDT 2005-2012, o número de indiciados não toxicodependentes com suspensão provisória do processo manteve-se estável entre 2005 e 2008, registando-se um aumento muito significativo a partir de 2009, explicado em parte pelo investimento feito na área da Dissuasão em 2008, com destaque para a reposição de quórum em todas as CDT. Destaca-se a evolução positiva do número de indiciados que foram alvo “apenas de diligências de motivação” bem como os que para além das diligências de

motivação para tratamento foram efetivamente encaminhados para estruturas de apoio, reforçada pelo número de indiciados nestas situações em 2012 e 2013.

Relativamente ao tipo de drogas, a maioria das ocorrências envolve apenas uma droga (95% dos casos em 2013), destacando-se sempre a cannabis. Em 2013 a cannabis foi referenciada em 82% das ocorrências. Registou-se ainda, pela primeira vez desde 2001, um número de processos que envolveram cocaína foi superior ao número que envolveu heroína, passando a cocaína a ser a segunda droga mais referenciada.



\* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

No que respeita à caracterização sociodemográfica da população abrangida, em 2013 verificou-se que dos 7900 indivíduos com processos abertos sobre ocorrências nesse ano<sup>3</sup>, são na grande maioria do sexo masculino (93%), jovens e jovens adultos (81%), com idades compreendidas entre os 16-24 anos (53%) e os 25-34 anos (28%). A maioria é de nacionalidade portuguesa (95%), solteiros (90%) e cerca de 67% viviam só com a família de origem. Tal como nos anos anteriores, predominavam os indivíduos com a frequência do 3.º ciclo do ensino básico ou habilitações superiores (76%) e cerca de 36% estavam empregados. Em 2013, tal como em 2012, registou-se um aumento dos estudantes, correspondendo em 2013 a 28%.

<sup>3</sup> Neste número os indivíduos reincidentes são contabilizados apenas uma vez no ano.

Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação

2013

Caracterização Sociodemográfica <sup>a)</sup>		Indivíduos em Processos de Contraordenação
<b>Sexo</b>	Masculino	92,7%
<b>Grupo Etário</b>	16-24 anos	53,3%
	25-34 anos	27,9%
	Idade Média / Mediana	<b>27 / 24</b>
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	94,7%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	89,7%
	Casado / União de Facto	7,3%
<b>Situação Coabitância</b>	Só c/ família de origem	66,7%
	Sozinho	7,6%
	Só c/ companheiro e filhos	4,8%
	Só c/ companheiro	4,7%
<b>Nível Ensino</b>	< 3.º Ciclo	21,0%
	3.º Ciclo	42,1%
	Secundário	33,1%
<b>Situação Profissional</b>	Empregado	35,9%
	Desempregado	31,5%
	Estudante	28,2%

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT/EMPECO/DMI-DEI

Nos últimos anos tem-se desenvolvido um reposicionamento estratégico das medidas no âmbito da dissuasão, traduzido num enfoque das medidas em curso especialmente dirigidas à população abrangida não toxicodependente, quer de sinalização como de intervenção precoce, implicando as CDT bem como a rede de parceiros (destacando-se as forças de segurança e os serviços de saúde), pelo que a evolução do perfil da população abrangida, enquanto consumidores não toxicodependentes, mais jovens e mais estudantes, bem como o aumento dos processos relacionados com a posse de cannabis, podem ser reflexo do reforço das medidas em curso.

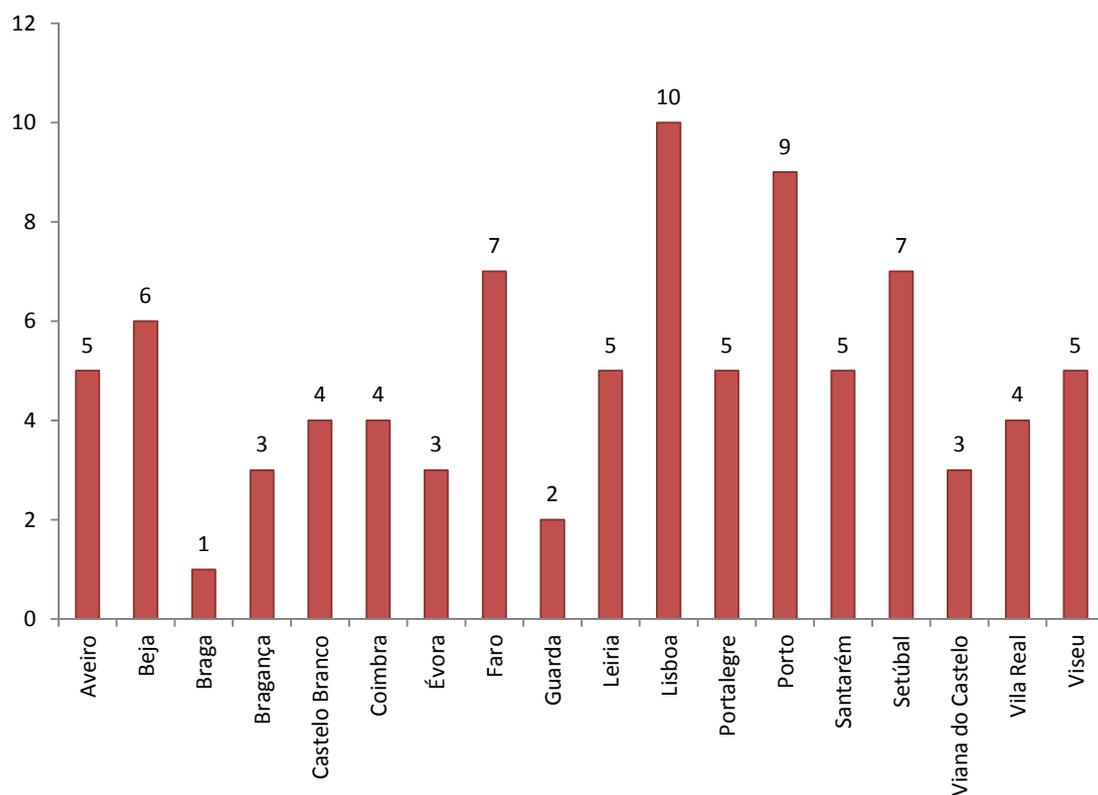
Ao observarmos alguns dados relativos ao tratamento da toxicodependência em Portugal, constata-se a existência de algumas tendências semelhantes, nomeadamente: tendência para o aumento de novos utentes, cerca de metade dos quais com cannabis como droga principal e o registo de um grupo cada vez mais jovem de novos utentes.

### 2.3. RECURSOS HUMANOS DAS CDT

O mapa de pessoal aprovado para as CDT contempla 114 postos de trabalho, correspondentes a 60 trabalhadores e 54 membros das Comissões (Presidente e Vogais nomeados pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde).

