

Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº5 • DEZEMBRO 2019

adictologia

Avaliação do retorno e impacto social (SROI) em doentes com hepatite C integrados em PSBLE – Estudo exploratório

Paulo Lopes, Georg Dutschke, Cláudia Pereira, Elsa Belo, Henrique Prutêncio, Catarina Brito, Jorge Oliveira, Emília Leitão, R. Tato Marinho, Paula Peixe, José Vera & Rodrigo Coutinho

Caracterização do perfil de consumo de álcool em contextos académicos de Aveiro

Ana Paula Caetano, Pedro Rodrigues, Juliana Loureiro, João Baía

Forensic Psychiatry Scenario in the largest security ward in Portugal

Teresa Carvalhão, Patrícia Jorge, Paula Batalim

Adição aos Jogos Online: a propósito de um caso clínico

Patrícia Jorge, Jorge Carvalheiro, Luísa Delgado

Chemsex: caso clínico

Mafalda Sousela

REVISTA ADICTOLOGIA
Publicação científica editada pela
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas
e das Dependências

DIRETOR
Nuno Silva Miguel

CONSELHO EDITORIAL
Alice Castro
Carlos Vasconcelos
Catarina Durão
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida

PROPRIEDADE
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, nº 18 – 4º O
3030-403 Coimbra

www.adictologia.com
geral@adictologia.com

DESENHO E PAGINAÇÃO
Henrique Patrício
Imagem de capa: Freepik

ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral

adi cto. logia

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE
ADICTOLOGIA
NÚMERO 5 • 2019

- 04** **Editorial**
Nuno Miguel
- 06** **Avaliação do retorno e impacto social (SROI) em doentes com hepatite C integrados em PSBLE – Estudo exploratório**
Paulo Lopes, Georg Dutschke, Cláudia Pereira, Elsa Belo, Henrique Prutêncio, Catarina Brito, Jorge Oliveira, Emília Leitão, R. Tato Marinho, Paula Peixe, José Vera & Rodrigo Coutinho
- 14** **Caracterização do perfil de consumo de álcool em contextos académicos de Aveiro**
Ana Paula Caetano, Pedro Rodrigues, Juliana Louceiro, João Baía
- 26** **Forensic Psychiatry Scenario in the largest security ward in Portugal**
Teresa Carvalhão, Patrícia Jorge, Paula Batalim
- 36** **Adição aos Jogos *Online*: a propósito de um caso clínico**
Patrícia Jorge, Jorge Carvalheiro, Luísa Delgado
- 42** ***Chemsex*: caso clínico**
Mafalda Sousela

EDITORIAL

NUNO MIGUEL

A Estratégia Nacional de Luta contra a droga, cujo vigésimo aniversário se comemora agora, ao contrário do que muitas vezes parece não representa uma inflexão no pensamento e ação nacional em relação às drogas — fruto de algum iluminado — mas é a apresentação, numa forma coerente organizada e fundamentada, de um trabalho, que já se vinha fazendo desde há vários anos, e a assunção clara, por um governo corajoso, do conjunto das linhas desse trabalho incluindo a descriminalização das drogas que em muitos aspectos já era um facto adquirido.

Nem sempre a história oficial se faz com as verdades, mas antes com as aparências. O facto dos primeiros organismos oficiais do combate à droga estarem inseridos no Ministério da Justiça alimentou entre os apressados a leitura fácil de que isso se devia ao facto de Portugal encarar nessa altura os toxicodependentes como criminosos e não como doentes. Nada mais falso: Os Centros de Estudos e Profilaxia da Droga embora dependentes do Ministério da Justiça — por razões de circunstância e conveniência — tinham um quadro de pessoal com enfermeiros, médicos e psicólogos, que sempre foram dirigidos por psiquiatras e exerciam uma ação preventiva e terapêutica claramente orientada numa perspectiva de saúde e não de repressão.

E as próprias leis, anteriores à Estratégia Nacional, para cuja elaboração julgo terá contribuído o Dr. António Lourenço Martins que veio também a pertencer à Comissão da Estratégia, embora criminalizando o consumo, tinham já uma perspectiva clínica e ressocializante e estabeleciam já a

categoria especial de traficante consumidor considerando o consumo uma atenuante do tráfico.

E o pensamento dominante na época, mesmo entre os partidários da manutenção da criminalização, era de que esta representava um sinal que a sociedade dava aos jovens, sobre a perigosidade de certas substâncias, mas nunca defendendo medidas expressamente repressivas, aceitando inclusivamente medidas em clara contradição com a perspectiva criminalizadora como os programas de troca de seringas.

E se a criminalização se mantinha, a verdade é que ela, embora justificando e originando a brutalidade de muitas intervenções policiais junto dos toxicodependentes, não se traduzia em condenações a penas de prisão efectivas dos consumidores quando não havia presunção de tráfico.

Mas a verdade é que muitos cidadãos que procuravam consultas como doentes relatavam ser alvo de intervenções policiais arbitrárias e humilhantes e até de chantagem para que testemunhassem em tribunal contra os traficantes que os abasteciam com claro risco da sua segurança a troco de não seguirem para a frente com os processos respeitantes ao seu próprio consumo.

E isto só era possível por o consumo de droga e a posse para consumo serem considerados crime.

E os terapeutas não podiam deixar de sentir e sintonizar com o seu sofrimento e com as suas dificuldades e de viver como uma contradição insanável o facto de Sociedade considerar criminosos os doentes que viam e procuravam tratar.

Assim, muitos pensavam que considerar o consumo um crime era uma injustiça e se muitas pessoas

defendiam a descriminalização das drogas leves outras consideravam ainda mais injusta a criminalização das drogas duras e desde sempre se pronunciaram no sentido da descriminalização.

Ou seja, embora a descriminalização do consumo tenha sido uma medida muito importante foi-o fundamentalmente por libertar os consumidores duma criminalização injusta, mas não é a responsável pelo sucesso da política portuguesa em relação às drogas como muitas vezes é afirmado. A que se deve então o sucesso da política portuguesa em relação às drogas?

Em meu entender deve-se á criação de uma rede de intervenção abrangendo o conjunto de aspectos do fenómeno, dotada de meios e profissionais competentes e com uma atitude nova em relação aos seus objectivos.

Esta mudança começou com a criação do Projecto Vida que introduziu uma perspectiva interministerial no pensamento e na acção em relação às drogas que infelizmente hoje falta, e com a fundação do Centro das Taipas numa clara abordagem integradora das várias dimensões da toxicoddependência. E a partir da experiência do Centro das Taipas novos Centros foram surgindo cobrindo progressivamente o conjunto do país, numa evolução não tão rápida como seria desejável, mas acabando por constituir uma rede importante para uma resposta global à situação.

Por outro lado o Projecto Vida integrando a Saúde, a Segurança Social, a Juventude, a Justiça, a Administração Interna, a Educação, a Defesa Nacional, num programa interdisciplinar, permitiu uma outra forma de olhar para as toxicoddependências e a criação de respostas noutros ministérios (como o Escola viva, e o Vida Emprego por exemplo) e a colaboração com outras organizações da sociedade civil, o que que permitiu a criação de uma rede de comunidades terapêuticas, o programa de troca de seringas, a colaboração da ANF na concepção da solução de Metadona e a sua execução pelo Laboratório Militar, a administração de metadona nas farmácias etc

Há quem pense que foi a Estratégia aprovada há 20 anos, principalmente a partir da descriminalização

do consumo, que mudou a política portuguesa em relação às drogas hoje tão aplaudida mundialmente. E quem pense que foi a Estratégia que permitiu que fossem criadas medidas de redução de riscos e danos tão aplaudidas posteriormente.

Mas isso não é verdade! Já existia uma política de redução de riscos em Portugal antes da Estratégia. Celebramos hoje os 20 anos de aprovação da Estratégia mas o Programa de troca de seringas foi criado em 1993, a intervenção no Casal Ventoso com Centro de Abrigo, Gabinete de Apoio, Centro de Acolhimento e Equipas de Rua é iniciada em vários anos antes. Incluindo um programa de substituição opiácea de baixo limiar. Ou mesmo melhorando as condições em que os toxicoddependentes injectavam. Ou seja, não foi a Estratégia aprovada há 20 anos que criou a política em relação às drogas.

Foi a política desenvolvida a partir de 1987 com a criação do Projecto Vida e do SPTT e pelo espírito de adaptação às novas realidades numa atitude centrada nas necessidades e situação da população, só possível pela proximidade em relação ao terreno que os dirigentes mantinham que tornou possível aprovar o documento, que hoje justamente celebramos, e que justificava e fundamentava teoricamente uma prática que já se desenvolvia, tornando-a mais coerente e institucionalizando-a. Nomeadamente a concretização em textos legais da descriminalização e a instituição das Comissões de Dissuasão da Toxicoddependência que constituem uma área de trabalho muito importante. E, também, a publicação do decreto da área de redução de riscos permitindo institucionalizar um trabalho que já se fazia e que a partir daí foi desenvolvido, reforçado e melhorado.

Mas temos a lamentar que este trabalho, laboriosamente construído desde há mais ou menos 40 anos, institucionalizado há 20 e aplaudido desde então, esteja progressivamente a ser destruído pelas transformações na orgânica do serviço, pela falta de uma definição clarificadora da política sobre adições e pela ausência de meios.

AVALIAÇÃO DO RETORNO E IMPACTO SOCIAL (SROI) EM DOENTES COM HEPATITE C INTEGRADOS EM PSBLE – ESTUDO EXPLORATÓRIO

PAULO LOPES¹, GEORG DUTSCHKE^{2,4},
CLÁUDIA PEREIRA¹, ELSA BELO¹,
HENRIQUE PRUTÊNCIO³, CATARINA
BRITO⁴, JORGE OLIVEIRA¹,
EMÍLIA LEITÃO¹, R. TATO MARINHO⁵,
PAULA PEIXE⁶, JOSÉ VERA⁷ & RODRIGO
COUTINHO¹

¹Ares do Pinhal, ²Universidade Atlântica, ³Escola
Técnica Psicossocial de Lisboa, ⁴Universidade
Autónoma, ⁵Centro Hospitalar Lisboa Norte, ⁶Centro
Hospitalar Lisboa Ocidental, ⁷Centro Hospitalar
Barreiro-Montijo

Autor correspondente:
Paulo Lopes (paulo.lopes@aresdopinhal.pt)

RESUMO

O Relatório Mundial sobre Drogas coloca em evidência que a prevalência do vírus da hepatite C (VHC) é uma das principais causas de cirrose e carcinoma hepatocelular a nível global. Este relatório estima que o VHC seja o responsável pela morte anual de cerca 700.000 pessoas por doença hepática, estando associado a altos níveis de morbilidade e mortalidade com custos elevados de saúde e socioeconómicos (UNODC, 2017).

É objetivo deste estudo exploratório procurar determinar qual o retorno socioeconómico proporcionado pelo tratamento para o VHC de indivíduos integrados no PSBLE, utilizando a metodologia SROI (Social Return of Investment).

Numa primeira abordagem os resultados deste estudo exploratório permitiram estimar que por cada euro investido a sociedade recebe de volta 3,75€. Trata-se de um valor de SROI muito positivo, que demonstra a capacidade deste investimento em criar valor acrescentado à sociedade, assim como de proporcionar um maior bem-estar a quem dele necessita e à própria sociedade.

Palavras-Chave: Comportamentos Aditivos e Dependências, Hepatite C, Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), Retorno Social do Investimento (SROI).

INTRODUÇÃO

O Relatório Mundial sobre Drogas estimou que, no ano de 2015, 12 milhões de utilizadores de drogas consumiram por via injectada e destes, mais de metade (6.1 milhões) foram infectados pelo vírus da hepatite C (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2017).

A prevalência da infeção pelo VHC tem vindo a aumentar globalmente (Petruzzello e colaboradores, 2016), sendo uma das principais causas de cirrose e carcinoma hepatocelular (Lavanchy, 2009). Estima-se que seja o responsável pela morte anual de cerca 700.000 pessoas por doença hepática (WHO, 2016), estando associado a altos níveis de morbidade e mortalidade com significativos custos para a saúde, sendo por estas razões um grave problema de saúde pública.

Encontra-se amplamente comprovado que o principal fator de risco para a transmissão do VHC é através da partilha inter pares de material utilizado para o consumo de drogas, o que faz com que os indivíduos consumidores de substâncias por via injectada sejam o principal grupo de risco na aquisição e disseminação da infeção, colocando elevados problemas de saúde pública com reflexos importantes a nível socioeconómico. Num estudo em Portugal, a taxa de seroprevalência para o Ac VHC entre indivíduos que utilizavam substâncias pela via injectada foi de 97% (Silva e colaboradores, 2017). Estima-se que estes comportamentos de risco sejam responsáveis por 78% de novas infeções por VHC na Europa (ECDC, 2017).

Deste modo, o tratamento para o VHC deve ser uma prioridade para o serviço nacional de saúde. De acordo com inúmeros autores é muito importante evitar os estádios mais avançados da doença provocada pelo VHC dadas as despesas que este facto acarreta tanto para o doente como para o sistema de saúde, nomeadamente as hospitalizações, consultas médicas, medicamentos, análises e exames médicos, bem como os transplantes nos casos mais extremos de falência hepática (Anjo e colaboradores, 2014; Marinho, Vítor & Velosa, 2014; Smith, Combellick, Jordan & Hagan, 2015).

Em Portugal, os gastos anuais relacionados com a hepatite C ascendem a cerca de 71 milhões de euros, sendo aproximadamente 83% deste valor (60 milhões de euros) provocados pelos tratamentos das complicações da doença, pelas frequentes hospitalizações e muitas vezes pela necessidade de se efectuar transplante hepático. Estes resultados vêm demonstrar que a infeção por VHC é uma doença com elevado impacto económico na sociedade, justificando em absoluto a existência de um programa nacional de prevenção e rastreio na área da hepatite C e a enorme importância de promover de forma massiva o seu tratamento (Anjo e colaboradores, 2014; Marinho e Barreira, 2013; Marinho e colaboradores, 2014).

O tratamento da hepatite C é um exemplo de capacidade da medicina moderna. Diversos tipos de medicamentos têm sido usados para tratar a Hepatite C: primeiro o Interferão com 6% de eficácia, em 1995

a Ribavirina em combinação com Interferão (34%-42% de eficácia) em 2001 Interferão peguado uma vez por semana com Ribavirina (com 45% de eficácia para genótipo 1 e 70% a 80% para o genótipo 3). Em 2011 surge a terapêutica tripla: através da combinação de Interferão peguado, Ribavirina associados a Boceprevir ou Telaprevir com cura em 70% a 80% dos casos. Em 2014 surgem os antivirais de ação direta (AAD) atualmente com taxas de sucesso de 97%. Num quarto de século a percentagem de cura aumentou de 6% para mais de 95% dos casos. O tratamento de 3 injeções durante 48 semanas passou para a toma de 1 a 3 comprimidos/dia durante 8 a 12 semanas.

No final de 2014 foi implementado em Portugal um programa nacional para o tratamento de doentes com infeção crónica por vírus da hepatite C com recurso a estes AAD. Este programa fez com que Portugal fosse um dos primeiros países europeus a implementar uma medida estruturante para a eliminação da hepatite C (Falcão e colaboradores, 2019).

PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO EM BAIXO LIMiar DE EXIGÊNCIA (PSBLE)

O PSBLE é um programa de proximidade aos consumidores de substâncias psicoativas da cidade de Lisboa que não acedem aos centros de tratamento convencionais ou outros serviços de saúde e sociais. Trata-se de uma intervenção no âmbito da redução de riscos e danos, com utilização de unidades móveis na prestação de cuidados de saúde, apoio psicossocial e na administração de um programa de metadona em baixo limiar de exigência e é frequentado diariamente por cerca de 1200 utentes. O PSBLE é gerido pela Associação Ares do Pinhal desde a sua criação em 1998, sendo co-financiado em 80% pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) e 20% pela Câmara Municipal de Lisboa (CML) e monitorizado tecnicamente pela Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Lopes, Trigo, Coutinho, Leitão, Miguel & Oliveira, 2016).