Não obstante, em meados de 2014, as CDT contavam apenas com 88 profissionais para desenvolver as suas atribuições, correspondendo 53 a trabalhadores e 35 a membros das CDT, pelo que a ocupação atual dos postos de trabalho fica aquém do necessário, devido, em parte, a questões que se prendem com o orçamento disponível, conjugado com um esforço de redução de despesa na conjuntura económico-financeira vigente.

Caracterização dos Efetivos por CDT (n=88)



Fonte: Plano de Atividades do SICAD 2014

### 3. A AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM SAÚDE (AIS) – HEALTH IMPACT ASSESSMENT (HIA)

*“A avaliação de impactos na saúde pode ser definida como uma combinação de procedimentos, métodos e ferramentas que avalia sistematicamente os efeitos potenciais, e por vezes não intencionais, de uma política, plano, programa ou projeto, na saúde de uma população e a distribuição desses efeitos nessa população.(...) (Adaptado de OMS 1999)”* (Quigley, R., et al 2006: 1<sup>4</sup> - traduzido pela APAI – Associação Portuguesa de Avaliação de Impactes 2006: 1<sup>5</sup>)

Pretende-se preferencialmente que a avaliação seja prospetiva, isto é, que seja desenvolvida previamente à implementação da medida, programa ou projeto, de forma a: apresentar os impactos em saúde através da identificação da gravidade e da potencialidade de possíveis impactos negativos e positivos, determinar se esses efeitos são diretos ou indiretos, bem como a sua distribuição na população; recomendar medidas que maximizem os impactos positivos e minimizem os negativos e envolver os decisores a considerar os impactos em saúde e determinantes em saúde nas suas deliberações. (Harris P. et al 2007)

*“HIA is a structured, solution-focused and action-oriented approach to maximizing the positive and minimizing the negative health impacts of new initiatives.”* (Harris P. et al 2007: 5)

No âmbito da HIA, entende-se o conceito de saúde para além da prestação de serviços ou cuidados clínicos. Têm co-existido duas abordagens principais sobre o conceito de saúde: uma mais focada no modelo biomédico tradicional, que privilegia a evidência quantitativa de impactos em saúde associada a categorias de doenças; outra abordagem que considera o modelo de saúde que contempla variáveis a nível social e de bem-estar na qual se destaca evidência qualitativa dos impactos em saúde. As duas abordagens podem ser consideradas em AIS, privilegiando-se uma ou outra em função da proposta em análise na AIS, dos impactos expectáveis e da disponibilidade da evidência quantitativa ou qualitativa. (Harris P. et al 2007)

---

<sup>4</sup> Disponível em <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (acedido em novembro de 2014)

<sup>5</sup> Disponível em [http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5\\_pt.pdf](http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5_pt.pdf) (acedido em novembro de 2014)

A OMS apresenta a seguinte definição de saúde: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* (WHO constitution<sup>6</sup>)

O estado de saúde dos indivíduos e das populações são influenciados pela interação de um vasto leque de determinantes, que podem ser agregados a nível: **individual** (genéticos, biológicos, estilo de vida/comportamento e/ou circunstanciais); **social e ambiental** (ambiente físico, rendimento e pobreza, habitação, emprego, rede de transportes, educação, acesso a serviços e outras condições da comunidade); **institucional** (determinantes como *“a competência, a capacidade e a jurisdição das instituições do sector público e o quadro mais amplo da política pública que apoia os serviços prestados por essas instituições.”* (Quigley, R., et al 2006: 1<sup>7</sup> - APAI 2006: 1<sup>8</sup> ). A nível institucional destacam-se o impacto na saúde de outros sectores, como por exemplo, das finanças, habitação, emprego, governação local, transportes, ambiente, educação.

*“Health determinants are the personal, social, cultural, economic and environmental factors that influence the health status of individuals or populations.”* (EHP 1999: 9)

Considerando a abrangência que a avaliação de impacto em saúde assume, nomeadamente ao considerar determinantes sociais da saúde, a equidade é um dos princípios orientadores da AIS. Na análise de uma proposta é importante clarificar se uma medida poderá ter impactos diferenciados em vários grupos. Deverá ser identificado em que medida uma proposta poderá trazer benefícios para um grupo e não para outros, quer devido à sua disponibilização quer devido a características ou vulnerabilidades dos próprios grupos da população. A equidade destaca-se enquanto valor da AIS *“enfazitando a vontade de reduzir a inequidade que resulta de diferenças evitáveis nos determinantes da saúde dentro ou entre diferentes grupos da população. Ao aderir a este valor, a AIS deve considerar a distribuição dos impactos na saúde pela população, dando especial atenção aos grupos vulneráveis e propor formas de melhorar o desenvolvimento proposto para os grupos afetados;”* (Quigley, R., et al 2006 - traduzido pela APAI – Associação Portuguesa de Avaliação de Impactes 2006: 3<sup>9</sup>).

---

<sup>6</sup> Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948

<sup>7</sup> Disponível em <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (acedido em novembro de 2014)

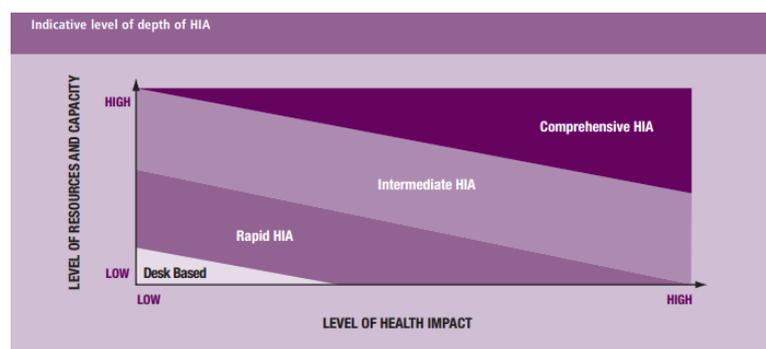
<sup>8</sup> Disponível em [http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5\\_pt.pdf](http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5_pt.pdf) (acedido em novembro de 2014)

<sup>9</sup> Disponível em [http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5\\_pt.pdf](http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5_pt.pdf) (acedido em novembro de 2014)

Estão definidos quatro tipos de AIS que implicam níveis de profundidade e de complexidade diferentes:

- *Desk based* – Normalmente utiliza-se quando existem poucos recursos disponíveis, num curto espaço de tempo. Pretende-se que o produto final seja uma visão alargada de potenciais impactos em saúde, com base em recolha e análise de informação;
- *Rapid HIA* – Também é utilizada quando existem poucos recursos e tempo disponíveis, e disponibiliza uma visão mais detalhada dos potenciais impactos em saúde. Implica a recolha e análise de informação, com alguns contributos de peritos e informadores chave, através da dinamização de reuniões e métodos de recolha de informação qualitativa;
- *Intermediate HIA* – Trata-se de uma avaliação mais completa sobre potenciais impactos em saúde, e mais detalhada em previsões acerca de impactos específicos. Requer mais tempo e recursos que as modalidades apresentadas anteriormente. Implica a recolha e análise da informação existente, quantitativa e qualitativa, bem como a recolha de nova informação qualitativa junto de *stakeholders* e informadores-chave.
- *Comprehensive HIA* – Nesta avaliação são contemplados detalhadamente todos os potenciais impactos em saúde, sendo o produto final uma análise aprofundada sobre todos eles. Implica mais tempo e recursos, considerando o aprofundamento da análise das propostas. Implica a recolha e análise de dados quantitativos e qualitativos de múltiplas fontes e um grande envolvimento e participação de *stakeholders* e informadores-chave.