Em 2018 foram rastreados 1.229 indivíduos (dos 1.660 utentes que frequentaram o PSBLE) onde 799 (65%) apresentaram Ac VHC+. Tendo em conta que, por defeito, 65% destes 799 utentes serão RNA VHC+, estimamos que mais de 500 indivíduos do PSBLE têm indicação para tratamento.

O PSBLE E O TRATAMENTO DO VÍRUS DA HEPATITE C

1ª ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Até 2013 as pessoas com Ac VHC+ eram encaminhadas para os Cuidados de Saúde Primários. No entanto grande parte dos doentes ou não conseguia chegar ou não tinham médico de Medicina Geral e Familiar, sendo diminuto o acesso efetivo às consultas da especialidade hospitalares. Apenas os doentes co-infetados com VIH eram acompanhados pela especialidade de infeciologia e em alguns casos, os clínicos arriscavam o tratamento com Interferão e Ribavirina. Mas a grande maioria dos doentes não iniciou ou não completou o tratamento devido aos seus efeitos secundários e/ou aos longos períodos de tempo do tratamento.

2ª ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Após o advento dos medicamentos antivirais de ação direta (AAD) e tendo em conta que em 2014 foi implementado em Portugal um programa nacional para o tratamento de doentes com infeção crónica por vírus da hepatite C foi iniciada a 2ª estratégia do PSBLE para a ligação destes doentes ao tratamento do vírus da Hepatite C. A estratégia consistia em encaminhar as pessoas com informação clínica detalhada para a rede de Cuidados de Saúde Primários. No entanto esta solução mostrou-se claramente deficiente em termos de adesão dada a quantidade de etapas e barreiras com que os doentes se deparavam. A fraca adesão ficou claramente demonstrada pelos dados recolhidos em 2015 para o trabalho de Silva e colaboradores (2017) onde se observou que dos 348 participantes com RNA VHC+, 132 (38%) referiram ter tido alguma consulta

de especialidade num Hospital mas apenas 18,5% mantinham acompanhamento regular na consulta e só 5,2% referiram ter efetuado tratamento para o VHC. O estudo também revelou que 30% (105/348) apresentavam valores de elastografia compatíveis com doença do fígado grave ou muito grave (11,4% - F3 e 18,6% - F4 cirrose hepática).

3ª ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Após vários esforços para encontrar soluções que aumentassem a ligação destes doentes às consultas, em Outubro de 2017 foi possível estabelecer uma nova estratégia através de um protocolo informal com o Serviço de Gastrenterologia, o Laboratório de Análises e a Farmácia Hospitalar do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) sem ter de recorrer ao tradicional meio de referência via Cuidados de Saúde Primários. Desde essa altura tem sido possível realizar no serviço de Gastrenterologia do CHLN consultas, elastografias e análises clínicas às pessoas do PSBLE já identificadas com anti-corpo positivo para VHC.

Em caso de RNA + o especialista do Serviço de Gastrenterologia faz o pedido de tratamento no portal criado pelo Ministério da Saúde para esse efeito. Quando aprovado o tratamento, é solicitado ao doente uma autorização por escrito para a recolha na Farmácia Hospitalar do CHLN da respetiva medicação pela equipa do PSBLE, sendo esta administrada diariamente na Unidade Móvel (UM) em toma de observação directa (TOD) pela equipa de enfermagem do Programa durante o tempo de tratamento. Finalizado o tratamento, é levantada no CHLN a requisição de análises de RNA VHC. A colheita de sangue para esta análise é feita também na UM sendo estas amostras entregues no Serviço de Análises Clínicas do Hospital.

Esta metodologia acrescenta uma enorme mais-valia ao tratamento da doença por apenas obrigar a uma única deslocação do doente ao Hospital. Das 245 consultas marcadas para o CHLN, 118 doentes foram a uma consulta e, até à data, 71 destes doentes já efetuaram tratamento na UM com 100% de adesão ao mesmo. Esta metodologia permitiu encaminhar 48% dos doentes marcados

para consulta da especialidade, percentagem muito favorável quando comparada com a metodologia da 1.ª fase de intervenção.

4ª ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Esta melhoria na adesão dos doentes à ligação aos cuidados de saúde para o tratamento do Vírus da Hepatite C, foi exponenciada por ter sido possível acrescentar uma nova estratégia em Fevereiro de 2019, numa parceria que envolve os Serviços de Gastrenterologia, de Análises Clínicas e da Farmácia Hospitalar do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO). Esta estratégia consiste na deslocação de uma especialista em Gastrenterologia do CHLO à UM para efetuar as consultas nos períodos em que os doentes vão à sua toma diária de metadona. Os doentes são incentivados a fazerem a consulta e, se aderirem, são registados na base de dados do CHLO. As colheitas de sangue para despiste do VHC (Ac e RNA) são efetuadas na UM e entregues no Laboratório deste Centro Hospitalar. Se o resultado for positivo para o RNA o processo rege-se pelos mesmos moldes da intervenção anterior. Se os doentes revelarem Ac VHC negativo, são informados e é efetuada uma acção de educação para a saúde.

Com esta estratégia o doente não tem de se deslocar ao Hospital e conseguimos aumentar a taxa de adesão dos doentes à consulta para cerca de 80%.

RETORNO SOCIAL DO INVESTIMENTO / SOCIAL RETURN OF INVESTMENT (SROI)

O objetivo deste estudo exploratório é procurar determinar qual o retorno socioeconómico (positivo/negativo/neutro) proporcionado pelo tratamento do VHC dos indivíduos integrados no PSBLE. Este estudo fundamenta-se na metodologia do SROI (Social Return of Investment) que tem por objetivo perceber o retorno do investimento social e de bem-estar gerado na sociedade (García e García, 2014). Estes autores defendem que o SROI, tendo como base a análise tradicional de custo-benefício e

contabilidade social, tem a capacidade de demonstrar como uma organização ou projecto social é capaz não só de gerar bem-estar social mas também um retorno financeiro. Brest e Harvey (2008) referem que o SROI avalia os recursos utilizados para implementar a missão de uma organização social, sendo que quanto mais valor social se obtenha com menos recursos, maior será o SROI. Scholten e colaboradores (2006) referem o interesse no SROI para os vários intervenientes interessados (stakeholders) por ser fundamental conhecerem, com métricas, o impacto do dinheiro investido em projetos sociais, mas que, apesar de ser essencial o uso do Princípio da Monetização (atribuição de um valor monetário ao estudo do impacto social), a análise de SROI não será completa sem uma informação qualitativa sobre o impacto do projeto.

Segundo Nicholls e colaboradores (2009) o SROI proporciona mais valias adicionais ao cálculo do retorno do investimento social por: a) facilitar a comunicação interna e externa; b) promover a discussão estratégica; c) gerar nova informação; d) ajudar na comunicação com os stakeholders, e) permitir decisões mais eficazes e maior clareza na gestão; f) ajudar a organização a focar nos impactos críticos e na mudança; g) facilitar a entrada de novos investidores sociais; h) melhorar a imagem da organização, e i) ajudar as organizações a maximizarem o seu valor social. A metodologia SROI tem, no entanto, algumas limitações. Roux (2012) identifica as seguintes: i) não havendo um sistema de informação eficaz, a recolha de dados é difícil e o custo de implementação elevado; ii) por vezes, os resultados são baseados em pressupostos, que podem ser subjetivos; iii) quando a análise não é realizada de forma exaustiva, existe o risco de identificar, apenas, os impactos diretos, ignorando alguns menos óbvios.

METODOLOGIA

Para cálculo do SROI referente ao projeto de prevenção e tratamento do vírus da hepatite C realizado no PSBLE, seguimos as recomendações referenciadas na bibliografia anexa, concretamente:

1. O projeto principiou pela definição precisa do âmbito do SROI que pretendíamos calcular

e pela identificação dos intervenientes que melhor pudessem contribuir para um cálculo consistente. Assim foi criado um grupo de trabalho composto por profissionais de Ares do Pinhal e alguns intervenientes considerados como passíveis de dar contributos importantes ao projeto nomeadamente a polícia municipal, investigadores que trabalham o SROI, e estudantes interessados nesta área;

2. O custo anual do projeto foi quantificado considerando: 1) o custo com a estrutura que inclui a equipa técnica, a recolha e entrega de amostras de sangue, veículos de apoio e outros gastos gerais (comunicações, combustível, seguros e parquímetros) e 2) o custo do tratamento por indivíduo.
3. Os possíveis benefícios (ganhos directos e/ou poupanças) do projeto foram identificados com recurso a diferentes fontes nomeadamente à experiência e conhecimento acumulados de Ares do Pinhal, ao conhecimento técnico dos intervenientes participantes e aos dados secundários disponíveis em artigos científicos e documentos/sites de estatística (INE e PORDATA). Da análise e interpretação destas fontes, foram identificadas três classes de benefícios para a sociedade que são monetizáveis:

• BENEFÍCIOS RESULTANTES DA PARAGEM DOS CONSUMOS E/OU DA REINTEGRAÇÃO NA VIDA ATIVA

Cada utente em fase activa de consumos gasta, em média, 50€ de consumo por dia. Este gasto é realizado sem IVA (não gera valor para a sociedade) e o facto de estar habitualmente desempregado também não promove ganhos para a sociedade.

O benefício traduz-se através da paragem dos gastos com os consumos e do aumento do número de utentes empregados (e que irão contribuir com o pagamento de impostos sobre o trabalho, gastos em bens de consumo lícitos e pagamento para a segurança social), poupanças no RSI (menos beneficiários dependentes do RSI) e no subsídio de desemprego.

• BENEFÍCIOS A NÍVEL DE CUSTOS PARA O SNS

Com base no histórico dos rastreios do Ac VHC efetuados no PSBLE e nos resultados do estudo de Silva e colaboradores (2017), estima-se, por defeito, que cerca de 65% dos utentes que frequentam o PSBLE são Ac VHC+, dos quais 65% serão RNA VHC+ (hepatite ativa) e que cerca de 20% dos utentes RNA VHC+ irão evoluir para patologias mais graves como a cirrose e o carcinoma hepatocelular (valor aceite consensualmente pela comunidade científica internacional). Dado que no PSBLE o acompanhamento dos utentes é diário, a prevenção, o rastreio, a ligação aos cuidados de saúde especializados, a administração da medicação em TOD e a monitorização do tratamento do VHC ficam amplamente assegurados.

O benefício traduz-se através da redução do número de utentes infetados com VHC e conseqüentemente na diminuição de quadros de evolução para doença hepática grave e respetivos custos. Para além deste ganho a nível da saúde individual, o tratamento do VHC na população do PSBLE diminui a disseminação do vírus trazendo benefícios evidentes para a saúde pública.

• BENEFÍCIOS A NÍVEL DA CRIMINALIDADE

Estimamos por defeito que, em média, cada indivíduo em consumos ativos realiza no mínimo um pequeno furto por ano. Com base em informação recolhida junto da Polícia Municipal, o custo da detenção e respetivo processo administrativo (não considerando o custo com ida a tribunal e possível prisão) é estimado em 366€ por furto.

O benefício traduz-se através da redução do número de episódios ligados à criminalidade.

4. Monetizar os benefícios e calcular o impacto do projeto.

RESULTADOS

Este trabalho de investigação tem como objetivo estimar o SROI do projeto realizado pela Ares do Pinhal na prevenção e tratamento do VHC. Até esta fase do projeto foi possível verificar que a metodologia SROI permite calcular o impacto monetizado deste projeto na sociedade, utilizando como amostra os utentes acompanhados por Ares do Pinhal. Para o cálculo do SROI exploratório estimámos os custos e benefícios (monetizados) do projeto.

Procurámos, também, benefícios qualitativos tal como sugerido por Scholten e colaboradores (2006).

CUSTOS

O projeto de prevenção e tratamento do VHC desenvolvido pela Ares do Pinhal teve, no período em estudo, um custo de 546.000€, considerando a estrutura e o tratamento.

ESTRUTURA

O custo da estrutura dedicada a este projeto é de 120.000€ por ano, considerando equipa técnica, recolha e entrega de sangues, veículos de apoio e outros gastos gerais.

TRATAMENTO

No período em estudo, a Ares do Pinhal acompanhou o tratamento de 71 indivíduos. O custo de tratamento, por indivíduo, do VHC é de 6.000€. Logo, o investimento total foi de 426.000€.

BENEFÍCIOS

Como antes referido, foram até agora identificados três tipos de benefícios monetizáveis: 1) Benefícios resultantes da paragem dos consumos e/ou a reintegração na vida ativa; 2) Benefícios a nível de custos para o SNS; 3) Benefícios a nível da criminalidade;

Nota: além dos benefícios monetizáveis, existem ainda benefícios qualitativos para a comunidade mas que não foram possíveis quantificar para este trabalho.

Passamos agora a monetizar cada um dos benefícios:

1. BENEFÍCIOS RESULTANTES DA PARAGEM DOS CONSUMOS E/OU A REINTEGRAÇÃO NA VIDA ATIVA

Cada utente em fase activa de consumos gasta, em média, 50€ de consumo por dia. Este gasto é realizado sem IVA (não gera valor para a sociedade) e o facto de estar habitualmente desempregado também não promove ganhos para a sociedade.

Em relação aos gastos com o consumo, nos 71 indivíduos tratados o valor total de aquisição de drogas para consumo seria de 1.295.750€ por ano. Este valor, por ser gasto na aquisição de substâncias ilícitas não gera IVA. Não sendo gasto em compras ilícitas, é sensato admitir que este valor acabará por ser gasto em bens de consumo lícitos, sujeitos a IVA. Desta forma, o IVA obtido pela sociedade será de 259.150€ (considerando uma taxa média de IVA de 20%).

Em relação à reintegração na vida ativa, dos 71 indivíduos tratados, 7 conseguiram alcançar projetos de vida autónomos, trabalhar e contribuir para a sociedade. Em média, a idade destes indivíduos é de 45 anos, pelo que podem ter uma vida contributiva, no mínimo, de 20 anos. Sendo indivíduos pouco preparados para o mercado de trabalho considerá-los por defeito uma vida contributiva útil de 10 anos e o com o salário mínimo de 600€ / mês. Assim, o rendimento auferido ao longo da vida contributiva será de 588.000€. Este nível de rendimento não está sujeito a IRS, paga Segurança Social (11%) e gera IVA (médio de 20%). Logo, a sociedade recebe 64.680€ de SS mais 117.600€ de IVA. Também, estes 7 indivíduos deixam de receber RSI (180,70€ / mês), o que se traduz numa poupança ao longo da vida de 182.966€.

2. BENEFÍCIOS A NÍVEL DE CUSTOS PARA O SNS

Como já referido anteriormente, em 2018 foram rastreados 1.229 indivíduos (dos 1.660 utentes que frequentaram o PSBLE) onde 799 (65%) apresentaram Ac VHC+. Tendo em conta que, por defeito, 65% destes 799 utentes serão RNA VHC+, estimamos em 519 o número de indivíduos do PSBLE que têm necessidade de ser tratados. É consensual na comunidade científica internacional que, na ausência de

tratamento, 20% destes indivíduos irão evoluir para patologias mais complicadas como cirrose e cancro do fígado. Em Portugal o custo do tratamento destas patologias é estimado em cerca de 100.000€.

No período em estudo foram tratados do VHC 71 indivíduos. Na eventualidade de não o terem sido, era expectável que 14 (20%) destes indivíduos evoluíam para quadros de cirrose ou cancro do fígado, o que significaria um custo para o SNS de 1.400.000 € (14 x 100.000 €). Este valor corresponderá à poupança que o SNS tem pelo facto destes indivíduos terem sido tratados para o VHC.

3. BENEFÍCIOS E/OU POUPANÇAS A NÍVEL DA CRIMINALIDADE

Estima-se que prender um indivíduo devido a um pequeno furto tenha um custo de 366€. Este valor considera o custo de prender um indivíduo na via pública, o transporte até à esquadra e respetivo processo burocrático. Considerando, por defeito, que cada indivíduo tratado deixa de realizar um pequeno furto por ano, a poupança para a sociedade é de 25.986€.

4. BENEFÍCIOS QUALITATIVOS PARA A COMUNIDADE

Nos valores acima descritos não estão monetizados os ganhos para a saúde pública. No entanto é possível identificar, entre outros, benefícios relacionados com a limitação na disseminação do VHC, o que se traduz em menor número de casos de VHC RNA+, cirroses e cancros do fígado. O cálculo deste e de outros indicadores importantes, mas que não foi possível serem trabalhados para este estudo, serão apresentados num próximo estudo de continuidade.

SROI DO PSBLE

Somando as mais valias (contribuição + poupanças) para a sociedade dos três benefícios identificados, obtém-se um valor de 2.050.382€. Assim, é possível afirmar que o valor de 546.000€ dedicado a este projeto, não é um custo, mas sim, um investimento. Pois, por cada 1€ investido, a sociedade recebe 3,75€.

Conclusão

Duas questões de investigação foram colocadas no início deste trabalho:

- A metodologia SROI é válida para estimar os benefícios deste programa para a sociedade?
- É possível monetizar os benefícios deste programa para a sociedade e, desta forma justificar a sua relevância?

Consideramos que é possível responder positivamente a ambas as questões. Com base na revisão bibliográfica efetuada foi possível implementar a metodologia SROI, identificar e monetizar benefícios para a sociedade. Quantificando em euros os benefícios e comparando com o custo (investimento) necessário, foi possível estimar o Retorno do Investimento para a Sociedade (SROI). Por cada um euro investido, a sociedade recebe de volta 3,75€. Quando o valor recebido é superior ao valor disponibilizado, é possível afirmar que se trata de um investimento e não de um custo. Na realidade está a criar valor na sociedade, além, de, naturalmente proporcionar um maior bem-estar a quem necessita e à própria sociedade.

Este trabalho agora apresentado é apenas o início de um projeto mais amplo que está em curso.

Neste sentido pretendemos futuramente:

- Identificar e monetizar novos benefícios obtidos pela sociedade com a prevenção e tratamento do VHC;
- Realizar um estudo longitudinal, procurando verificar os benefícios obtidos por cada utente tratado ao longo da vida.

Acreditamos que esta linha de investigação, pode trazer uma perspetiva muito relevante sobre as mais valias para a sociedade proporcionadas pelo investimento nos programas de redução de danos.

BIBLIOGRAFIA

- Anjo, J., Café, A., Carvalho, A., Doroana, M., Fraga, J., Gíria, J. e colaboradores (2014). O impacto da hepatite C em Portugal. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 21, 44-54.
- Brest, P. & Harvey, H. (2008). *Money Well Spent: A Strategic Plan for Smart Philanthropy*. Stanford Business Books, Stanford, USA.
- European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC (2017). *Hepatitis C surveillance in Europe 2013*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-c-surveillance-europe-2013>. [Acesso em 23 de maio de 2019].
- Falcão, F., Lopes, C., Viegas, E., Perez, R., Aldir, I., Farinha, H., et al. (2019). Experiência de um centro Português: eficácia dos Antivirais de Acção Direta no tratamento da Hepatite C. *Acta Médica Portuguesa*, 32, 189-194.
- García, A. & García, M. Y. (2014): Análisis de Retorno Social de la Inversión en dos sistemas de apoyo a personas con gran discapacidad: asistencia personal y servicio residencial. Un estudio de caso. *Revista Española de Discapacidad*, 2, 51-69.
- Lavanchy, D. (2009). The global burden of hepatitis C. *Liver International*, 29, 74-81.
- Lopes, P., Trigo, H., Coutinho, R., Leitão, E., Miguel, N., & Oliveira, J. (2016). Low Threshold Methadone Program: 13 Years of Experience in Portugal. In Christopher Smith and Zack Marshall (Eds.), *Critical Approaches to Harm Reduction: Conflict, Institutionalization, (De-) Politicization, and Direct Action* (pp. 23-40). New York: Nova Publishers. ISBN: 978-1-63484-878-7.
- Marinho, R., Vitor, S. & Velosa, J. (2014). Benefits of curing hepatitis C infection. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 23, 85-90.
- Marinho, R. & Barreira, D. (2013). Hepatitis C, stigma and cure. *World Journal of Gastroenterology*, 19, 6703-6709.
- Nicholls, J., Lawlor, E., Neitzert, E. & Tim, G. (2009). A guide to social return on investment. Disponível em: <http://socialvalueuk.org>. [Acesso em 23 de maio de 2019].
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência (2016). *Relatório Europeu sobre Drogas 2016: Tendências e evoluções*. Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- Petruzzello, A., Margliano, S., Loquercio, G., Cozzolino, A., Cacciapioti, C. (2016). Global epidemiology of hepatitis C virus infection: An up-date of the distribution and circulation of hepatitis C virus genotypes. *World Journal of Gastroenterology*, 22, 7824-40.
- Roux, H. N. (2012). El SROI, un método para ayudar a medir las inversiones sociales. *Fundación Dialnet*, 241, 48-55.
- Scholten, P., Nicholls, J., Olsen, S. & Galimidi, B. (2006). *Social return on investment. A guide to SROI analysis*. Amstelveen: Lenthe Publishers, Holanda.
- Silva, M. J., Pereira, C., Loureiro, R., Balsa, C., Lopes, P., Água-Doce, I., Belo, E., Martins, H.C., Coutinho, R. & Pádua, E. (2017). Hepatitis C in a Mobile Low-Threshold Methadone Program. *European Journal Gastroenterology Hepatology*, 29, 657-662.
- Smith, D., Combellick, J, Jordan, A. & Hagan, H. (2015). Hepatitis C virus (HCV) disease progression in people who inject drugs (PWID): A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug Policy*, 26, 911-921.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2017). *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).
- World Health Organization - WHO (2016). *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection*. Update version; 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK362924/>. [Acesso em 23 de maio de 2019].

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM CONTEXTOS ACADÉMICOS DE AVEIRO

CHARACTERIZATION OF ALCOHOL CONSUMPTION PROFILE IN ACADEMIC CONTEXTS FROM AVEIRO

ANA PAULA CAETANO (1),
PEDRO RODRIGUES (2),
JULIANA LOUCEIRO (3),
JOÃO BAÍA (4)

(1) Licenciada em Serviço Social,
mestre em Psicologia Clínica,
coordenadora e assistente
social do Projeto Giros

(2) Licenciado, mestre e doutorado em
Psicologia, psicólogo do Projeto Giros

(3) Licenciada e mestre em Ciências
da Educação, técnica superior de
educação do Projeto Giros

(4) Licenciado em Enfermagem,
enfermeiro do Projeto Giros

RESUMO

O consumo de álcool faz parte do ritual de integração da vida académica, sendo considerado um veículo de inclusão no grupo, estando também associado a comportamentos de risco, como condução sob o efeito de álcool e sexo desprotegido. O Projeto Giros surge neste âmbito com o objetivo de reduzir os riscos e minimizar os danos relacionados com o consumo excessivo de álcool nas festas e semanas académicas de Aveiro.

Neste estudo, a equipa inquiriu nas semanas académicas de 2016 a 2018, 661 estudantes universitários, com o objetivo de apurar as características sociodemográficas e o perfil de consumo de álcool dos seus frequentadores. Verificou-se que 69,10% dos inquiridos são do sexo masculino e apresentam uma média de idades de 20 anos. Quanto às características de consumo, constatámos que 37,30% dos inquiridos apresenta uma taxa de alcoolemia igual ou superior a 0,50g/l, reportando a ingestão de vários tipos de bebida e o consumo médio de 6 copos por noite. Não se verificam diferenças nas taxas esperadas e obtidas relativamente ao sexo e no consumo de álcool de acordo com a idade. O meio de transporte utilizado esteve dependente da taxa de alcoolemia, ou seja, quanto maior a taxa de alcoolemia maior a consciencialização na escolha do meio de transporte.

Palavras-chave: Intervenção em Contextos Académicos; Redução de Riscos e Minimização de Danos; Consumo de Álcool; Comportamentos de Risco

ABSTRACT

Alcohol consumption is part of the ritual of integrating in academic life; it is also considered a vehicle of inclusion in a group, and is associated to risk behaviors, such as driving under the influence of alcohol and unprotected sex. The Giros Project appears in this scope with the following aim: to reduce the risks and to minimize the damages related to the excessive consumption of alcohol in the academic parties from Aveiro.

In this study, 661 university students were inquired in the academic parties from Aveiro until 2016-2018. We aimed to collect data related to socio-demographic characteristics and the profile of alcohol consumption. It was found that 69,10% of the respondents were male and had a mean age of 20 years. Regarding consumption characteristics, we found that 37,30% of participants presented blood alcohol content equal to or greater than 0,50 g/l. Participants also reported that ingested various types of drink and the average consumption of 6 glasses per night. There were no differences in sex to the expected and obtained alcohol; alcohol consumption was not related to age. The vehicle used to go home was dependent on the rate of blood alcohol, i.e., higher blood alcohol content was associated to greater awareness in choice vehicles.

Keywords: Intervention in Academic Contexts; Risk Reduction and Minimization of Damage; Alcohol consumption; Risk behaviors.

INTRODUÇÃO

A entrada no ensino superior é um marco importante na vida do jovem adulto, constituindo-se como uma fase de transição entre o *ser* adolescente e o *ser* adulto. Marcada pela separação da família e dos amigos de escola, assim como pela confrontação com grupos e hábitos diferentes, esta é igualmente uma fase de transformação da autonomia. A necessidade de pertença a novos grupos é incentivada por rituais de integração que vão sendo transmitidos pelos alunos mais velhos. A estes rituais de integração está associado o consumo de álcool, como ilustrado pelos cânticos habitualmente entoados “*se quer ser cá da malta, tem de beber o copo até ao fim*”.¹

Para a generalização do consumo de álcool em contextos recreativos têm contribuído vários fatores, designadamente, a tolerância social que é concedida ao consumo, e a perceção de risco reduzido associado a este consumo; estes fatores têm favorecido a ideia de que estas condutas estão normalizadas. Nas últimas décadas, têm-se assistido a intensas modificações nos estilos de vida que alteraram, de um modo decisivo, as formas de beber e que fazem decrescer ou exacerbar as situações de risco. O consumo de álcool associa-se frequentemente a quadros de relacionamentos sociais de diferentes naturezas (ritual, comemorativa e recreativa) integrando os estilos de vida dos universitários.^{3,4}

A adesão dos jovens universitários à vida recreativa noturna é justificada por Melo e colaboradores⁵ pela importância que o plano recreativo pode desempenhar no processo de integração dos jovens na vida académica, bem como no combate ao stress e à frustração, associados a algum insucesso académico. O álcool é então um veículo de integração no grupo, mas também um forte “lubrificante social”, isto é, bebe-se porque se está contente e fica-se “contente” porque se bebeu. “Beber em conjunto é um ato social contagiante, capaz de influenciar todos os indivíduos que decidem e aceitam consumir em momentos de comemoração e festa” (p.1)⁶, facilitando o diálogo e transmitindo segurança e

sensualidade. O problema prende-se com o consumo excessivo de álcool, muitas vezes registado por estudantes universitários, e que levam à adoção de comportamentos de risco, como condução sob o efeito de álcool e sexo desprotegido, estando também muitas vezes associado a consumos de drogas ilícitas.^{7,8}

Segundo Perkins,⁹ o abuso de álcool pelos universitários acarreta consequências negativas a três níveis: (a) danos individuais, (b) danos a outras pessoas e (c) custos/danos institucionais. Nos primeiros incluem-se, por exemplo, menor comprometimento académico, atividade sexual desprotegida e indesejada, repercussões legais, condução perigosa, e risco de violação. Ao nível dos prejuízos para com outrem, salientam-se danos materiais e vandalismo, lutas e violência interpessoal, violência sexual, ocorrência de incidentes relacionados com o excesso de ruído. Relativamente às instituições, os danos referem-se a prejuízos materiais, atritos estudantis, perda da perceção do rigor académico, despesas legais e maior tempo exigido aos funcionários. Estas consequências são particularmente evidentes em episódios de *binge drinking* que passamos a definir a seguir.

O *binge drinking* é definido como o consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião, em pelo menos um dia, nos últimos 30 dias.¹⁰ Este consumo é também designado por consumo episódico forte, de alto risco ou perigoso, correspondendo a um padrão de consumo que se traduz numa alcoolemia igual ou superior a 0,8g/l. De facto, o consumo *binge* foi considerado como a característica mais perigosa do consumo de bebidas alcoólicas nos jovens, já que em cada episódio se ingere uma grande quantidade de álcool, com o objetivo de se atingir o estado de embriaguez.¹¹

Durante o ano letivo existem dois momentos chave na vida do estudante universitário: as festas de receção ao caloiro e a semana académica (próxima do final do ano letivo). Nestes eventos, verifica-se um aumento do consumo de álcool, encontrando-se os estudantes expostos a maiores riscos. É nestes contextos que surge, em Aveiro, a intervenção feita pelo Projeto Giros. O Projeto Giros, equipa

de rua de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) intervém nas semanas académicas da Universidade de Aveiro desde 2008, com o objetivo de evitar ou atenuar o consumo excessivo de substâncias psicoativas através de informação, sensibilização e educação para a saúde/consumo. Assente no paradigma da RRMD, esta intervenção não almeja a abstinência dos indivíduos, mas sim aumentar a consciência dos riscos presentes nestes contextos e explorar estratégias contedoras ou remediadoras.⁵ Para isso, a equipa opta por uma abordagem de proximidade, transmitindo informação sobre consumos e riscos de substâncias psicoativas e a sua influência nos comportamentos sexuais, rodoviários e de proteção pessoal, divulgando materiais de prevenção, preservativos, material promocional, realizando também testes de alcoolemia na sua Unidade Móvel. Importa compreender que as características desta população requerem uma intervenção distinta daquela que ocorre em contexto de rua. Trata-se de uma população bastante informada, exigente na qualidade da informação prestada, mas pouco aberta à sugestão de risco, já que considera o excesso um sinal de experiência. Além disso, o conhecimento do código linguístico e as referências à vida académica são ferramentas muito úteis para alcançar esta população^{12,13} A equipa opta por formar equipas de voluntários (pares) para intervir nos contextos académicos, através da distribuição de material informativo, material promocional e preservativos, encaminhando os jovens contactados para a Unidade Móvel da equipa. Na Unidade Móvel são realizados testes de alcoolemia e procura-se estabelecer a proximidade com os frequentadores para informar e sensibilizar sobre os comportamentos adotados e a adotar.

Tendo em conta os dez anos de experiência da equipa, com este trabalho pretendeu-se caracterizar os frequentadores de festas académicas de Aveiro quanto a variáveis que possam ser relevantes para (re)pensar a intervenção, nomeadamente, no que concerne a características do consumo de álcool e conseqüentemente, da adoção das

metodologias mais eficazes. A investigação de padrões de consumo de álcool em contextos académicos é muito complexa, pelo que metodologicamente os questionários devem ser, sempre que possível, complementados com medidas observacionais e biológicas;¹⁴ no nosso caso, os questionários recolhidos foram completados com os dados dos testes de alcoolemia.