Na figura abaixo é possível visualizar os quatros tipos de AIS, considerando o nível de impacto em saúde e de recursos e capacidade:



(Harris, P. et al 2007: 15)

Resumidamente, a AIS desenvolve-se em seis etapas (Harris, P. et al 2007)<sup>10</sup>:

1. *Screening* – Nesta etapa determina-se se a AIS é adequada ou necessária. Assegura-se que o tempo, esforços e recursos são definidos de forma apropriada;
2. *Scoping* – Implica o planeamento e o desenho da AIS, definindo-se os seus parâmetros. Define-se “como”, “que informação” e “quem” estará envolvido na AIS. Com o desenvolvimento desta fase poupa-se tempo, trabalho e recursos nas fases seguintes. É nesta etapa que se escolhe o nível adequado de profundidade da AIS, que deverá corresponder ao nível de recursos disponíveis, à escala e dimensão dos potenciais impactos. Quanto mais aprofundada for a HIA, maior o leque de impactos a incluir na análise. O nível de profundidade da AIS é definido com base em várias questões chave: a escala da proposta, a magnitude dos possíveis impactos, o interesse externo, o *timing*, o momento da realização, a capacidade organizacional e os recursos.
3. *Identification* – Esta etapa prevê a recolha de dados e conhecimento. O objetivo é desenvolver o perfil da comunidade ou população a abranger na proposta e recolher informação para identificar os potenciais impactos em saúde da proposta em análise;
4. *Assessment* – Após a fase de recolha, pretende-se apresentar de forma sintética e crítica informação trabalhada associada a cada impacto, de forma sistemática baseada na análise de questões chave, como por exemplo: principais ações a desenvolver, determinantes em saúde relevantes, fonte de informação, natureza do impacto, horizonte temporal do impacto, dimensão do impacto, grupos ou populações. As questões chave ou parâmetros a analisar dependem do grau de profundidade de AIS a efetuar.
5. *Decision making and recommendations* – Nesta etapa apresentam-se as recomendações finais da AIS, que normalmente correspondem a atividades na proposta que promovem ganhos em saúde, ou lacunas que podem gerar impactos negativos;
6. *Evaluation and follow-up* – A avaliação contempla uma componente de processo em que se verifica se o que é feito, através de monitorização da implementação da proposta, e uma componente de impacto, que avalia as mudanças ocorridas resultantes da AIS.

---

<sup>10</sup> Para informações mais detalhadas sobre a operacionalização da AIS, consultar *Health Impact Assessment: a practical guide*. Disponível em [http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2012/05/Health\\_Impact\\_Assessment\\_A\\_Practical\\_Guide.pdf](http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2012/05/Health_Impact_Assessment_A_Practical_Guide.pdf) (acedido em novembro 2014)

#### **4. APLICAÇÃO DO ASSIST - THE ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST ASSOCIADO A TÉCNICAS DE INTERVENÇÕES BREVES NAS COMISSÕES DE DISSUAÇÃO PARA A TOXICODEPENDÊNCIA (CDT)**

Resultado da experiência desenvolvida ao longo dos anos, a intervenção em dissuasão enquadra-se numa lógica de promoção da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e das comunidades. (PNRCAD, 2013)

O consumo de drogas e a toxicodependência afiguram-se como um problema social complexo, e as políticas desenvolvidas em Portugal nesta área têm-se baseado na implementação de medidas de saúde abrangentes, centradas nas necessidades dos indivíduos e no consequente desenvolvimento de respostas a nível individual e dos vários sistemas sociais em que está inserido (família, educação, emprego, comunidade, etc.). Este é o paradigma que enquadra a dissuasão e a própria intervenção das CDT que continua a privilegiar e consubstanciar a ação através do trabalho em rede com outras estruturas a nível local. Resultado do trabalho desenvolvido ao longo do tempo, com a implementação das LOID – Linhas Orientadoras para a Intervenção em Dissuasão, definidas em 2013, estabeleceram-se os seguintes principais objetivos a alcançar: *“(1) sistematizar e harmonizar um conjunto de orientações, que sustentem e potenciem a capacidade de intervenção das CDT (...); (2) aumentar os níveis de qualidade e eficácia dessas respostas e intervenções; (3) garantir uma base de intervenção comum facilitadora da monitorização e avaliação.”* (SICAD, 2013)

Em síntese, o modelo de intervenção em dissuasão contemplado nas LOID, prevê três fases de implementação:

- Fase I. Avaliação do Indiciado – entrevista semiestruturada e recolha da Anamnese; avaliação da motivação e avaliação do risco do consumo;
- Fase II. Intervenção Motivacional adequada às necessidades dos indiciados, adequada aos três níveis de risco: baixo, moderado, elevado.
- Fase III. Avaliação e follow-up dos indiciados.

O modelo contempla várias etapas nas três fases, que preveem a utilização de vários métodos que têm vindo a ser utilizados nas CDT ao longo dos anos. Com vista a aumentar a eficácia das ações já implementadas e a alargar a intervenção a um maior leque de indiciados,

nomeadamente junto dos não toxicodependentes, foram introduzidos novos métodos e instrumentos a desenvolver a partir de 2014, nomeadamente:

- Identificação os estádios de mudança de Prochaska e DiClemente (1994) e aplicação dos princípios da Intervenção Motivacional (Miller e Rollnick 1991)<sup>11</sup>;
- A aplicação do questionário ASSIST (*The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), desenvolvido pela OMS especificamente para rastrear problemas ou riscos associados ao uso de tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina (incluindo ecstasy), inalantes, sedativos, alucinogénios, opiáceos e outras drogas. Os resultados são apresentados numa escala de risco, que indicam o nível da intervenção a desenvolver: Baixo risco – sinalização, referenciação; Risco moderado – intervenção breve; Risco elevado – tratamento. Estes instrumentos enquadram-se na Fase I – Avaliação do indiciado.
- Após análise de toda a informação recolhida na fase I., os indiciados são classificados de acordo com três níveis de risco: baixo risco; risco moderado e alto risco, a que corresponde o tipo de intervenção a desenvolver (Fase II. Intervenção Motivacional). Nesta fase, segundo as LOID, quando os indiciados estão em situação de risco moderado ou alto, prevê-se que sejam aplicadas técnicas de Intervenção Breve baseadas na Intervenção Motivacional de Miller e Rollnick (1991). Pretende-se que a ação junto dos indicados de risco moderado incida na mudança do seu comportamento com vista à paragem dos consumos, e/ou para encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Quanto aos indiciados de alto risco, a intervenção também se deve basear nos princípios da intervenção breve, no sentido da promoção da consciencialização do problema da dependência, da gravidade do uso e riscos associados, referenciado-se o caso para serviços especializados, promovendo a adesão do indiciado ao processo de tratamento. (LOID, 2013)
- Por último, na fase III. Avaliação e *follow up*, pretende-se que seja feita uma avaliação da intervenção desenvolvida junto dos indicados não toxicodependentes mais problemáticos na fase de arquivamento do processo de contraordenação.