MÉTODOS

Participantes

Participaram neste estudo 661 estudantes da Universidade de Aveiro (420 do sexo masculino; 241 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos ($M = 20.01$; $SD = 1.85$). Os resultados reportados neste artigo referem-se a participantes de festas académicas ocorridas em Aveiro entre os anos civis de 2016 e de 2018, inclusive (Enterro 2016 de 6 a 12 de maio, Integra-Te 2016 de 4 a 8 de outubro, Integra-Te 2017 de 11 a 14 de outubro, Enterro 2018 de 20 a 26 de abril e Integra-Te 2018 3 a 6 de outubro). Embora alguns não-estudantes e estudantes de outras universidades tenham participado neste inquérito, os seus dados foram excluídos, por não fazerem parte dos objetivos do trabalho; dito de outra forma, apenas foram incluídos para análise, estudantes da Universidade de Aveiro (UA). Na Tabela 1, apresentamos uma caracterização da amostra quanto ao número de estudantes que participou por ano civil, intervalo etário, média e desvio padrão de idades e número de participantes dos sexos masculino e feminino.

TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Ano	n	Idade		Sexo	
		Intervalo [anos]	Média (DP)	Masculinos	Femininos
2016	278	18-27	19.73 (1.86)	188	90
2017	77	18-25	19.96 (1.68)	57	20
2018	306	18-29	20.28 (1.84)	175	131

NOTA: N_{TOTAL} = 661 (ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO NOS ANOS 2016, 2017 E 2018).

MEDIDA/INSTRUMENTO

Questionário: Com base na experiência de intervenção em contextos académicos de anos anteriores, a equipa do Projeto Giros criou um questionário, de resposta breve, preenchido individualmente sob supervisão de pelo menos um elemento da equipa. O instrumento é composto por: 1) questões de caracterização sociodemográfica (e.g., sexo, idade, se é ou não estudante da UA); 2) características de consumo e comportamentos de risco associados (e.g., “qual a tua expectativa quanto ao nível de alcoolemia do teu teste?”, sendo as opções de resposta “inferior ao limite legal” ou “igual ou superior ao limite legal” e “que meio de transporte utilizarás para regressar a casa?”, tendo esta última, as seguintes opções de resposta: “a pé”, “de transporte público”, “de carro próprio (a conduzir)” ou “à boleia”; 3) questões abertas relativas à quantidade de bebidas ingeridas e em relação à hora de início de ingestão das mesmas. Importa ainda registar que o questionário é constituído por questões adicionais, nomeadamente sobre o consumo de drogas; esses dados não são reportados neste artigo, por não fazerem parte dos objetivos do mesmo.

Teste de alcoolemia: Foram utilizados dois tipos de alcoolímetro nas recolhas de dados, especificamente o Zaphir® CDP 3000 e o Alcoolímetro AlcoQuant® 6020 Plus (ENVITEC). Ambos os alcoolímetros são portáteis, digitais, registando a taxa de álcool com uma precisão de +/- 0.05 mg/l.

PROCEDIMENTO

Os participantes foram selecionados com base no critério da acessibilidade, constituindo uma amostra não probabilística, por conveniência. A amostra integra estudantes da Universidade de Aveiro, consumidores de álcool, que recorreram à Unidade Móvel da equipa, situada nos contextos académicos, para realização do teste de alcoolemia. A aplicação do inquérito e do teste de alcoolemia foi realizada de forma individual, anónima e confidencial, na Unidade Móvel do Projeto Giros, situada nos contextos académicos de Aveiro. A recolha de dados demorou cerca de 5/7 minutos por participante, sendo realizada por técnicos. Após a realização do inquérito, o resultado da taxa de álcool obtida foi explicado, tendo igualmente sido realizada sensibilização e educação para o consumo. A análise estatística dos dados recolhidos foi efetuada através do *Statistic Package for the Social Sciences* (IBM - SPSS), versão 23 para o Windows.

Embora pretendêssemos apresentar resultados tendo em conta a amostra total dos três anos civis ($N=661$), algumas atualizações anuais do questionário não nos permitiram fazê-lo. De forma a tornarmos os resultados claros para o leitor, apresentamos seguidamente um breve sumário das subamostras utilizadas para cada variável considerada:

- Taxa de álcool obtida¹: $N = 661$, referente aos anos 2016, 2017 e 2018;

¹ A taxa de álcool obtida refere-se à taxa registada pelo alcoolímetro; os dados brutos foram transformados em “inferior ao limite legal” para valores < 0,50 g/l e “igual ou superior ao limite legal” para valores ≥ 0,50 g/l de álcool no sangue. Esta designação obedece aos parâmetros vigentes do SICAD (Serviço de Intervenções nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências). Foi uma medida recolhida nas festas académicas realizadas nos três anos civis.

- Hora de início de ingestão de bebidas: $N = 661$, referente aos três anos;
- Meio de transporte utilizado para regresso a casa: $N = 661$, referente aos três anos;
- Tipo de bebidas alcoólicas ingeridas²: $N = 308$, referente a 2018;
- Quantidade de bebidas alcoólicas ingerida³: $N = 308$, relativo a 2018;
- Taxa de álcool esperada⁴: $N = 355$, referente a 2016 e 2017.

RESULTADOS

Começamos por apresentar dados relativos à percentagem de estudantes que obteve uma taxa de álcool inferior vs. igual ou superior a 0,50 g/l de álcool no sangue, apresentando seguidamente dados sobre o tipo de bebidas que mais foram ingeridas, a quantidade e a hora de início de ingestão das mesmas. Seguidamente, apresentamos alguns resultados tendo em conta o sexo dos participantes e a idade, exploramos a relação entre a taxa de álcool esperada e a taxa de álcool obtida, terminando com uma apresentação de dados sobre o tipo de transporte utilizado pelos estudantes para regresso a casa, depois das festas académicas.

No que concerne ao resultado obtido no teste de alcoolemia, constatámos que 37,30 % dos inquiridos apresentou taxas iguais ou superiores a 0,50 g/l. À questão “que tipo(s) de bebida(s) foi(foram) ingerida(s)?”, 38,30 % dos estudantes reportou a ingestão de vários tipos de bebidas, 21,30 % bebidas destiladas, 20,60 % cerveja e 19,80 % referiu o vinho como bebida ingerida. Em média, os participantes ingeriram 1,11 litros em bebidas com álcool ($DP = .84$), sendo que o horário em que iniciaram a ingestão foi sobretudo entre 20h e as 21h59 (43,50 %), seguindo-se o intervalo horário 22h-23h59 (41,20 %), e os restantes inquiridos começaram a consumir álcool noutros horários dispersos. Na Tabela 2, são apresentadas as percentagens de estudantes que registaram taxas de álcool < 0,50 g/l, 0,50 a 0,79 g/l, 0,80 a 1,19 g/l, bem como $\geq 1,20$ g/l; as percentagens são relativas à amostra total ($N = 661$), assim como por sexos.

TABELA 2. PERCENTAGEM DE ESTUDANTES (AMOSTRA TOTAL E POR SEXO) POR INTERVALO DE TAXA DE ÁLCOOL.

Taxa de álcool	Sexo		
	Amostra Total	Masculino	Feminino
< 0,50 g/l	62,7 %	63,7 %	60,9 %
0,50 a 0,79 g/l	25,9 %	22,9 %	31,1 %
0,80 a 1,19 g/l	8,4 %	9,8 %	5,9 %
$\geq 1,20$ g/l	3,0 %	3,6 %	2,1 %

Para analisarmos a relação entre as taxas de álcool esperada e obtida, realizámos um teste do Qui-Quadrado. Os resultados sugerem que a expectativa dos participantes em relação à sua taxa de álcool no sangue (inferior vs. igual ou superior ao limite legal) corresponde ao resultado que estes apresentaram na medição objetiva da taxa de álcool medida pelo alcoolímetro, $\chi^2(1) = 66.13$, $p < .001$ (ver Figura 1).

2 Esta questão foi adicionada ao questionário apenas em 2018.

3 Esta questão foi adicionada ao questionário apenas em 2018.

4 Designamos por taxa de álcool esperada, a resposta à pergunta: “qual a tua expectativa em relação ao teste do álcool”, sendo as opções de resposta: “inferior ao limite legal” ou “igual ou superior ao limite legal”. Embora os dados relativos a esta questão tenham sido recolhidos nos três anos, em 2018 o limite legal da taxa de alcoolemia passou a ser 0,20 g/l. Uma vez que a taxa de alcoolemia obtida pelo alcoolímetro continuou a ser classificada como < 0,50 ou $\geq 0,50$ g/l no ano de 2018, conforme os critérios do SICAD, optámos por considerar os dados da taxa de alcoolemia esperada relativos apenas a 2016 e 2017; esta opção permitiu-nos fazer a comparação da taxa de álcool esperada com a taxa de álcool obtida.

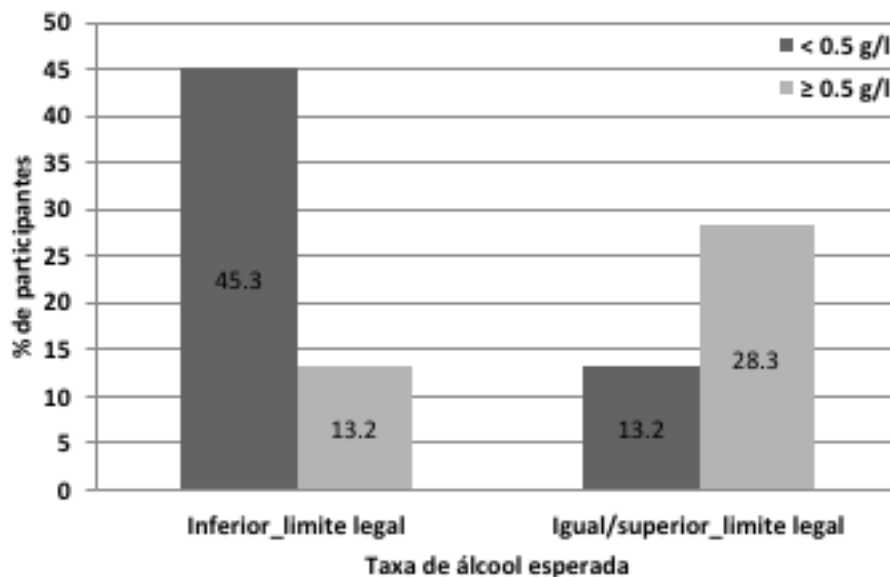


Figura 1. Percentagem de estudantes em relação à taxa de álcool esperada e taxa de álcool obtida (N = 355; anos 2016 e 2017).

Com vista a analisarmos a percentagem de participantes que registaram um resultado igual ou superior a 0,50 g/l de álcool no sangue tendo em conta o sexo, realizámos novamente o teste do Qui-Quadrado; os resultados indicaram que independentemente do sexo do participante, quer os masculinos quer os femininos, apresentaram taxas de alcoolemia inferiores a 0,50 g/l, $\chi^2(1) = 2.29, p = .130$ (ver Tabela 2). Em relação à taxa de álcool esperada, verificámos que, independentemente do sexo, os participantes expectaram em maior percentagem uma taxa de álcool inferior ao limite legal, $\chi^2(1) = .171, p = .679$ (ver Tabela 3).

Tabela 3. Percentagem de participantes do sexo masculino e do sexo feminino com taxa de álcool esperada e obtida < 0,50 g/l e ≥ 0,50 g/l.

Taxe de álcool esperada	Sexo	
	Masculino	Feminino
< 0,5 g/l	39,9 %	18,6 %
≥ 0,5 g/l	29,2 %	12,3 %
Taxa de álcool obtida		
< 0,5 g/l	41,5 %	15,8 %
≥ 0,5 g/l	27,7 %	15,0 %

Nota: N = 355 (anos 2016 e 2017)

Para percebermos o efeito da idade na taxa de álcool esperada e obtida, realizámos correlações de *Pearson*. Os resultados indicam-nos uma correlação negativa não significativa entre a taxa de álcool esperada e a idade ($p = .498$) e uma correlação positiva não significativa entre a taxa de álcool obtida e a idade ($p = .278$). A correlação entre as taxas de álcool esperada e obtida relevou-se positiva e altamente significativa ($r = .351, p < .001$).

Dado que a condução sob efeito de álcool é, entre outros, um comportamento de risco associado à ingestão de álcool em festas académicas, analisámos através de um teste do Qui-Quadrado, a percentagem de participantes que foram a pé, de transporte público, em carro próprio e de boleia, nos grupos de participantes que registaram taxas de álcool inferior e igual ou superior ao limite legal. Verificámos que o transporte usado no regresso a casa esteve dependente da taxa de álcool (inferior vs. igual ou superior ao limite legal), $\chi^2(3) = 8.027, p = .045$. Na Figura 2 estão representadas as percentagens de estudantes que usaram cada tipo de transporte, consoante a taxa de álcool obtida (inferior vs. igual ou superior ao limite legal).

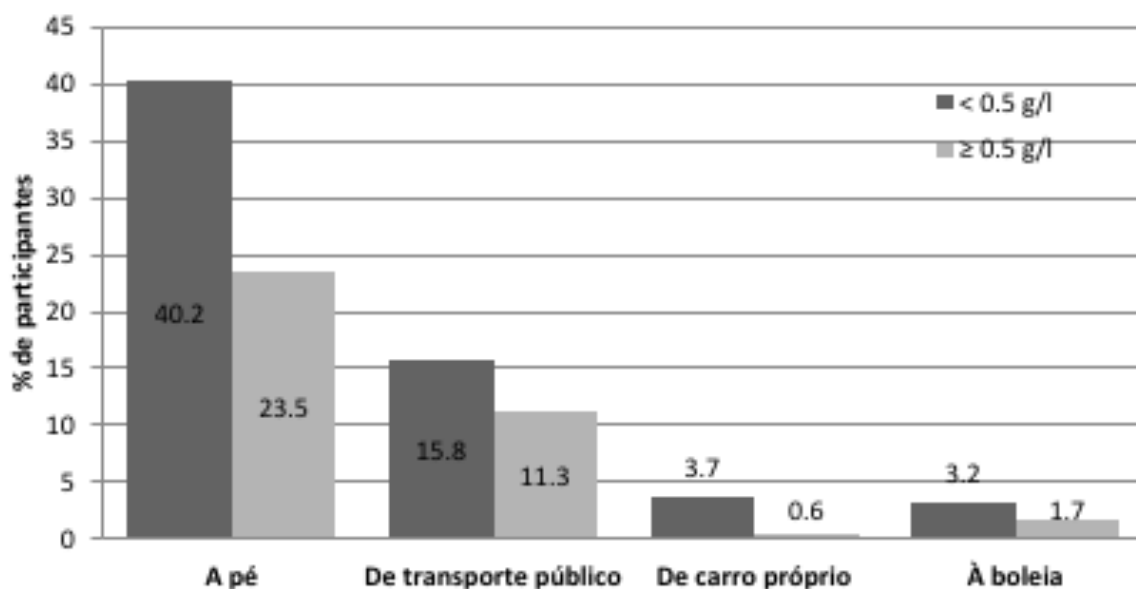


Figura 2. Percentagem de estudantes que utilizou cada tipo de transporte para regresso a casa. Os resultados são apresentados por grupo de estudantes (aqueles com taxas de álcool inferior vs. igual ou superior ao limite legal). N = 661 (anos 2016, 2017 e 2018).

DISCUSSÃO

A transição dos jovens para o ensino superior produz um conjunto de novos e complexos desafios, próprios dos contextos, vivências e exigências que se geram nos vários domínios da vida. Para muitos jovens, divertir-se implica estar nos locais da moda, o que promove a proliferação dos espaços recreativos a eles dirigidos; dar protagonismo e compreender estes ambientes torna-se fundamental para fazer frente aos problemas associados, sendo eles, o consumo excessivo de álcool e drogas, adoção de comportamentos de risco na área da sexualidade, condução rodoviária e violência.^{9,15} Neste estudo pretendeu-se abordar as questões ligadas ao consumo de álcool, nomeadamente os valores do teste de alcoolemia, tipo de bebidas ingeridas e quantidade de álcool ingerido. Pretendeu-se igualmente analisar as taxas de álcool esperadas e obtidas em relação ao sexo e à idade e a condução rodoviária (meio como vão para casa).