---

<sup>11</sup> Informação mais detalhada nas LOID pp. 9-12 disponível em [http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD\\_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/7/Linhas de Orientacao para a Intervencao em Dissuasao.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/7/Linhas de Orientacao para a Intervencao em Dissuasao.pdf) (acedido em novembro 2014)

Com a integração no modelo de intervenção em dissuasão: do ASSIST enquanto instrumento de rastreio numa fase de avaliação do indiciado; da aplicação do modelo transteórico de mudança (Prochaska e DiClemente 1994) com avaliação da motivação; do desenvolvimento de diligências de motivação, por parte das CDT, que contemplem técnicas de intervenções breves com componentes da entrevista motivacional junto dos indicados; espera-se que estes métodos tenham um impacto positivo junto dos indiciados, quer toxicodependentes como não toxicodependentes, nomeadamente junto dos que se encontram em risco moderado. Até julho de 2014, 8 das 18 CDT estavam a implementar o modelo previsto nas LOID e espera-se que este número aumente a curto prazo.

Tendo em conta o carácter inovador da aplicação do ASSIST ligada a intervenções breves, particularmente em contexto de CDT, e a rápida adesão das CDT a estes métodos, considerou-se importante compreender melhor os seguintes possíveis impactos decorrentes da sua implementação:

- ✓ Maior consciencialização dos indivíduos face à sua situação e ao aumento da motivação para alterar comportamentos;
- ✓ Aumento e a melhoria da capacidade de resposta das CDT;
- ✓ Assegurar a equidade da ação a nível nacional, para que todos os indiciados, tenham, a curto prazo, respostas semelhantes preconizadas por todas as CDT.

O grupo-alvo a abranger com estas medidas nas CDT são todos os indiciados sobre os quais sejam identificadas situações problemáticas associadas a consumo de drogas. É de registar que o número de indiciados tem vindo a crescer ao longo dos anos. Desta população, destaca-se em particular o grupo de indiciados não toxicodependentes cuja avaliação do risco se traduza em risco moderado. Este grupo está claramente vulnerável a situações de risco e tem-se registado um aumento destes indiciados nos últimos anos nas CDT. Com o aumento do número de indiciados, surgiu a necessidade de encontrar mais respostas para estes indivíduos.

Como referido anteriormente, nas CDT existem equipas técnicas, multidisciplinares, com conhecimentos especializados em comportamentos aditivos e dependências. O potencial destas equipas é outro fator que fundamenta a introdução de novos métodos na intervenção desenvolvida. Para além do conhecimento especializado, resultado da conjuntura atual do país, tem existido uma redução dos recursos disponíveis, pelo que assume particular

importância encontrar formas de aumentar a eficácia da intervenção com os recursos existentes.

Verifica-se também que a elaboração das próprias LOID foi participada por quatro CDT (Porto, Lisboa, Setúbal e Faro) por se tratarem das CDT com maior número de processos. Procurou-se assim assegurar a sua viabilidade e adequação com o envolvimento de intervenientes que assumem a sua própria implementação. Com a aplicação do ASSIST, surge uma oportunidade de desenvolver um trabalho mais aprofundado junto dos indiciados, com especial enfoque para o grupo de não toxicod dependentes com uma avaliação de risco moderado.

Das cinco razões geralmente apontadas para a realização da avaliação de impacto em saúde de uma determinada medida, com vista a melhorar o seu planeamento e implementação (Harris P. *et al* 2007), destacam-se duas, no âmbito do presente trabalho, sobre a aplicação do ASSIST ligado às Intervenções Breves em contexto de CDT: por um lado identificar formas através das quais o desenvolvimento dessa medida pode promover e melhorar a saúde dos abrangidos, e por outro, reduzir ou eliminar desigualdades em saúde que ocorram enquanto resultado da própria medida.

Considerando que a aplicação do ASSIST associada às Intervenções Breves já está a ser implementada, o potencial impacto em saúde junto do grupo a que se dirige, o carácter inovador associado, especialmente em contexto de CDT, um olhar mais abrangente sobre a questão poderá reforçar e promover a introdução de outras ações complementares, produzindo contributos úteis ao nível do processo de tomada decisão, que possam futuramente consolidar a intervenção preconizada, quer na sua operacionalização como na avaliação dos resultados e impactos decorrentes.

Na pesquisa efetuada constatou-se que existe pouca evidência científica relativa à aplicação do ASSIST ligada às intervenções breves no âmbito das drogas, enquanto estratégia no âmbito da intervenção precoce. Neste sentido, com base nestes elementos, considera-se pertinente a elaboração do presente trabalho enquadrado na AIS como *desk-based*, isto é, uma análise breve e global sobre potenciais impactos em saúde, com base em informação especializada sobre o tema, através de pesquisa bibliográfica e na recolha de informação de informadores-

chave internos, do próprio SICAD, mais especificamente da EMPECO - Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Segundo o Despacho n.º 8816/2012 de 3 de julho, compete à EMPECO “h) Implementar uma metodologia de intervenção baseada no conhecimento técnico-científico, que potencie as competências das equipas técnicas das CDT e harmonize práticas e procedimentos entre as CDT, contribuindo para uma efetiva dissuasão dos comportamentos aditivos e dependências;”, entre outras competências relacionadas com as CDT.

## 5. INFORMAÇÃO SOBRE A APLICAÇÃO DO ASSIST E INTERVENÇÕES BREVES

### 5.1. APLICAÇÃO DO ASSIST - *THE ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST* ASSOCIADO A INTERVENÇÕES BREVES NO ÂMBITO DAS DROGAS ILÍCITAS

Desde 1997 que a Organização Mundial de Saúde tem vindo a desenvolver um programa específico de intervenção direcionado para o diagnóstico e desenvolvimento de intervenções breves no âmbito do consumo de drogas ilícitas<sup>13</sup>. O programa desenvolve-se em quatro fases e, em primeiro lugar, foi desenvolvido o ASSIST - *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, enquanto questionário de rastreio e avaliação dos problemas ou riscos associados ao uso de tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetaminas, sedativos, alucinogéneos, inalantes, opiáceos e outras drogas. Após a aplicação, são obtidos resultados para cada substância numa escala que determina o tipo de intervenção: baixo risco – nenhuma intervenção; risco moderado – intervenção breve; risco elevado – intervenção breve e referência.

Verifica-se que existe evidência científica sobre os benefícios da avaliação e intervenções breves no âmbito dos problemas ligados ao álcool em cuidados de saúde primários, mas pouca informação empírica relacionada com a utilização de métodos semelhantes, também em cuidados de saúde primários, no âmbito do uso de drogas ilícitas. Assim, a fase III do programa da OMS consistiu no desenvolvimento de um ensaio clínico aleatório, a nível internacional com a participação de quatro países (Austrália, Brasil, Índia e EUA)<sup>14</sup>. O ensaio clínico foi desenvolvido em contexto de cuidados de saúde primários. A amostra é de 731 participantes, com idades compreendidas entre os 16 e os 62 anos, com resultados do ASSIST de risco moderado para cannabis, estimulantes ou opiáceos. Os participantes foram aleatoriamente selecionados para dois grupos: um grupo alvo de intervenções breves e outro grupo (grupo de controlo) que só foi alvo de intervenção breve após o momento de *follow up* (três meses após a primeira aplicação do ASSIST). A intervenção breve foi direcionada para a droga mais cotada no ASSIST, e para além da intervenção os participantes receberam materiais de auto-ajuda. No âmbito do estudo foi feita também uma análise qualitativa da informação recolhida junto dos participantes alvo da intervenção breve através de uma entrevista semi-estruturada, feita no momento de follow-up, sobre a sua perceção acerca da informação e feedback que tinham

<sup>13</sup> Para mais informações consultar: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/) (acedido em novembro 2014)

<sup>14</sup> O relatório do estudo data de 2008 e está disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_technicalreport\\_phase3\\_final.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf?ua=1) (acedido em novembro 2014)

recebido há três meses e em que medida contribuiu para a mudança de comportamento e uso das substâncias.

Para agilizar a implementação da intervenção junto do grupo alvo, a intervenção breve foi planeada para se desenvolver num curto espaço de tempo, e facilmente associada aos resultados da aplicação do ASSIST, através da utilização de um documento de registo que continha a pontuação dos participantes e também os riscos associados ao padrão atual de uso de substâncias. A intervenção breve desenvolvida contemplou princípios sistematizados no modelo FRAMES (*Feedback; Responsibility; Advice; Menu of options; Empathy; Self-efficacy*), bem como técnicas da entrevista motivacional para diminuir a resistência dos participantes e que pudessem facilitar um processo de mudança.

Das principais conclusões do estudo destacam-se as seguintes:

- Na análise global a todos os participantes verificou-se que os resultados do ASSIST no momento do *follow-up* foram significativamente mais baixos do que os resultados iniciais para o envolvimento com todas as substâncias, com cannabis, com estimulantes e com opiáceos. Verificou-se um decréscimo geral no uso de substâncias e risco ao longo do tempo.
- Na comparação entre grupo-alvo de intervenção breve e grupo de controlo, verificou-se que os participantes alvo de intervenção breve obtiveram resultados significativamente mais baixos para todas as substâncias, à exceção do envolvimento específico com opiáceos.

*“These findings indicate that the brief intervention was effective compared with no intervention in getting participants to reduce their substance use and risk, as determined by the ASSIST questionnaire. However, it also indicates that even when a brief intervention was not received (as in the case of Control participants at baseline) a reduction in ASSIST scores also was observed, albeit not the same degree as the BI participants.”* (Humeniuk et al. 2008: 7)

A IV fase do programa desenvolvido pela OMS previa a aplicação, a avaliação e o desenvolvimento de intervenções baseadas no ASSIST noutros locais e contextos, como por exemplo: programas terapêuticos com agonistas opiáceos, outros serviços no âmbito das dependências de substâncias, serviços de proteção social, serviços no âmbito da justiça criminal, entre outros<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Para mais informações sobre o desenvolvimento da fase IV consultar [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_phase\\_IV/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_phase_IV/en/) (acedido em Dezembro de 2014)

## 5.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE INTERVENÇÕES BREVES E ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Em 2013 o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência promoveu uma reunião de peritos sobre Intervenções Breves e Entrevista Motivacional. As razões que levaram à realização da reunião devem-se ao facto da “intervenção precoce” (“*early intervention*”) ser frequentemente mencionada nas estratégias da União Europeia, sustentada pela evidência em particular no âmbito dos consumidores de álcool, e por ser pouco conhecido que grupos-alvo estão atualmente a ser abrangidos nos estados membros. Constata-se também que existe pouco conhecimento sobre a possibilidade de se utilizarem técnicas já utilizadas junto de consumidores de álcool, como as intervenções breves e entrevista motivacional noutros contextos e junto de consumidores de outras substâncias, apesar de algumas práticas recentes indicarem algum sucesso na redução do uso de substâncias, comparativamente à não intervenção.

*“Most of the literature on BI and MI is about adults, alcohol and primary health care. Implementation and effectiveness research on cannabis, other illicit drugs, young people and other-than-health-care settings is scarce.”*

Considera-se que os decisores e os profissionais necessitam de conhecer melhor como implementar estas estratégias em larga escala e quais os obstáculos esperados no desenvolvimento prático da intervenção. Na reunião foram apresentadas várias experiências de implementação de Intervenções Breves e de Entrevista Motivacional em vários contextos: cuidados de saúde primários, urgência, intervenção *online* junto de jovens consumidores de cannabis e em contexto de trabalho de rua<sup>16</sup>. Desta reunião resultaram algumas reflexões que são importantes no âmbito do presente trabalho, na medida em que podem clarificar alguns conceitos importantes nesta fase inicial de desenvolvimento destas intervenções nas CDT.

Uma das questões diz respeito às diferenças conceituais entre intervenções breves e entrevista motivacional. Em suma, a entrevista motivacional requer padrões mais exigentes em termos de tempo, protocolo de intervenção e elevada formação e supervisão dos promotores. Por outro lado, as intervenções breves e outras “intervensões precoces” são um conceito abrangente que compreende princípios de diferentes intervenções, frequentemente da entrevista motivacional, aconselhamento e terapia cognitivo-comportamental. Assim, devem

---

<sup>16</sup> Informações detalhadas, incluindo memorando da reunião, disponível em <http://www.emcdda.europa.eu/activities/expert-meetings/2013/brief-interventions> (acedido em novembro de 2014)

ser descritas como incluindo elementos da entrevista motivacional, como a empatia, facilitação da comunicação, colocar questões abertas e promover a escuta reflexiva. Considerando as características da entrevista motivacional, verifica-se que esta se tem revelado mais adequada às condições desenvolvidas no âmbito do tratamento, contexto no qual se tem revelado eficaz. Por outro lado, os peritos concordaram as intervenções breves são mais viáveis de implementar em contextos não clínicos do que a entrevista motivacional, beneficiando com a introdução de componentes da entrevista motivacional, como os mencionados anteriormente.