Os resultados do nosso estudo indicam que 37,30% dos inquiridos apresentou valores de alcoolemia acima de 0,50g/l, representando um elevado consumo de álcool entre os jovens que frequentaram as semanas académicas; no entanto, comparativamente com um estudo realizado por Melo e colaboradores,⁵ em que foram realizados 337 testes de alcoolemia nas semanas académicas em Aveiro nos anos 2007/08 e 2008/09, existe um número muito superior de valores acima de 0,50g/l (81 dos inquiridos com valores abaixo de 0,50g/l e 256 com valores acima de 0,50g/l). No mesmo estudo,⁵ Aveiro foi a cidade que apresentou o maior número de valores críticos (valores superiores a 1,20g/l) com cerca de 59% dos testes efetuados; no nosso estudo, apenas 3% registou taxas de alcoolemia superiores a 1,20g/l.

Entre universitários, verifica-se que o consumo excessivo de álcool é um padrão recorrente. De acordo com Pimentel e colaboradores,¹⁶ o consumo de bebidas alcoólicas, para além de ser aceitável, é também tolerado e até promovido no meio académico, sendo o seu consumo regular e

intensivo. Diversos estudos realizados com amostras de estudantes do ensino superior português verificaram que a percentagem de consumidores de álcool é elevada, sendo que, o consumo excessivo de álcool é um fenómeno que assume bastante expressividade entre os estudantes universitários.^{1,17,18} Calvário e seus colaboradores¹⁹ verificaram que 64,72% dos estudantes universitários consumiam bebidas alcoólicas e 36,83% dos alunos, considera as festas sem álcool “chatas”. Nesta mesma linha, um estudo recente realizado com jovens estudantes universitários, revelou que 28% dos jovens “bebem para se sentirem melhor com os outros que também bebem”. No nosso estudo, 37,30% dos inquiridos apresentou taxas iguais ou superiores a 0,50g/l, sugerindo não apenas o consumo de álcool, mas o consumo de vários tipos de bebidas (38,30%) e de uma média de seis copos por noite (1,11 litros em bebidas com álcool).

O comportamento de *binge drinking* traduz-se no consumo de cinco ou mais copos se é mulher, ou seis ou mais copos se é homem numa mesma ocasião. Alcântara da Silva e colaboradores²⁰ observaram que 37% dos inquiridos declaram este tipo de consumo nos últimos 30 dias (*binge drinking*); os autores referem ainda que encontra-se maior valor percentual de comportamentos de *binge drinking* (53,1%) no grupo de estudantes autónomos do núcleo familiar (com senhorio, em residência, com amigos/colegas, etc.). Em termos de álcool, embriaguez ou *binge drinking*, há que destacar, pese o carácter não representativo da amostra, as elevadas prevalências por comparação com a população geral. No nosso estudo, 11,40% apresentam o comportamento descrito como *binge drinking*, com valores de alcoolemia acima de 0,80g/l.

No que concerne ao tipo de bebida ingerida, verificámos que os estudantes reportam com mais frequência a ingestão de vários tipos de bebidas, embora o consumo de cerveja e de bebidas destiladas seja igualmente considerável. O preço das bebidas é um fator importante para o elevado consumo de álcool, assim como a quantidade de álcool

disponível (e.g. barris), que se associa positivamente com elevado consumo de álcool.^{8,21} No nosso estudo, os participantes referiram (43,50%) que o horário em que iniciaram a ingestão foi sobretudo entre 20h e as 21h59, este fato reforça a ideia que parte significativa do consumo de álcool não decorreu no recinto do festival académico, mas antes, no convívio que o antecede (antes de se dirigirem à nossa Unidade Móvel).⁵

Em relação ao género, verifica-se uma grande homogeneidade na presente amostra, resultado divergente dos apurados noutros estudos realizados em meios festivos, em que a predominância do género masculino é mais expressiva.^{8,19} À semelhança do nosso estudo, Melo e colaboradores⁵ referem que é interessante salientar que existe um número proporcionalmente maior de pessoas do sexo masculino a realizar o teste que do sexo feminino. Num estudo de Gilla,²² verifica-se um maior número de inquiridos do sexo feminino, no entanto, mesmo com esta diferença, à semelhança do nosso estudo, não existe diferenças significativas entre os resultados do teste de alcoolemia dos frequentadores (masculinos e femininos) de festas académicas

Na distribuição por grupos etários, no estudo de Alcântara da Silva e colaboradores²⁰ a maior percentagem de consumidores situou-se entre os 20 e os 22 anos de idade (39,3%), seguindo-se entre os 17 e os 19 anos (38,8%); a menor percentagem localizou-se em indivíduos com idades maiores que 29 anos (18,7%). No nosso estudo, a média de idades concentra-se nos 20 anos e à semelhança de Gilla²² verificou-se uma elevada percentagem estava situada no grupo dos 18 aos 23 anos. Os resultados indicam ainda uma correlação negativa não significativa entre a taxa de álcool esperada e a idade e uma correlação positiva não significativa entre a taxa de álcool obtida e a idade. Os dados sugerem que, na nossa amostra, não houve relação entre a idade e a taxa de álcool.

Quanto à taxa de álcool esperada e obtida, existe consciência por parte dos inquiridos relativamente ao esperado, isto é, quando esperavam taxa

de alcoolemia inferior ou superior a 0,50g/l, estas expectativas estavam de acordo com o que obtinham, sendo que estes dados são independentes do sexo. No caso das substâncias psicoativas, a percepção dos riscos resultantes do consumo é, naturalmente, um fator que pode proporcionar proteção em relação ao desenvolvimento do comportamento aditivo. A atitude positiva face a alguns comportamentos de risco, ou a ausência de uma crítica face à sua potencial adoção, aumenta a probabilidade destes poderem ocorrer sobretudo quando associados a outras condições do contexto.^{4,7}

No ano 2009, em Portugal, os jovens vítimas de acidentes de viação entre os 15 e os 34 anos perfizeram o número de 18784, num total de 47151; estes acidentes resultaram da combinação de falta de experiência dos jovens com alterações das habilidades motoras e cognitivas provocadas pelo consumo de substâncias psicoativas.¹⁵ As questões da condução rodoviária, no nosso estudo, foram analisadas de acordo com a forma como os estudantes se dirigiam para casa; constatámos que a maioria se dirige a pé e que o transporte usado no regresso a casa esteve dependente da taxa de álcool, existindo preocupação da parte dos nossos estudantes com a segurança rodoviária. Lomba e colaboradores¹⁵ referem ainda no seu estudo que Aveiro é das cidades com a prevalência mais elevada de condutores sob efeito de álcool (28%). Neste estudo, a maioria dos inquiridos recorre preferencialmente ao transporte privado (73,70%), ao contrário do verificado no nosso estudo.

CONCLUSÕES

A intervenção no âmbito da RRMD nos contextos académicos, mais do que promover grandes mudanças, procura aumentar a consciencialização dos riscos presentes no contexto. Neste estudo, foi possível concluir que os inquiridos apesar de optarem pelo designado consumo de *binge drinking*, apresentam uma elevada consciência relativa aos riscos deste consumo, procurando a proximidade e resposta da equipa no terreno.

Este estudo apresenta limitações, no sentido que seria interessante perceber: se os resultados obtidos indicaram diferenças de consumo entre os estudantes que vivem em residência familiar e aqueles que se encontram deslocados; qual a frequência do consumo de bebidas alcoólicas fora das semanas académicas; se o consumo de álcool se agudiza ao longo da noite (após a hora a que foi realizado o teste); e a dificuldade de comparação deste estudo com outros estudos realizados no terreno (*in loco*).

Face aos resultados obtidos, em comparação com outros estudos realizados em contextos académicos e festivos em Aveiro,^{5, 15} torna-se legítimo insistir na necessidade de intervenção no âmbito da RRMD, visto que esta intervenção tem resultado numa maior consciencialização por parte dos frequentadores dos contextos académicos dos riscos do consumo abusivo de álcool. Apesar dos comportamentos de risco se interligarem entre si e eventualmente se potenciarem, numa contextualização ambiental, social e cultural,¹⁵ a presença da Unidade Móvel nestes contextos académicos pode influenciar a perceção do comportamento de risco, não modificando o consumo em si, mas o comportamento a ele associado.

REFERÊNCIAS

1. Pimentel MH, Pereira da Mata MA, Garcia Jorge Anes EM. (2013), Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 14:185-204
2. Coelho MS. (2010), Preditores do consumo de álcool: o papel das expectativas e dos motivos (Tese de Mestrado). University of Coimbra.
3. Hebden R, Lyons AC, Goodwin I, McCreanor T. (2015), "When You Add Alcohol, It Gets That Much Better" University Students, Alcohol Consumption, and Online Drinking Cultures. *J Drug Issues*. 45:214-26.
4. Orford J, Krishnan M, Balaam M, Everitt M, Van der Graaf K. (2004), University student drinking: the role of motivational and social factors. *Drug-Educ Prev Polic*. 11:407-21.
5. Melo R, Andrade P, Sampaio M. (2010), Intervenção em contexto festivo no Ensino Superior. *IDT Toxicodependências*. 16:15-28.
6. Negrão F. (2004), Conhecer para prevenir: aspectos ligados ao consumo de álcool. In: *Pré-alcoolismo e alcoolismo: o que sabemos e como prevenir*. Auditório Principal da Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica do Porto.
7. Newbury-Birch D, White M, Kamali F. (2000), Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Depen*. 59:125-30.
8. Rodrigues PFS, Salvador AC, Lourenço IC, Santos LR. (2004), Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*. 4:453-66.
9. Perkins HW. (2002), Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *J Stud Alcohol*, S14:91-100.
10. Winograd RP, Sher KJ. (2015), *Binge drinking and alcohol misuse: among college students and young adults*. Boston: Hogrefe Publishing.
11. Agante DMC. (2009), Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
12. Borsari B, Carey KB. (2001), Peer influences on college drinking: A review of the research. *J Subst Abuse*. 13:391-424.
13. Turner G, Shepherd J. (1999), A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Educ Res*. 14:235-47.
14. Miller BA, Byrnes HF, Branner A, Johnson M, Voas R. (2013), Group influences on individuals' drinking and other drug use at clubs. *J Stud Alcohol Drugs*. 74:280-287.
15. Lomba L, Apóstolo J, Mendes F, Campos DCd. (2011), Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Toxicodependências*. 17:3-15.
16. Pimentel MH, Mata MAPd, Anes EMGJ. (2013), Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 14:185-204.
17. Mendes F, Lopes MJ. (2014), Vulnerabilidades em saúde: O diagnóstico dos caloiros de uma universidade portuguesa. *Texto & Contexto de Enfermagem*. 23:74-82.
18. Pinheiro MdA, Torres LF, Bezerra MS, Cavalcante RC, Alencar RD, Donato AC, et al. (2017), Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e tabaco entre estudantes de medicina no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 41:231-250.
19. Calvário M, Lizardo M, Loureiro M, Santos V. (1997), Estudo dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes da Universidade da Beira Interior. *Boletim do Centro Regional de Alcoolologia de Coimbra*. 1:7-10.
20. Alcântara da Silva P, Borrego R, Ferreira VS, Lavado E, Melo R, Rowland J, et al. (2015), Consumos e estilos de vida no ensino superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).
21. Marzell M, Bavarian N, Paschall MJ, Mair C, Saltz RF. (2015), Party characteristics, drinking settings, and college students' risk of intoxication: a multi-campus study. *J Prim Prev*. 36:247-258.
22. Gilla M. (2012), *Alcohol use among college students: A study of peer influence and overestimation of social norm*. Dublin: Department of Social Science-DBS School of Arts.

FORENSIC PSYCHIATRY SCENARIO IN THE LARGEST SECURITY WARD IN PORTUGAL

TERESA CARVALHÃO¹
PATRÍCIA JORGE²
PAULA BATALIM³

¹Psychiatry Resident in Psychiatry
Department, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra, Coimbra,
Portugal

²Psychiatry Resident in Psychiatry
Department, Centro Hospitalar do Médio
Tejo, Tomar, Portugal

³Forensic Psychiatry Department
Coordinator, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra, Coimbra,
Portugal

Corresponding author:

Teresa Carvalhão

Mailing address:

tecarvalhaosantos@gmail.com

Phone: +351916020615

ABSTRACT

Forensic Psychiatry is defined as the Psychiatry subspecialty in which the clinical and scientific knowledge is applied to legal aspects, both with regard to Civil and Criminal Law. Nowadays, the largest security ward is in Coimbra, at the University Hospital. It covers 110 patients, 90 males and 20 females. The aim of the security measure, in accordance with the penal code, is the protection of legal assets and the psychosocial rehabilitation. In our sample, the main most frequent diagnosis was schizophrenia (37.8%). Moderate intellectual disability (23.4%) and mild intellectual disability (14.4%) were the second and third most frequent diagnosis. The unlawful acts that generated the prevalent security measure were in first place domestic violence (19,8%) followed by attempted murder (16,2%) and theft (14,5%). The elaboration of a therapeutic and rehabilitation plan is essential and its aim is to diminish the person's dangerousness. It is fundamental to think of the safety ward as a health production space and not as a place of mere disease management or "dangerous states", thus trying to solve the patient's problems.

Keywords

Intellectual developmental disorder, forensic care, schizophrenia, pharmacological treatment pathways

INTRODUCTION

Forensic Psychiatry is defined as the Psychiatry subspecialty in which the clinical and scientific knowledge is applied to legal aspects, both with regard to Civil and Criminal Law [1].

One of the most interesting issues in this relationship between Law and Psychiatry is the problem of the imputability or unimputability [1].

In the context of Forensic Psychiatry, specifically in the criminal area, the autonomy and adaptability skills are especially relevant, either for the understanding of the unlawfulness of a certain behaviour, or for the self-determination ability in the light of this same understanding, being variables relevant for the medico-legal assumptions of (un)imputability. For that, it is necessary that the individual is free (autonomous in terms of reasoning and management of his/her individuality); identifies with the normative and ethical values shared in their culture and decides in accordance with the control over the most primitive animal instincts [2].

The imputability consists in the obligation of the agent to respond to the acts he performed. However, when it is demonstrated that, at the date of the commission of the offense, the agent had, because of severe psychic anomaly, transitory or not, his capacities of understanding or self-determination impaired or diminished, we are dealing with article 20 of the Penal Code [3].

The concept of dangerousness is reflected in the probability that the agent, because of psychic anomaly, recurs in the practice of criminal acts. However, this is not in itself a sufficient legal condition to justify internment in an establishment to comply with a security measure. There must be a high probability that the agent relapses into acts of the same nature so that he can be considered dangerous unimputable [3].

In Portugal, the institutionalization of mental disease started in 1848 with the opening of the Rilhafoles Hospital [2]. Nowadays, the largest security ward is in Coimbra, at the University Hospital. It covers 110 patients, 90 males and 20 females. These patients comply with security measures as

dangerous unimputable who committed an unlawful act, but who, because of psychiatric reasons, cannot answer criminally for that act, being thus considered criminally irresponsible – unimputable and also with high likelihood of recurring in similar acts – dangerous [2].

The dangerousness, from a legal point of view, overrides the guilt as a factor to take into account for the time of the security measure in establishment of healing and security [3].

The aim of the security measure, in accordance with the Portuguese penal code, is the protection of legal assets and the psychosocial rehabilitation. The application of penalties and security measures aims to protect legal assets and reintegrate the agent into society. The penalty can never exceed the measure of guilt. The security measure can only be applied if the severity of the fact is proportionate to the danger of the agent. It cannot be perpetual or of unlimited duration. It also cannot exceed the maximum limit of penal framework to which the act practiced corresponds. It can finish when the court considers the state of criminal dangerousness which was in its origin has ceased [3,6].