Considerando estes aspetos, a formação dos profissionais assume especial importância, com enfoque nas competências de comunicação centradas na pessoa, como por exemplo na disponibilidade de tempo para ouvir atentamente e na capacitação para ajudar as pessoas a refletir na sua própria situação. Deve ainda ser disponibilizada informação sobre adição, bem como manuais especializados, mesmo em versões curtas. No âmbito das intervenções breves existem ainda instrumentos de monitorização importantes que devem ser adequados aos diferentes objetivos e fases: diagnóstico, intervenção, *feedback*, recolha de dados para *follow up* e monitorização. Uma das questões que surgiu prende-se com o facto de o rastreio e o diagnóstico poderem ser uma forte intervenção só por si, e que um diagnóstico preciso do uso problemático de substâncias, e de outros problemas de comportamento, deve, preferencialmente, preceder a intervenção breve.

Para além da formação, a intervenção desenvolvida deve estar enquadrada numa rede de suporte, isto é, os profissionais devem ter assegurado um sistema de referência especializado no domínio das dependências.

### 5.3. REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES ENQUANTO COMPONENTE DO MODELO *SCREENING, BRIEF INTERVENTION AND REFERRAL TO TREATMENT* (SBIRT)

Young *et al.* efetuaram uma revisão sistemática, publicada no *Systematic Reviews Journal* em 2014<sup>17</sup>, sobre a eficácia das intervenções breves enquadradas no modelo *Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT) na redução do uso de substâncias psicoativas não prescritas. Esta revisão vai totalmente de encontro ao objeto em análise neste documento, uma vez que é esta a estrutura base do modelo de intervenção em dissuasão, aplicável junto dos indicados, de acordo com a avaliação do risco: rastreio, intervenção breve e referência.

O modelo SBIRT trata-se de uma abordagem compreensiva de saúde pública no âmbito da disponibilização de intervenções breves e de tratamento para indivíduos em situação de risco devido ao consumo de substâncias psicoativas e que não estão à procura, ou que seja improvável que procurem tratamento. Um dos principais objetivos é reduzir riscos ou danos associados ao uso de substâncias psicoativas não prescritas. Em síntese, o protocolo inicia-se com o rastreio para avaliar os riscos ou danos a que o indivíduo está sujeito (que pode ter procedimentos diferentes, desde questionários ou instrumentos validados para classificar com precisão os utilizadores de baixo risco, risco moderado ou elevado, ou outros métodos menos rigorosos como a avaliação subjetiva da conduta do indivíduo). Nos casos de baixo risco ou moderado, são disponibilizadas intervenções breves. Nos casos que evidenciam riscos mais elevados ou sinais de dependência de substâncias, que necessitam de um diagnóstico formal aprofundado, os indivíduos são referenciados para serviços de tratamento.

Segundo os autores, o SBIRT pode ser implementado em contexto de cuidados de saúde ou em contexto de serviços comunitários frequentados pela população em geral (como por exemplo, hospitais, cuidados de saúde primários, estabelecimentos prisionais ou programas escolares). Para determinar a probabilidade dos riscos ou danos associados ao consumo de substâncias, o rastreio deve ser universal e oportunista enquanto elemento de um procedimento de admissão. Tal como existem muitas formas de rastreio, também existem muitas variantes na definição e implementação de intervenções breves. Geralmente, as intervenções breves são desenvolvidas face a face, limitadas no tempo no que respeita a disponibilizar informação, aconselhamento, aumentar a motivação para evitar o uso de substâncias psicoativas ou

---

<sup>17</sup> Disponível em <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/3/1/50> (acedido em novembro 2014)

trabalhar competências de mudança de comportamentos para a redução do uso, riscos e danos decorrentes.

Para Young *et al.*, existe evidência científica sobre os benefícios do modelo SBIRT em contexto de cuidados de saúde primários no âmbito da prevenção e/ou redução de danos a longo prazo associados ao uso excessivo de álcool. Consideram ainda que existe evidência acumulada que sugere que as intervenções breves podem ser eficazes na redução do uso de substâncias psicoativas não prescritas, como cannabis, ecstasy, cocaína, benzodiazepinas e opiáceos, junto de jovens bem como de adultos. Existem ainda revisões sistemáticas sobre a eficácia das intervenções breves na redução de danos associados ao uso nocivo do álcool<sup>18</sup>. No entanto não existem revisões sistemáticas ou meta-análises sobre a eficácia das intervenções breves, entre populações com a realização de rastreios oportunistas, enquanto parte do modelo SBIRT na redução do uso de drogas ilícitas. Um dos objetivos do estudo efetuado pelos autores foi determinar a eficácia das intervenções breves enquanto parte do modelo SBIRT, comparativamente à não aplicação da intervenção breve ou apenas à disponibilização de informação, para a redução do uso de substâncias não prescritas junto de populações rastreadas oportunisticamente, identificadas como sujeitas a risco ou danos e ainda, identificar os fatores que influenciam o efeito, utilizando a evidência de estudos realizados.

A pesquisa foi vasta, na qual se incluem as seguintes bases de dados e fontes: MEDLINE, Embase, The Cochrane Library, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PsycINFO, ERIC (*Reducation Resources Information Center*) e CORK Database, WHO *International Clinical Trials Registry Platform* (para estudos em curso) e ainda fontes de literatura cinzenta. Dos 8836 registos encontrados, apenas cinco foram selecionados. Tratam-se de ensaios clínicos aleatórios, entre os quais se inclui o estudo “*The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings*”, promovido pela OMS. Os autores verificaram que poucos estudos aferiram a eficácia das intervenções breves entre populações rastreadas oportunisticamente, enquanto parte do modelo SBIRT, com o objetivo de reduzir o uso de substâncias psicoativas não prescritas. O corpo de evidência é limitado devido ao pequeno número de estudos incluídos, na sua maioria com amostras pequenas e com características muito diferentes entre si, nomeadamente a forma de aferição do grau de alcance dos resultados.

---

<sup>18</sup> Os autores apresentam as referências dos estudos considerados, quer no âmbito do álcool como das outras substâncias, bem como de revisões sistemáticas (Young *et al.*, 2014: 2; 16-17)

Perante estes factos, o estudo foi inconclusivo quanto à eficácia ou ineficácia das intervenções breves, no âmbito do modelo SBIRT:

*“Insufficient evidence exists as to whether BI as part of SBIRT are effective or ineffective at reducing the use of the harms associated with the use of nonmedical use of psychoactive substances other than alcohol, nicotine, or caffeine when these interventions are administered to nontreatment-seeking, screen-detected populations. Given the evidence base is inconclusive, emerging evidence from existing ongoing studies may help to stabilize conclusions about the effectiveness of BI.” (Young et al., 2014: 16)*

## 6. ANÁLISE DOS POSSÍVEIS IMPACTOS EM SAÚDE DECORRENTES DA APLICAÇÃO DO ASSIST E INTERVENÇÕES BREVES NAS CDT

Nesta fase pretende-se sintetizar a informação recolhida associando-a aos três possíveis impactos em saúde em análise. Tratando-se de uma avaliação do tipo *desk-based*, as considerações por cada impacto centram-se nas seguintes questões-chave: ações que contribuem para o seu alcance; identificação dos principais determinantes em saúde; fontes de informação; a probabilidade do impacto (*likelihood of impact*)<sup>19</sup>; principais grupos atingidos.