For serious crimes, in which the penal framework is more than 5 years, the security measure lasts at least 3 years.

After the beginning of the measure, a revision of the same must take place every two years. Out of this period, the clinical-behavioural reevaluation of the admitted to the hospital, the expert reappraisal or the character reevaluation of the same can be carried out whenever the judge considers appropriate [4,5]. In case the evaluation carried out by the team responsible for the unimputable concludes there is no risk / dangerousness, the admitted is set free for trial.

OBJECTIVES

To characterize the hospitalized population complying with security measures in the largest security ward in Portugal concerning: sociodemographic aspects; crimes and duration of security measures; therapeutic protocols and reflect on psychosocial rehabilitation of these patients to ensure their reintegration into the community.

MATERIALS AND METHODS

SAMPLE

A retrospective study was performed in the Forensic Department of a university hospital. All inpatients, between January 2018 and March 2018 were eligible to enter the study. The final sample consisted of 111 patients.

Statistical analysis

For this investigation digital and paper medical records of the patients were analysed. The data were entered on an anonymized database. The statistical analysis was performed using PASW Statistics 22.0 software.

RESULTS

The final sample included 111 subjects with an average of 45.81 years old ranging from 21 to 81 years old. 91% of patients were younger than 65 years old. The average of women was 46.19 years old with a minimum of 24 and a maximum of 71 years old. The average of men patients was 45.52 years old with a minimum of 21 and a maximum of 81 years old. With respect to gender, there was a predominance of males (74,1% - 83 patients) in relation to the female gender (24.1% - 27 patients).

The unlawful acts that generated the prevalent security measure were in first place domestic violence (19,8%) followed by attempted murder (16,2%) and theft (14,5%) (table 1).

Unlawful act	Frequency	Percent
Threat	4	3,6
Aggravated threat	4	3,6
Sexual coercion	1	0,9
Driving Without a Licence	1	0,9
Qualified damage	4	3,6
Attempted murder	18	16,2
Murder	11	9,9
Forest fire	8	7,2
Criminal offense	10	9,0
Possession or Use of a Prohibited Weapon	6	5,4
Resistance to justice	1	0,9
Theft	16	14,5
Qualified kidnap	1	0,9
Domestic Violence	22	19,8
Rape	4	3,6
Total	111	100,0

Table 1: Summary of the unlawful act frequency

Concerning dual diagnosis disorders the results were: 40.5% of the sample had dual diagnosis disorders (45 patients); in females only 4 patients had a dual diagnosis (14.8%) while 40 male patients had this diagnosis (48.2%).

Moreover, 74.1% of women were complying the security measure for one act committed (20 women). In men, a higher percentage of re-occurred crimes was found, corresponding to 30.1%. Overall, 32 patients had committed more than one crime (28.8%).

On average, the minimum time of sentence was 2.66 years (ranging from 1 year to 12 years). The

maximum time was 8.95 years on average (ranging from 1 to 25 years).

In women, the maximum penalty time was 6.52 years on average (ranging from 1 to 16 years) while in men the time was 9.78 years (ranging from 1 to 25 years).

The main most frequent diagnosis was schizophrenia (37.8%). Moderate intellectual disability (23.4%) and mild intellectual disability (14.4%) were the second and third most frequent diagnosis. Considering the group Schizophrenia and Intellectual disability they account for 77.4% of diagnosis (table 2).

Main diagnosis by DSM – 5	Number of patients	%
294.11 Frontotemporal disease	2	1,8
295.70 Schizoaffective disorder, bipolar type	4	3,6
295.90 Schizophrenia	42	37,8
296.44 Current or most recent episode manic, with psychotic features	2	1,8
297.1 Delusional disorder	10	9,0
301.7 Antisocial personality disorder	3	2,7
303.90 Alcohol use disorder, severe	3	2,7
304.90 Other (or unknown) substance use disorder, severe	1	,9
317 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), mild	16	14,4
318.0 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), moderate	26	23,4
318.1 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), severe	2	1,8
Total	111	100,0

Table 2: Main diagnosis by DSM – 5 of the total sample

In the female gender, the main diagnosis was mild intellectual disability (29,6%) (table 3) and in male gender it was Schizophrenia (table 4).

Diagnosis by DSM – 5 (female gender)	Number of patients	%
295.70 Schizoaffective disorder, Bipolar type	3	11,1
295.90 Schizophrenia	4	14,8
296.44 Bipolar I disorder, Current or most recent episode manic, With psychotic features	1	3,7
297.1 Delusional disorder	4	14,8
301.7 Antisocial personality disorder	1	3,7
304.90 Other (or unknown) substance use disorder, Severe	1	3,7
317 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), Mild	8	29,6
318.0 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), Moderate	5	18,5
Total	27	100,0

Table 3: Main diagnosis by DSM – 5 of the female gender sample

Table 4: Main diagnosis by DSM – 5 of the male sample

Diagnosis by DSM – 5 (male gender)	Number of patients	%
294.11 Frontotemporal disease	2	2,4
295.70 Schizoaffective disorder, Bipolar type	1	1,2
295.90 Schizophrenia	38	45,8
296.44 Bipolar I disorder, Current or most recent episode manic, With psychotic features	1	1,2
297.1 Delusional disorder	6	7,2
301.7 Antisocial personality disorder	2	2,4
303.90 Alcohol use disorder, severe	3	3,6
317 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), Mild	8	9,6
318.0 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), Moderate	20	24,1
318.1 Intellectual disability (intellectual developmental disorder), Severe	2	2,4
Total	83	100,0

ORAL ANTIPSYCHOTIC DRUGS

90.1% of patients were taking an oral neuroleptic. Only 11 patients were not medicated with an oral neuroleptic (9.9%).

71.2% were medicated with a 2nd generation neuroleptic (79 patients) while 57 patients undergo a 1st generation neuroleptic (51.4%). 74 patients had neuroleptics only from one of the generations (66.7%) while 37 patients had neuroleptics from both generations (33.3%).

On average, the patients were medicated with 1.41 ± 0.9 different types of neuroleptics. There was a maximum of 5 types of neuroleptics prescribed to the same patient.

DEPOT ANTIPSYCHOTIC DRUGS

47.7% (53) of the sample was medicated with a depot antipsychotic formulation. 85% of these patients were taking haloperidol (73.4% had a monthly periodicity and the remaining a periodicity from 3/3 weeks). The mean dose of haloperidol per month was 146 mg (ranging from 50 mg to 300 mg).

5 patients (9%) were taking risperidone long-acting injection with a periodicity of 15/15 days. 3 patients (5.7%) were taking mensesal paliperidone long formulation injection.

MOOD STABILIZER DRUGS

40 patients performed a mood stabilizer (36%). Of these patients, 25 (62.5%) were taking valproic acid with a mean dose of 1000 mg per day. 3 patients were taking topiramate (7.5%), 4 patients were taking gabapentin (10%) and 6 patients were taking carbamazepine (15%) (table 5).

Table 5: Summary of the mood stabilizer drugs used in the sample

Mood stabilizer drug	Frequency	Percent
None	71	64,0
Carbamazepine	6	5,4
Gabapentin	4	3,6
Lithium	2	1,8
Topiramate	3	2,7
Valproic acid	25	22,5
	111	100,0

BENZODIAZEPINES

Most patients (80 patients - 72.1%) were taking benzodiazepines though 21 patients did not have any type of benzodiazepine on their prescription (18.9%). 10 patients (9%) had even two different types of benzodiazepines.

Regarding the type of benzodiazepines prescribed, lorazepam was the most used (55,6% of patients). Diazepam was the second most used benzodiazepine (18,9%). It is highlighted the choice for long half-life types of benzodiazepines (table 6).

Table 6: Summary of the benzodiazepines used in the sample

Designation of benzodiazepine	Frequency	%
alprazolam	1	1,1
clonazepam	10	11,1
diazepam	17	18,9
flurazepam	1	1,1
lorazepam	50	55,6
oxazepam	11	12,2
total	90	100,0

OTHER DRUGS

Only one patient had a psychostimulant on the therapeutic table (0.9%). In this case, it was methylphenidate. 3 patients were on anti-dementia drugs (2.7%). 20 patients were on antidepressant therapy (18%).

DISCUSSION

From the obtained data, we can infer that most inpatients in the security ward are young men.

The main offense committed was domestic violence. However, we can see differences in all other cases: in women, the most frequent offense is attempted murder whereas in men, after domestic violence, the most two frequent are kidnapping and murder. According to literature, the dual pathology is frequent in these patients. In our analysis, we found a prevalence of 40.5%, much more frequent in men. It is also important to emphasize that in men there is a greater likelihood of recurrence of crime.

According to the Penal Code, the maximum penalty time in Portugal is 25 years.

The most frequent main diagnosis was schizophrenia (37.8%). Moderate intellectual disability (23.4%) and mild intellectual disability (14.4%) were the second and third most frequent diagnosis. Considering the group Schizophrenia and Intellectual disability they account for 77.4% of diagnosis.

The most frequent diagnostics, taking into account DSM 5, were the 295.90 Schizophrenia and the Intellectual Disability. However, in women, there is a predominance of moderate mental weakness whereas in men the Schizophrenia is, by far, the most frequent diagnosis.

As for the psychopharmacology, we can see that most of the patients are under therapy with antipsychotics either in oral form or in long-term injectable release. Its purpose is to treat psychosis and also to reduce the impulse present in several of these diagnostics, namely in mental weaknesses.

The fact that we work with a population with particular characteristics (serious behavioural changes, resistant psychosis situations) makes very often necessary the association of various antipsychotics for clinical stabilization.

It was possible to see that less than a half of the patients were medicated with antipsychotic depot in spite of its well-known advantages in patients with low insight, adherence to therapy, and difficult symptomatic control. Thus, this work allows us to understand the importance of an increased use of injectable drugs in depot formulation in the future, contributing to a better prognosis of these patients both in the psychiatric disease and in the reduction of repeat infringements, leading to the social peace and rehabilitation of these patients. Taking into account the known advantages of second generation antipsychotics, namely of prolonged injectable release, both in less secondary effects and in a lower frequency of administration, allowing more stable plasma drug levels, we can see that these patients are mainly medicated with first generation psychotics. One of the contributions of this work is to recognize the importance of a greater implementation of second generation antipsychotics. Another kind of psychotropic drugs with clear advantages in these patients are the mood stabilizers to control the impulse, but also because it is known a greater prevalence of epilepsy in psychotic patients. Another very prescribed psychopharmacological class was that of benzodiazepines. These allow the control of anxiety along the day as well as regularization of sleep of these patients. The most commonly used benzodiazepines were those of long half-life, allowing a greater stabilization of the anxiogenic levels along the day. Finally, it is important to emphasize that a meaningful percentage of patients had an antidepressant medication.

CONCLUSIONS

The intervention in a dangerous unimputable patient is based on clinical-forensic and social parameters. It aims at clinical recovery and social and forensic rehabilitation as an increase of social answers and the criminal conscience of certain symptoms [5]. The psychopathological changes present in the patient's admission and the type of relationship established with the criminal conduct in question is, for us, a fundamental clinical forensic parameter as it allows to know exactly if the criminal conduct is part of the psychic anomaly [5]. The rehabilitation is the psychopharmacological treatment of the disease, in the creation of the psychosocial conditions which ensure the minimum social integration (with supervision), aware of the penalizing consequences. The therapeutic project is also centered in the regular psychotherapy, in the social and vocational training and integration. The rehabilitation is fundamental when we deal with this kind of patients. This involves the acquisition and development of individual skills: self-care management in health - hygiene, clothing, food and belongings in the disease; education for the disease; management of medicines and illicitness of symptoms – residential space management and financial skills. Gaining social skills is also very important as social answers with common activities sharing, communication and sharing of responsibilities, conflict management and group reflections [2,5]. The activities developed in the rehabilitation are mainly in group, as the ritual in group allows the sharing of ideas, values and stereotypes. The social reinsertion starts in the ward and tends to target the community in activities of more social complexity: academic activities, vocational training courses, professional internships and craft activities [7]. The contact with the community environment must take place still at the ward and after stabilization. It starts with leaving the hospital daily for a short period of time, followed by a progressive enlargement in accordance with the obtained results, with technical supervision in a circumscribed perimeter in hospital setting [6].

These temporary exit permits to leave the hospital are complemented by jurisdictional and administrative permits. They work as forensic evaluation instruments of the degrees of responsibility and social insertion. There are two types of permits: the administrative and the jurisdictional [3].

As for the administrative permits (only after a successful jurisdictional one): the authorization to leave the hospital for a short period of time, with the aim of maintaining and promoting family and social ties/ way of providing the psychiatric rehabilitation; for the performance of activities – promote the labour, education or play rehabilitation; special authorizations to leave the hospital – urgent situations (illness or death of family members); authorizations to leave the hospital to prepare freedom (close to the end of the penal measure).

These licenses have a maximum of 3 days and take place every 3 months [8].

In the rehabilitation it is also fundamental the creation of rules and structures as well as the existence of a multidisciplinary team. So, one speaks of a global integrated care process. The psychiatrist is responsible for the therapeutic model, the diagnosis and the supervision of the therapeutic plans [2]. The nursing team is responsible for monitoring the medical therapeutic protocols, the supervision of the clinical behaviours and the responsibility for the patients and for the creation of the common therapeutic space [2].

The occupational therapy is responsible for the rehabilitation of daily life advanced activities like

financial management and the development of a set of socio-occupational skills. The psychology develops the patient's intellectual and emotional skills to strengthen the most adaptive mechanisms, to increase the degree of frustration tolerance. The social worker intervenes in the socioeconomic, labour and social identity. Technical assistants ensure all the communication about the patient [2]. The elaboration of a therapeutic and rehabilitation plan is essential and its aim is to diminish the person's dangerousness.

To monitor the patient's evolution, one must take into account: symptoms of the disease and its social repercussion; symptoms associated (personality disorder, consumption of – associated physical or neurological disease; degree of fulfillment of the tasks proposed and integration in the training vocational or socializing training activities; degree of fulfillment of rules for the administrative and jurisdictional departures and state of the patients on their return; degree and type of integration in the community environment; degree of awareness of the crime strand, of the symptoms, of the disease and control strategies.

It is fundamental to think of the safety ward as a health production space and not as a place of mere disease management or “dangerous states”, thus trying to solve the patient's problems.

Conflict of Interest: none.

This study follows the recommendation of the Declaration of Helsinki.

REFERENCES

- [1] Ey, H.; Bernard P.; Brisset, C.H. Manuel de Psychiatries. 6e édition. Paris: Masson; 1989
- [2] Vieira F.; Cabral A.S.; Saraiva C. Manual de Psiquiatria Forense. Lisboa; 2017
- [3] Código Processo Penal Português, Lei n.º 48/2007 de 29 de agosto, Diário da República, 1.ª série, n.º 166, 2007.
- [4] Antunes, M.J. O Internamento de Imputáveis em Estabelecimentos destinados a inimputáveis. Boletim da Faculdade de Direito/Stdia Ivridica 2. Universidade de Coimbra. Coimbra: Coimbra editora; 1993
- [5] Rodrigues, A. Determinação da pena privativa de liberdade: os critérios da culpa e da prevenção. Coimbra: Coimbra editora; 1995
- [6] Antunes M. J. Medida de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica. Coimbra: Coimbra editora; 2002
- [7] Gellner, E. Razão e Cultura. Lisboa: Editorial Teorema; 1992
- [8] Antunes, M.J.; Pinto I.H. Execução das Penas e Medidas Preventivas de Liberdade. 2ª edição. Coimbra: Coimbra editora; 2013

ADIÇÃO AOS JOGOS *ONLINE*: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO ONLINE GAMING ADDICTION: A CASE REPORT

PATRÍCIA JORGE¹
JORGE CARVALHEIRO²
LUÍSA DELGADO²

¹ Interna de Formação Específica em
Psiquiatria no Centro Hospitalar do
Médio Tejo, Tomar, Portugal

² Psiquiatra no Centro Hospitalar do
Médio Tejo, Tomar, Portugal

Autor para correspondência:

Patrícia Jorge
Endereço de email:
anapjorge1@gmail.com
Telemóvel: +351966165142

RESUMO

Introdução: A Adição aos Jogos *Online* pode ser definida como um uso excessivo e compulsivo de jogos na Internet que resulta em problemas sociais e/ou emocionais; apesar disso, o jogador é incapaz de controlar este uso.

Objetivos e métodos: Descrição de um caso clínico e discussão do seu diagnóstico. O *Pubmed* e *Medscape* foram usados como fontes bibliográficas com os termos de procura “*online gaming addiction*” e “*depression*”.

Resultados: M., 25 anos, sexo masculino, raça caucasiana, solteiro, sem filhos, sem atividade profissional ou académica. Sem seguimento prévio em psiquiatria. Recorre ao serviço de urgência por iniciativa própria apresentando sentimentos de desesperança, tristeza, culpa e ideação suicida com plano estruturado. Diz procurar ajuda neste dia porque os pais cortaram a internet de sua casa, descrevendo um quadro de uso de internet (jogos, ver séries) de carácter patológico, com agravamento desde há 2 anos. O doente foi internado em Hospital de Dia, tendo respondido favoravelmente a bupropiom 150 mg.

Discussão: As apresentações clínicas são cada vez mais reconhecidas como uma questão de relevância psiquiátrica devido ao efeito negativo em vários domínios de funcionamento: saúde física, rendimento escolar, funcionamento psicossocial e relações interpessoais. Quanto à etiologia, esta deve ser abordada numa perspetiva holística.

Conclusões: A adição aos jogos online pode ser um sintoma de várias outras condições psiquiátricas incluindo patologia do humor, perturbações de ansiedade, de personalidade e do controle dos impulsos, o uso e abuso de álcool, drogas, tabaco.

Palavras-Chave: Adição; Online; depressão; bupropiom; craving.

ABSTRACT

Introduction: Online gambling addiction can be defined as an excessive and compulsive use of Internet gambling that results in social and/or emotional problems; despite this, the player is unable to control the use.

Objectives and methods: Description of a clinical case and discussion of the diagnosis. *Pubmed* and *Medscape* were used as bibliographical sources with the terms *online gaming addiction*” e “*depression*”.

Results: M., 25 years old, male, caucasian, single, without professional or academic activity. No prior follow-up in psychiatry. He went to the emergency service presenting feelings of hopelessness, sadness, guilt and suicidal ideation with a structured plan. He says he seeks help on this day because his parents stopped the internet from his home, describing a pathological nature of the Internet which has been aggravating for two years. The patient was admitted to Day Hospital and responded favorably to bupropiom 150 mg.

Discussion: The clinical presentations are recognized as a matter of psychiatric relevance due to the negative effect in various domains of functioning: physical health, school performance, psychosocial functioning and interpersonal relationships. Regarding the etiology, this should be approached in a holistic perspective.

Conclusions: Online gambling addiction may be a symptom of several other psychiatric conditions including mood pathology, anxiety disorders, personality and impulse control, alcohol and drug use, and tobacco use.

Keywords: addition; online; depression; bupropion; craving

INTRODUÇÃO

A Adição aos Jogos *Online* (AJO) pode ser definida como um uso excessivo e compulsivo de jogos na Internet que resulta em problemas sociais e/ou emocionais; apesar disso, o jogador é incapaz de controlar este uso⁽¹⁾. Ainda não foi criado um diagnóstico específico de AJO, embora este tenha sido proposto para inclusão na próxima versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*^(2,3). As apresentações clínicas da AJO são cada vez mais reconhecidas como uma questão de relevância psiquiátrica devido ao efeito negativo em vários domínios de funcionamento: saúde física, rendimento escolar, funcionamento psicossocial e relações interpessoais⁽³⁾. Quanto à etiologia, esta deve ser abordada numa perspectiva holística⁽⁴⁾. Por ser uma adição do comportamento, a AJO partilha características neuropsicológicas com outras adições⁽⁵⁾. A existência de uma predisposição genética pode também potenciar o processo aditivo ao jogo, estando esta relacionada com o preenchimento de um vazio em lidar com emoções, com o prazer imediato, com a satisfação do ego⁽⁶⁾. Estudos neuroquímicos encontraram um aumento de dopamina no cérebro de doentes com AJO, o que pode explicar os sentimentos de prazer e bem-estar sentidos pelo jogador, bem como a continuidade do comportamento deste, apesar de todas as consequências nefastas^(2,7,8). Historicamente, tem sido difícil classificar a AJO como uma perturbação primária de saúde mental ou como um mecanismo de mal adaptação de outra perturbação de saúde mental, ou seja, como um sintoma^(9,10).

METODOLOGIA

Descrição de um caso clínico e discussão do seu diagnóstico. O Pubmed e Medscape foram usados como fontes bibliográficas com os termos de procura “*online gaming addiction*” e “*depression*”.

CASO CLÍNICO

M., 25 anos, sexo masculino, raça caucasiana, solteiro, sem filhos, sem atividade profissional ou académica. Sem seguimento prévio em psiquiatria. Recorre ao serviço de urgência por iniciativa própria apresentando sentimentos de desesperança, tristeza, culpa e ideação suicida com plano estruturado. Diz procurar ajuda neste dia porque os pais cortaram a internet de sua casa, descrevendo um quadro de uso de internet (jogos, ver séries) de carácter patológico, com agravamento desde há 2 anos. Relata também início de quadro depressivo há cerca de 2 anos com agravamento progressivo dos sintomas depressivos e ansiosos associado a insucesso escolar e ausência de atividades laborais, passando os dias em casa. Foi após a entrada na faculdade que inicia consumos de substâncias e passa mais tempo a jogar, ver séries Anime todo o dia ou vídeos de outros jogadores. Descreve-se como uma pessoa tímida (“estou sempre na minha concha, a minha concha protege-me”), preguiçosa e sem objetivos (“eu tinha um exame e era fácil, mas tinha que marcar com o professor, por isso nunca fui”, “falta-me tratar de papéis para ficar com o curso de mergulho mas nunca trato”), desorganizada, carinhosa, respeitosa, com falta de experiência social (relata várias histórias em que revela de facto falta de competências sociais – por exemplo ainda não percebe que o amigo se chateia com ele por ele “se ter feito à namorada toda a noite”. No entanto conta várias experiências que me parecem sobrevalorizadas – “eu nunca dei gorjeta ao senhor da telepizza, ele no fim devia ficar a olhar para mim, mas nunca ninguém me disse que era isso que se devia fazer, eu sou estúpido”) e inadaptado (“ou dou o meu ar de secas ou tento ser aquilo que não sou”, “a nível social sou inexperiente, faço erros crassos, destruo tudo, destruo todos os laços”, “eu não sei jogar o xadrez social, e agora é tarde. Porque as pessoas pensam que eu o sei jogar”, “o homem não vem com manual de instruções, eu não sei como lidar, não diz o que fazer em certa situação”, “Sou mais gaja que muitas gajas”, “faltava-me uma rapaz na

infância para ter aprendido o que se deve fazer”, “eu nunca tive desejo sexual, eu não valho nada”. Refere que é um inútil (“não sou útil para a sociedade ao contrário de ti”, “a minha voz interior está cega, surda e amordaçada”). Afirma ter muita cultura geral “sou boa mesa, leio tudo na internet, passo horas nisso”.

Justifica não ter amigos com “perante as pessoas interessantes fujo, amordaço o pássaro, não o deixo voar” e pelo facto de “ser defeituoso”, de não saber lidar com pessoas, de fazer tudo errado nas suas interações sociais.

Considera-se perfeccionista “se não é para fazer de forma perfeita, não vale a pena participar”.

Ao exame do estado mental: doente de biótipo normolíneo. Idade aparente concidente com idade real. Aspetto cuidado, traja de acordo com a estação do ano e condição social, sem bizarras, veste-se com cores escuras.

Entra na sala de forma apressada e descontraída, passando à minha frente. Senta-se sem solicitação. Permanece toda a entrevista na posição sentada, com o tronco direito ou fletido para a frente. Gesticula enquanto fala. Postura algo expansiva/descontraída. Sem bizarras, sem estereotípias nem maneirismos. Mímica facial expressiva. Com contacto visual mantido e adequado.

Consciente, orientado auto e alopsiquicamente. Colaborante.

Humor de eutímico a subdepressivo, chora quando fala de temáticas de bulling e amorosa. Apresenta afetos sintónicos.

Discurso espontâneo e fluido, com aumento da cadencia, por vezes difícil de interromper. Claro e coerente, de tom normal a elevado e timbre normal, sem alterações semânticas ou qualitativas (p.ex. gaguez). A linguagem era rica e sofisticada em conteúdo, com “calão” das áreas médicas, de história e de engenharia. Familiaridade no discurso, tratando-me na segunda pessoa. Ruminações obsessivas acerca da sua inutilidade e inadequação social (muito difícil de ceder à argumentação lógica).

Circunstacialidade do discurso (perde-se em imensos pormenores sobre cada tema, muitas vezes não

conseguindo retornar à questão inicial). Quando interrompo para mudar de temática, retorna ao que estava a falar. Não dá o tema por encerrado enquanto não explana todos os pormenores sobre o mesmo.

Usa muitas metáforas e muitas expressões anglo-saxónicas.

Aparenta taquipsiquia e alguma pressão do pensamento.

Não se captou atividade alucinatória ou outras alterações da senso-percepção.

Sem alterações a nível da memória para factos recentes e remotos ou da atenção.

Inteligência parece ser acima do normal.

Atualmente com Instinto de Conservação preservado, apetite e sono metidos. Libido diminuída.

Insight e juízo crítico elevados.

O doente foi internado em Hospital de Dia, tendo respondido favoravelmente a bupropriom 150 mg.

DISCUSSÃO

Há uma forte evidência de que pessoas com AJO tem frequentemente sintomas característicos de depressão bem como indivíduos com depressão são mais suscetíveis a sofrerem de AJO⁽¹¹⁾. Doentes com AJO relatam frequentemente sensação de abandono, imperfeições sociais, dependência e vulnerabilidade, subjugação e inibição emocional⁽¹²⁾. Um menor bem-estar psicossocial é uma das características mais encontradas: um maior sentimento de solidão, isolamento, fraca sensação de pertença a nível social, baixa autoestima, menos competências sociais e menos estratégias de coping para lidar com problemas emocionais são encontrados nestes doentes, o que também pode explicar os seus quadros depressivos⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Foi demonstrada a relação entre a gravidade da AJO e a presença de distorções cognitivas que podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção desta adição⁽¹⁵⁾. O local onde se vive, a família, os contextos socioeconómicos, culturais, sociais e políticos podem ser explicativos e de grande importância na manutenção de uma adição ao jogo⁽¹⁷⁾. Doentes com AJO relatam uma comunicação disfuncional com os seus pais e experienciam níveis mais elevados de conflito familiar⁽¹⁶⁾. Estes têm também comprovadamente uma maior taxa de ideação suicida^(13,17). Para estes doentes, o espaço online proporciona um sentimento gratificante de pertença, calor e bem-estar e uma forma de esconder as deficiências que encontram na sua capacidade de sociabilizar e de serem felizes na “vida real”^(11,12). A AJO pode ser um sintoma de várias outras condições psiquiátricas incluindo PHDA, patologia do humor, perturbações de ansiedade, de personalidade e do controle dos impulsos, o uso e abuso de álcool, drogas, tabaco⁽¹⁸⁻²⁰⁾. No entanto, a condição mais frequentemente relacionada com AJO é a depressão, tanto em adultos como em adolescentes⁽¹⁸⁻²⁰⁾. O doente com AJO nega frequentemente as suas dificuldades e não admite as consequências nefastas da prática do jogo. Esta circunstância torna

difícil a motivação de um jogador a aderir a um acompanhamento terapêutico⁽¹⁶⁾.

A terapia familiar mostrou efeitos positivos na redução da gravidade da AJO, sendo que, por exemplo, o interesse dos pais é um fator importante para melhorar os sintomas^(16,21).

Na literatura sobre a intervenção psicológica na AJO, a Psicoterapia Cognitivo-comportamental é a que aparece mais referenciada e que evidenciou melhores resultados^(18,22). Esta técnica é utilizada no tratamento das perturbações e comorbilidades apresentadas pelos jogadores⁽¹⁸⁾. Esta inclui ensino de técnicas de resolução de problemas, utilizando uma abordagem mais cognitiva, trabalhando os aspetos relacionados com o comportamento ou na identificação das distorções cognitivas, ganhos, perdas, ilusões que são verificadas no ato de jogar e por fim a prevenção de recaída⁽²¹⁾.

O tratamento farmacológico é primeira linha na maioria dos casos de AJO. Existindo uma cada vez maior evidência da importância dos mecanismos de recompensa da dopamina na AJO, o tratamento farmacológico com bupropiom (que afeta a neurotransmissão de dopamina) pode reduzir o craving pelos jogos online¹⁸. A eficácia do bupropiom em doses de 150 mg/dia durante 1 semana, seguida de 300 mg/dia durante 2–7 semanas foi comprovada⁽²³⁾.