### 1. Maior consciencialização dos indivíduos face à sua situação e alteração de comportamentos quanto ao uso de substâncias psicoativas e riscos associados

Este é o principal impacto que se pretende atingir com a aplicação do ASSIST e Intervenções Breves nas CDT. A medida está em curso tendo-se iniciado em 2014 a aplicação do ASSIST enquadrada no modelo de intervenção em dissuasão. O principal determinante em saúde situa-se a nível individual e compreende a adoção de comportamentos saudáveis por parte dos indiciados, com principal incidência nos que foram avaliados como estando em situação risco baixo ou moderado. Segundo a OMS, de acordo com os resultados do estudo sobre a aplicação do ASSIST associado às intervenções breves, registaram-se resultados positivos apenas com a aplicação do ASSIST, com maior grau de eficácia junto do grupo-alvo da intervenção breve. Estes resultados foram aferidos num horizonte temporal de três meses. Apesar de não existir evidência científica que comprove a eficácia ou ineficácia do desenvolvimento de intervenções breves enquadradas no modelo SBIRT (de acordo com a revisão sistemática efetuada por Young *et al.* 2014), verifica-se uma tendência para possíveis resultados práticos positivos, como indica o estudo da OMS, sendo também esta a posição dos peritos que participaram na reunião promovida pelo EMCDDA. Neste sentido, com base na informação disponível, este impacto provável ou *especulativamente* poderá ser positivo, num horizonte temporal a curto prazo, junto dos indiciados classificados com um nível de risco baixo ou moderado. Para potenciar a possibilidade de alcance deste impacto, deverá ser assegurado que as medidas em curso se realizem nas melhores condições necessárias, identificadas nos estudos apresentados, relacionadas com a capacitação dos interventores, monitorização do processo e avaliação dos resultados alcançados junto dos grupos-alvo.

---

<sup>19</sup> Com base na evidência científica, os impactos podem ser classificados como *definitive* (definitivos) *probable* (prováveis), ou *speculative* (especulativos) (Harris *et al* 2007: 25)

## 2. Aumento e melhoria da capacidade de resposta das CDT

Nos últimos anos tem-se desenvolvido um reposicionamento estratégico no âmbito da dissuasão, com um enfoque direcionado para a população não toxicodependente, que implica o desenvolvimento de medidas que se revelem adequadas e eficazes por parte das CDT bem como pela rede de parceiros envolvidos. Os números apontam para uma tendência de crescimento de consumidores não toxicodependentes mais jovens, com o aumento de estudantes, verificando-se ainda um aumento do número de processos relacionados com a posse de cannabis (SICAD 2014). Por um lado, o perfil da população abrangida poderá ser reflexo do reforço das medidas em curso e, por outro, ao observarmos a tendência de alguns dados relativos ao tratamento da toxicodependência, nomeadamente o aumento de novos utentes, mais jovens, consumidores de cannabis como droga principal, evidencia-se a necessidade de procurar mais respostas adequadas a esta população por parte dos serviços que atuam neste âmbito. Assim, a própria capacitação das CDT enquanto serviço público no âmbito da saúde afigura-se como uma prioridade. Uma vez que o trabalho das CDT é desenvolvido em parceria com outras entidades públicas e privadas a nível local, o desenvolvimento de novas ações poderá potenciar a sua atuação enquanto resposta a nível comunitário.

O desenvolvimento de novas medidas no âmbito do modelo de intervenção em dissuasão, como a aplicação do ASSIST e de Intervenções Breves, só é possível devido ao corpo técnico especializado que constitui as equipas das CDT que, para além da formação no âmbito das ciências sociais e humanas, é detentor de experiência adquirida no âmbito da toxicodependência. Neste sentido, estes profissionais reúnem *a priori* condições que se enquadram nos requisitos para uma formação mais especializada para a aplicação do ASSIST ligado ao desenvolvimento de Intervenções Breves. No manual desenvolvido pela OMS sobre a aplicação do ASSIST é referido o seguinte: *“The ASSIST is designed to be used by primary health care workers, but has been found to be useful for any human services worker who may come into contact with people who use substances in a harmful or hazardous way in their line of work, or who work with people whose substance use may place them at increased risk of harms compared with the rest of the community. These include: community health workers, mental health workers, nurses, social workers, physicians, general practitioners, psychologists, youth workers, indigenous workers, psychiatrists, obstetricians, midwives, counselors, correctional service officers and drug and alcohol workers.”* (Humeniuk et al, 2010: 7). Na reunião promovida pelo EMCDDA os peritos apontaram questões importantes neste âmbito, nomeadamente: a maior viabilidade de implementação de intervenções breves em contextos

não clínicos do que a entrevista motivacional e a importância da formação dos profissionais. Outro aspeto importante apontado pelos peritos é que o desenvolvimento das intervenções breves deve estar devidamente enquadrado numa rede de suporte, que permita a referência especializada no domínio das dependências. Esta condição é assegurada pelas CDT, desde o início do seu funcionamento. Perante estes elementos, considera-se que com o desenvolvimento da aplicação do ASSIST e de Intervenções Breves pelas CDT, seja provável o aumento e melhoria da sua capacidade de resposta a curto/médio prazo.

### **3. Assegurar a equidade da ação a nível nacional**

Enquanto serviço público, é fundamental assegurar a equidade das respostas preconizadas a nível nacional, principalmente quando se dirigem a grupos mais vulneráveis da população, como consumidores de substâncias psicoativas. As CDT estão em funcionamento em todos os distritos, e é importante considerar as diferenças existentes que ao nível da necessidade como da capacidade de resposta. Para salvaguardar essas diferenças, e a fim que este impacto seja alcançado, deverá ser promovida formação, acompanhamento e apoio adequados às necessidades aferidas a nível local, para que todos os possíveis indiciados visados pela aplicação do ASSIST e/ou Intervenções Breves sejam alvo de uma ação semelhante em qualquer ponto do país, quer ao nível da avaliação da situação, do rastreio, da intervenção, bem como da referência para outros serviços.