CONCLUSÕES

A AJO é uma condição cada vez mais frequente e preocupante, tendo sido considerada um problema de saúde pública. A sua relação com várias patologias psiquiátricas está comprovada sendo a depressão a mais frequente. Doentes deprimidos usam mais os jogos online como uma estratégia para lidar com as emoções negativas e, por outro lado, doentes com adição aos jogos online apresentam mais facilmente episódios depressivos. Apesar do tratamento farmacológico ser dos mais utilizados, a associação com um acompanhamento em psicoterapia é essencial e permite alcançar um maior índice de recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemmens J., Valkenburg P., Peter J. Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*. 2009;12, 77-95.
2. Weinstein A., Lejoyeux M. New Developments on the Neurobiological and Pharmacogenetic Mechanisms Underlying Internet and Videogame Addiction *The American Journal on Addictions*. 2015;24: 117-125.
3. King D., Delfabbro P. Internet Gaming Disorder Treatment: A Review of Definitions of Diagnosis and Treatment Outcome. *Journal of clinical psychology*. 2014; 1-14
4. Lemos I., et al. Validity and reliability assessment of the Brazilian version of the game addiction scale. *Comprehensive Psychiatry*. 2016;67. 19-25.
5. Liu J. et al. Functional characteristics of the brain in college students with internet gaming disorder). *Brain Imaging and Behavior*. 2015
6. Hubert P. Impulsividade, obsessão e compulsão: jogo: da adição ao prazer. *Revista perspectiva*. 2008;9: 11-15.
7. Fong T. Types of Psychotherapy for Pathological Gamblers. Psychiatry. CLA. Gambling Studies Program. *UCLA Neuropsychiatric Institute and Hospital*, Los Angeles, California. 2005
8. Williams W., Potenza M. Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 2008;30 (Supl 1):24-30
9. Weinstein A., Lejoyeux M. Internet addiction or excessive Internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36:277-283.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed. 2013
11. MÄNNIKKÖ N., BILLIEUX J. Problematic digital gaming behavior and its relation to the psychological, social and physical health of Finnish adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions* 4(4), 2015;281-288
12. Lee B., Leeson P. Online Gaming in the Context of Social Anxiety *Psychology of Addictive Behaviors*. 2015;29:473-482
13. Koo H., Kwon J. Risk and Protective Factors of Internet Addiction: A Meta-Analysis of Empirical Studies in Korea. *Yonsei Med J*. 2014;55(6):1691-1711
14. Estévez A., Calvete E. Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*. 2007;18 (1): 23-43
15. Lemmens J., Hendriks S. Addictive Online Games: Examining the Relationship Between Game Genres and Internet Gaming Disorder. *CYBERPSYCHOLOGY, BEHAVIOR, AND SOCIAL NETWORKING*. 2016
16. Wei H. et al. The association between online gaming, social phobia, and depression: an internet survey. *BMC Psychiatry*, 2012;12:92
17. Ashley L., Boehlk K. Pathological Gambling: A General Overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2012;44, (1): 27-37
18. Hana D. et al. The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Res*. 2012;126-131
19. Ko I., Chang Y. et al. The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents. *Compr. Psiq* 2014;55(3):504-10.
20. Yau Y. et al. Are Internet use and video-game-playing addictive behaviors? Biological, clinical and public health implications for youths and Adults. *Minerva Psichiatr*. 2012;53(3): 153-170
21. RHO M. et al. Predictors and patterns of problematic Internet game use using a decision tree model. *Journal of Behavioral Addictions* 2016;5(3):500-509
22. ROOIJ A. et al. The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*. 2014;3:157-165
23. Pallesen s. An exploratory study investigating the effects of a treatment manual for video game addiction. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*. 2015;17, 2, 490-495
24. Davis R. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*. 2001;187-195
25. Han D., Renshaw P. Bupropion in the treatment of problematic online game play in patients with major depressive disorder. *J Psychopharmacol*. 2012;26(5): 689-696

Conflitos de interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

CHEMSEX: CASO CLÍNICO CHEMSEX: A CASE REPORT

MAFALDA SOUSELA

Medicina Geral e Familiar
CRI de Braga, DICAD, ARS Norte, IP

mafalda.sousela@arsnorte.min-saude.pt

RESUMO

Chemsex (forma abreviada de “*chemical sex*”) é o termo designado para o uso de drogas recreacionais e outras substâncias específicas com a finalidade de facilitar e prolongar o ato sexual e o prazer. O objetivo deste relato de caso é o de alertar os profissionais de saúde para esta prática, para que se possa realizar uma abordagem adequada no atendimento a esta população específica. Esta prática conduz a efeitos indesejados, como o sofrimento mental agudo e crônico e propicia ao aumento da frequência e gravidade de infecções sexualmente transmissíveis. A normalização do comportamento constitui uma barreira importante que pode comprometer o tratamento. Todo o ponto de contacto entre os praticantes e o profissional de saúde é importante para medidas de minimização de danos, prevenção, tratamento e esclarecimento. São necessários estudos de prevalência ao nível nacional para se poder entender o seu verdadeiro impacto e estabelecer planos de atuação adequados.

ABSTRACT

Chemsex (abbreviated form of “*chemical sex*”) is the term used for the recreational use of drugs and other substances with the purpose of facilitating and enduring the sexual act and pleasure. The aim of this case report is to alert the healthcare professionals for this practice, so it may be applied a correct management to this specific population. This practice leads to unwanted effects, such as acute and chronic mental suffering and to the increase of the frequency and severity of sexual transmitted diseases. The normalization of this behavior is an important barrier that might compromise the treatment. All the contact points between the practitioners and the healthcare professionals are important to take measures of harm reduction, prevention and clarification. National studies of prevalence are necessary to truly understand its impact and establish adequate management plans.

Key words

Substance-related disorders; mephedrone; methamphetamine; 4-hydroxybutyric acid; homosexuality, male

INTRODUÇÃO

Chemsex (forma abreviada de “*chemical sex*”) é o termo designado para o uso de drogas recreacionais e outras substâncias específicas com a finalidade de facilitar e prolongar o ato sexual e o prazer.¹ Em Portugal este fenómeno é uma realidade pouco conhecida junto dos profissionais de saúde. O objetivo deste relato de caso é o de alertar os profissionais de saúde para esta prática, para que se possa realizar uma abordagem adequada no atendimento a esta população específica.

CASO CLÍNICO

CPMA, sexo masculino, 31 anos, solteiro, raça caucasiana. Possui curso de Interpretação, atualmente desempregado, vive com mãe e pai em centro urbano. Refere orientação “bissexual, tendencialmente homossexual” (*sic*). Sem relacionamentos amorosos estáveis progressos. Como antecedentes médico-cirúrgicos de referir diagnóstico de VIH em março de 2015, acompanhado ao nível hospitalar, sem tratamento antirretroviral; síndrome depressiva recorrente; múltiplas infeções sexualmente transmissíveis (IST) tratadas em ambulatório; enxaquecas e queixas gástricas recorrentes. Apresenta como medicação habitual sertralina 50mg e quetiapina 50mg. Prescrito anteriormente trazodona, bupropiom, venlafaxina, mirtazapina, aripiprazol e outros “antidepressivos” (*sic*), que não sabe especificar. Sem antecedentes familiares relevantes.

Referenciado pelo médico de família por consumo compulsivo de substâncias psicoativas (SPA) ao fim de semana e em contextos recreativos, associados a *binge drinking* e festas de sexo em saunas. As festas começam ao final do dia de sexta-feira e terminam ao final do dia de domingo. Pratica sexo com múltiplos parceiros de forma seriada e sem uso de preservativo, desconhecendo os seus antecedentes serológicos. Não toma a iniciativa de os informar sobre o seu. Manifesta interesse por parceiros sexuais por pesquisa *online* e em aplicações de *smartphone*. Refere consumos de *ecstasy* (metilenodioximetanfetamina - MDMA), *speed* (metanfetamina), cocaína,

“fertilizantes” (mefedrona) e outras drogas que não sabe especificar. Experimentou GHB, ficou inconsciente e esteve hospitalizado por sobredosagem na sequência do consumo. Consome na forma de pó snifado e de pastilhas, a maior parte das vezes associado ao consumo de bebidas brancas (vodca) misturadas com refrigerantes diversos. Nunca consumiu de forma endovenosa, embora conheça quem já o tenha feito. Nega outros consumos ou dependências sem substância (jogo patológico). Nos dias seguintes sentiu-se com fadiga, anedonia, sentimentos de “profundo arrependimento” (*sic*) e ideação paranóide e suicida. Mantém-se abúlico, aletuado por três a quatro dias, sem autocuidados de higiene. Não dorme mais que três horas por dia (perceção do utente) mas dormita durante o dia. Relata episódios de ingestão compulsiva de alimentos açucarados (bolachas, tostas mistas, chocolates), tendo tido aumento ponderal de 10kgs nos últimos meses. Pede ajuda, dada a incapacidade de suspender os consumos e os comportamentos sexuais de risco.

Ao exame objetivo apresentava-se com dados antropométricos dentro da normalidade. Atitude amigável e apelativa. Pensamento ambivalente. Sem alterações do conteúdo do pensamento ou perceção da realidade. Humor sub-depressivo.

Foi proposto tratamento em comunidade terapêutica (CT), para afastamento do meio e aquisição de competências psicossociais e prevenção de recaída, pelo qual mostrou motivação. Ficou medicado com bupropiom 150mg e trazodona 50mg. Pedidos meios complementares de diagnóstico (MCD) para realizar em ambulatório, nomeadamente hemograma completo, bioquímica, serologias, sedimento urinário, radiografia torácica e eletrocardiograma, que se revelaram sem alterações.

Nas consultas seguintes o doente mostrou-se ambivalente em relação à suspensão dos consumos e das idas às festas, que o deixariam curioso. Considerou que não precisaria de integrar CT. Foi referenciado para psicoterapia, que não realizou, tendo faltado às consultas seguintes. Regressou 14 meses depois, após episódio sugestivo de surto psicótico de características persecutórias na sequência do consumo de

cocaína. Nessa altura pretendia ficar totalmente abstinente. Elaborado novo plano farmacológico, composto por bupropiom 300mg e gabapentina 100mg. Proposto para psicoterapia, tendo realizado duas sessões. O utente abandonou as consultas, a medicação prescrita e não requisitou, até à data, nova consulta.

DISCUSSÃO

O chemsex é um fenómeno da população de homens que têm sexo com homens (HSH).^{2,3} As drogas utilizadas, cujas características estão resumidas na **Tabela 1**, são o GHB e compostos similares, como o GBL (gamabutirolactona) e o BD (1,4-butanediol), a mefedrona e a metanfetamina, por vezes acompanhadas de nitratos alquílicos (*poppers*), agentes para a disfunção erétil (sildenafil, tadalafil, vardenafile), e benzodiazepinas. Outras drogas, como a quetamina e a cocaína podem também ser usadas, mas numa menor extensão.^{1,4,5,6}

Estas drogas têm a capacidade de induzir euforia, aumento da energia e desinibição do comportamento, e o efeito adicional e crucial de estimular a libido, prolongar e diminuir a dor da relação sexual. Desta forma, existe propensão a práticas sexuais prolongadas, traumáticas e de maior risco de infeção, como a relação ano-braquial (fisting), o uso endovenoso das substâncias (slamming) e a receção anal a múltiplos parceiros em rápida rodagem, muitas vezes de forma desprotegida, assim como a diminuição no discernimento na escolha do parceiro.^{2,7}

Estes fatores potenciam o aumento da frequência e gravidade de IST, sendo os mais comuns o VIH, linfogranuloma venéreo, gonorreia e sífilis, e a infeção pelo vírus da hepatite C.⁸

O fisting é responsável pelo aparecimento, na última década, de infeções transmitidas de forma fecal-oral, como é o caso da hepatite A e da infeção por *Shigella*.^{2,6}

Esta prática e consumos conduzem a efeitos indesejados, como o sofrimento mental agudo, na forma de agitação, crise de ansiedade, labilidade emocional, intensificação de sintomas depressivos, ideação paranóide, comportamento agressivo e estado psicótico. Experiências sexuais indesejáveis podem

mais tarde ser objeto de arrependimento, acentuando os sentimentos de culpa e de vergonha. Os efeitos na saúde mental podem necessitar de tratamento e têm potencial para se tornarem permanentes. Ao longo prazo é possível advir depressão, ansiedade e psicose como principais ameaças à sanidade mental.⁹

Este comportamento aditivo pode levar a prejuízos importantes multinível, como a instabilidade de emprego, de amizades e de relacionamentos.⁶ Os efeitos das drogas acima descritos podem ter também repercussão ao nível legal, nomeadamente na consensualidade dos atos sexuais em indivíduos sob o efeito anestésico e que por algumas vezes se encontram inconscientes no momento da relação. Os praticantes de *chemsex* são, na sua maioria pessoas jovens, inseridas profissionalmente e com redes sociais de suporte⁴, que residem em centros urbanos e que apontam como razões para a sua prática, para além dos benefícios mencionados ao nível do desempenho sexual, como o aumento da confiança sexual, longevidade do contacto e uma capacidade para ultrapassar limites sexuais, o facto de facilitar uma intimidade difícil, lidar com a ansiedade, a depressão do humor, ultrapassar perceções negativas acerca do seu corpo e o estigma internalizado da homofobia.^{7,3} Alguns apontam o facto de se sentirem incluídos e integrados numa comunidade e por isso reconhecidos, aumentando a sua autoconfiança.^{6,10}

A normalização do comportamento pode constituir uma barreira de resistência importante que pode comprometer o tratamento. A adesão às consultas é débil e o abandono da terapêutica é frequente. Os praticantes de *chemsex* são se identificam com os utilizadores de heroína e de cocaína que normalmente frequentam centros especializados de tratamento, sendo em alturas de crise, sobretudo nos dias seguintes à prática, que procuram ajuda.³

É por isso mais provável que os casos se apresentem no âmbito dos cuidados de saúde primários ou em serviços de atendimento agudo hospitalar. Nestes locais, os profissionais de saúde devem estar atentos e aproveitar cada ponto de contacto do utente com o serviço de saúde e apostar em ações de prevenção

e medidas de redução de danos, tais como o rastreio de IST, vacinação específica, profilaxia pré e pós-exposição, intervenção motivacional, disponibilização de equipamento injetável seguro e limpo, assim como parafernália utilizada para snifar, preservativos, luvas de látex e material lubrificante individual, aproveitando cada contacto do utente para realizar aconselhamento e esclarecimento de dúvidas.^{2,3,8,11}

CONCLUSÃO

São necessários estudos de prevalência ao nível nacional para perceber o verdadeiro impacto desta prática, não só ao nível das IST como ao nível do dos policonsumos e seu impacto na saúde mental. Uma abordagem multidisciplinar baseada na redução de riscos e minimização de danos e no tratamento é crucial para a saúde individual, coletiva e pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Giorgetti, R. et al. *When "Chems" Meet Sex: A Rising Phenomenon Called "ChemSex"*. *Current Neuropharmacology*. 2017; 15(5):762-770.
2. Novel Psychoactive Treatment UK Network. *Club Drug Use among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People*. 2016.
3. Frankis, J. e Clutterbuck, D. *What does the Latest Research Evidence mean for Practitioners who Work with Gay and Bisexual Men Engaging in Chemsex? Sexually Transmitted Infections*. 2017; 0: 1-2.
4. Dolengevich-Segal, H et al. *Chemsex. An Emergent Phenomenon*. *Adicciones*. 2017; 29(3): 207-209.
5. Bracchi, M. et al. *Increasing Use of Party Drugs in People Living with HIV on Antiretrovirals: a Concern for Patient Safety*. *AIDS*. 2015; 29(13):1585-1592.
6. Pakianathan MR. et al. *How to assess Gay, Bisexual and other Men who have Sex with Men for Chemsex*. *Sexually Transmitted Infections*. 2016; 92: 568-570.
7. McCall, H, et al. *What is Chemsex and Why Does it Matter?* *British Medical Journal*. 2015; 351.
8. Elliot, ER. et al. *Recreational Drug Use and Chemsex among HIV-Infected In-Patients: a Unique Screening Opportunity*. *HIV Medicine*. 2017: 1-7.
9. Ma, R. e Perera, S. *Safer "Chemsex": GPs' Role in Harm Reduction for Emerging Forms of Recreational Drug Use*. *British Journal of General Practice*. 2016: 4-5.
10. Pollard, A. et al. *Syndemics of Stigma, Minority-Stress, Maladaptive Coping, Risk Environments and Littoral Spaces among Men who Have Sex with Men Using Chemsex*. *Culture, Health & Sexuality*. 2017: 1-17.
11. Novel Psychoactive Treatment UK Network. *Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances*. 2015.

Tabela 1 – Principais drogas associadas ao Chemsex,4,5,6

Nome	Nome de rua	Forma	Meio de administração	Efeitos desejados	Efeitos negativos	Duração
Mefedrona	Miau-miau; MCat; M; drone; fertilizante; sais de banho.	Pó branco	Ingestão oral; snifada (mais comum); injeção endovenosa (slamming); inserção retal (booty bumping)	Euforia; estado de alerta; aumento da libido; afeição; confiança.	Ansiedade, paranóia	1h+/-0.5h
GHB*/GBL**/†BD	G; gina; ecstasy líquido	Líquido incolor	Misturado em bebidas em pequenas doses; raramente de forma endovenosa	Sedação e anestesia; euforia; desinibição; aumento da libido	Desidratação; overdose acidental; inconsciência; coma; depressão respiratória	20 min até 7h. GBL e BD são rapidamente convertidos em GHB.
Metanfetamina	Cristal devastador; cristal; tina; meta; cristina; T; ice; yaba; crystal meth.	Pó branco ou cristal translúcido	Snifada; fumada em tubo de vidro; injeção endovenosa; inserção retal	Hilaridade; satisfação; libido; estado de alerta; desinibição.	Agitação; paranóia; confusão; agressão.	4-12h
*GHB – gamahidroxitirato **GBL – gamabutirolactona †BD – butanediol						



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo
das Drogas e das Dependências