## 7. RECOMENDAÇÕES FINAIS

Por último, importa reforçar alguns aspetos transversais, encontrados na pesquisa efetuada sobre o tema, e que se apresentam como consensuais para o sucesso das medidas em análise:

- A aplicação do ASSIST e de Intervenções Breves nas CDT é enquadrada no modelo de intervenção em dissuasão, que é abrangente e contempla várias fases desde uma avaliação inicial até à referenciação, incluindo as fases preconizadas pelo modelo SBIRT (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*), pelo que assenta em pressupostos teóricos sólidos que apontam para o sucesso da intervenção, devendo ser assegurada a sua implementação nesses moldes, nomeadamente ao nível da articulação com os principais *stakeholders*, no âmbito da referenciação.
- A formação dos interventores assume particular importância, bem como a disponibilização de materiais facilitadores da intervenção (como por exemplo: fichas de registo, manuais breves destinados aos interventores bem como aos indivíduos abrangidos). Considerando a abrangência nacional das medidas, as ações devem ser desenvolvidas com base em critérios de avaliação de necessidades que permitam uma resposta adequada às características específicas das CDT a nível local, quer das características dos grupos-alvo a abranger, como das características das próprias equipas técnicas.
- Considerando o carácter inovador das medidas em análise, particularmente em contexto de CDT, deverá ser dada especial atenção aos mecanismos de monitorização do processo (ex: avaliação da capacidade de resposta, registo das atividades desenvolvidas, acompanhamento técnico adequado), bem como aos mecanismos de avaliação dos resultados junto dos indiciados, através da criação de mecanismos de *follow-up* precisos, exequíveis e comparáveis.
- Tendo em conta as competências do SICAD relativamente às CDT, enquanto organismo responsável pela implementação de metodologias de intervenção e no acompanhamento e apoio técnico, constitui uma mais-valia a existência de um serviço que acompanhe a implementação das medidas quer a nível nacional, como a nível local, podendo desempenhar um papel importante na avaliação de processo e de resultados das intervenções desenvolvidas.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Abrahams, Debbie (2004) European Policy Health Impact Assessment, IMPACT, University of Liverpool (disponível em <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44882> acedido em novembro de 2014)

Domoslawski, Artur (2011), *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalizing drug use*, Warsaw, Hungria, Open Society Foundations (disponível em [http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-portuguese-20111206\\_0.pdf](http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-portuguese-20111206_0.pdf), acedido em novembro de 2014)

Decreto-Lei n.º 130-A/2001 de 23 de abril, Diário da República n.º 142 – Iª Série - A, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

European Centre for Health Policy (EHP) (1999), *Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach*, Gothenburg consensus paper, Brussels: WHO – Regional for Europe. Disponível em: <http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44163> (acedido em novembro 2014)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011), *Drug Policy Profiles: Portugal*, Luxembourg, Publications Office of the European Union. (disponível em <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-policy-profiles/portugal>, acedido em novembro de 2014)

Gesaworld SA (2013), Avaliação Externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT), SICAD, Lisboa (disponível em [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/30/PNCDT\\_relatorio\\_final.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/30/PNCDT_relatorio_final.pdf) acedido em novembro 2014)

Greenwald, G. (2009), *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*, Cato Institute, (disponível em [http://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald\\_whitepaper.pdf](http://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf), acedido em novembro 2014)

Harris, P., Harris-Roxas, B., Harris, E., & Kemp, L. (2007) *Health Impact Assessment: A practical Guide*, Sidney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. (Disponível em [http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2012/05/Health\\_Impact\\_Assessment\\_A\\_Practical\\_Guide.pdf](http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2012/05/Health_Impact_Assessment_A_Practical_Guide.pdf) (acedido em Novembro 2014)

Hughes, C. A. and Stevens, A. (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?*, The British journal of Criminology 50, pp.999-1022 (disponível em <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/BJC-portugal-decrim.pdf>, acedido em novembro de 2014)

Humeniuk, R. (2008), *The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomized Controlled Trial*, prepared by Rachel Humeniuk, Victoria Dennington and Robert Ali, on

behalf of the WHO ASSIST Phase III Study Group. (disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_technicalreport\\_phase3\\_final.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf?ua=1), acessado em novembro de 2014)

Humeniuk R.E., Henry-Edwards S., Ali R.L., Poznyak V., Monteiro M. (2010) *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva, World Health Organization (disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf), acessado em novembro 2014)

Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Actividades 2007*, Lisboa, IDT, I. P.

Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Actividades 2008*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Actividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Actividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Actividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro, Diário da República n.º 276 – Iª Série - A, Lisboa.

Poiares, C. (2007), Reestruturar, Repensar, Reflectir: para uma nova política de dissuasão da TD, *Toxicoddependências*, Vol. 13, nº 1. Lisboa, Ministério da Saúde, pp. 11-20 (disponível em [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicoddependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/24/2007\\_01\\_TXT2.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicoddependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/24/2007_01_TXT2.pdf) acessado em novembro 2014)

Quigley, R., L. den Broeder, P. Furu, A. Bond, B. Cave and R. Bos (2006), *Health Impact Assessment International Best Practice Principles*, Special Publication Series No. 5. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment. Disponível em <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (accedido em novembro de 2014)

Traduzido em português pela APAI – Associação Portuguesa de Avaliação de Impactes 2006, disponível em [http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5\\_pt.pdf](http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5_pt.pdf) (accedido em novembro de 2014)

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Relatório de Actividades 2012, Lisboa

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Relatório de Actividades 2013, Lisboa

(Os relatórios de atividades do IDT, I.P. e do SICAD estão disponíveis em <http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Instrumentos/RelatoriosAtividade/Paginas/default.aspx>, acessado em novembro de 2014)

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, *Plano de Actividades 2014*, Lisboa

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013), Plano Estratégico 2013-2015, Lisboa (disponível em

<http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Instrumentos/PlanoEstrategico/Paginas/default.aspx>  
(acedido em novembro de 2014)

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013), Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD) 2013-2020, Lisboa (disponível em [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/61/Plano\\_Nacional\\_2013\\_2020\\_corrigido.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/61/Plano_Nacional_2013_2020_corrigido.pdf), acedido em novembro de 2014)

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013), Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão (LOID), Lisboa (disponível em [http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD\\_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/27/Linhas\\_de\\_Orientacao\\_para\\_a\\_Intervencao\\_em\\_Dissuasao.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/27/Linhas_de_Orientacao_para_a_Intervencao_em_Dissuasao.pdf), acedido em novembro de 2014)

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014), Relatório Anual sobre A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2013, Lisboa (disponível em [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/72/Relat%C3%B3rioAnual\\_2013\\_A\\_Situa%C3%A7%C3%A3o\\_do\\_Pa%C3%ADs\\_em\\_mat%C3%A9ria\\_de\\_drogas\\_e\\_toxicodepend%C3%Aancias.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/72/Relat%C3%B3rioAnual_2013_A_Situa%C3%A7%C3%A3o_do_Pa%C3%ADs_em_mat%C3%A9ria_de_drogas_e_toxicodepend%C3%Aancias.pdf), acedido em janeiro 2015)

WHO Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Young *et al* (2014), Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Systematic Reviews* 3:50. (Disponível em <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/3/1/50> (acedido em novembro 2014)