

INTERCÂMBIO DE BOAS PRÁTICAS DE LAZER SAUDÁVEL PARA A PREVENÇÃO DE DEPENDÊNCIAS EM JOVENS

Decálogo de boas práticas



Material elaborado no projeto “Intercâmbio de boas práticas de lazer saudável para a prevenção de dependências em jovens”



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Coordenador:

Fundación ASPAYM Castilla y León, Valladolid, Espanha

Parceiros:

Rosto Solidario - Santa Maria da Feira, Portugal

AICSCC - Gamma Institute, Iași, Roménia

Dione - Youth Organization, Nicosia, Cipro

Polska Akademia Rozwoju, Poznań, Polónia



ÍNDICE



CAPÍTULO 1 - INTERCÂMBIO DE BOAS PRÁTICAS DE LAZER SAUDÁVEL PARA A PREVENÇÃO DE DEPENDÊNCIAS EM JOVENS	1
1.1. Apresentação do projeto	1
1.2. Finalidade e objetivos do projeto	3
1.3. Por que foi feito esse projeto?	4
1.4. Qual é o nosso público alvo?	5
1.5. Parceiros	6
CAPÍTULO 2- ANÁLISE DE ADIÇÕES	11
2.1. Introdução ao conceito de adição	11
2.2. Adições psicológicas e químicas	20
2.3. Adições e Covid-19	76
2.4. Lidando com indivíduos que manifestam adições	86
CAPÍTULO 3- ANÁLISE DO CONTEXTO DAS ADIÇÕES DOS JOVENS EM CADA PAÍS	92
CAPÍTULO 4 - AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE DEPENDÊNCIAS PARA JOVENS	155
CAPÍTULO 5 - DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PREVENTIVAS NO CAMPO DO LAZER ALTERNATIVO COM JOVENS	192
BIBLIOGRAFIA	205

CAPÍTULO 1

INTERCÂMBIO DE BOAS PRÁTICAS DE LAZER SAUDÁVEL PARA A PREVENÇÃO DE ADIÇÕES EM JOVENS

1.1. Apresentação do projeto

O projeto é um intercâmbio de boas práticas entre Espanha, Portugal, Roménia, Polónia e Chipre sobre a prevenção das dependências nos jovens através do lazer saudável que surge da necessidade de procurar ações preventivas das dependências nos jovens, com especial atenção aos jovens mais vulneráveis ou com menos oportunidades.

Graças a este intercâmbio de boas práticas, as entidades que integram este projeto poderão aprofundar os seus conhecimentos na área do lazer alternativo para a prevenção de dependências na área da juventude através das seguintes áreas:

- 1. Como promover comportamentos e hábitos saudáveis que reduzam a vulnerabilidade ao uso de substâncias e comportamentos aditivos.**
- 2. Como realizar ações e atividades de lazer e tempos livres para a prevenção de dependências.**
- 3. Como promover medidas de prevenção ambiental / estrutural com a participação de jovens.**
- 4. Como usar estratégias de comunicação voltadas para a população jovem** com atenção especial aos menores, aumentando os esforços para alcançar os jovens por meio de mensagens e canais confiáveis que aumentem a perceção de risco social relacionado ao uso de substâncias e outras dependências.
- 5. Como aprimorar programas e projetos de prevenção universal, seletiva e indicada.**



CAPÍTULO 1

INTERCÂMBIO DE BOAS PRÁTICAS DE LAZER SAUDÁVEL PARA A PREVENÇÃO DE ADIÇÕES EM JOVENS

Para o seu desenvolvimento, será realizada inicialmente uma análise da situação da toxicodependência nos jovens dos países de cada entidade associada.

Em segundo lugar, serão identificadas diretrizes específicas para o desenvolvimento de ações preventivas no campo do lazer alternativo com os jovens.

Por fim, serão avaliadas as propostas de prevenção da dependência que foram desenvolvidas a nível local e regional com os jovens de cada país. Além disso, os resultados serão coletados e publicados num decálogo de boas práticas, que estará acessível em cada uma das línguas dos países que fazem parte do projeto.

Por fim, espera-se que o projeto contribua para uma mudança nas rotinas de lazer dos jovens, gerando novas alternativas de lazer adequadas às suas necessidades e que sejam satisfatórias para evitar o início de comportamentos aditivos.

Em suma, o impacto que pretendemos alcançar com este projeto é aquele que terá um impacto quando o projeto terminar, onde **estratégias, ferramentas, propostas e ações são realizadas para prevenir as dependências e promover o lazer saudável**. Trata-se de estabelecer algumas diretrizes iniciais que nos permitam continuar a lidar, ao longo do tempo, com essa problemática que afeta tantos jovens hoje.



1.2. FINALIDADES E OBJETIVOS DO PROJETO

Objetivo geral:



- Reduzir a presença e promoção de comportamentos aditivos nos jovens através do intercâmbio de boas práticas realizadas em diferentes contextos.

Objetivos específicos:

- Análise do contexto e das variáveis das dependências em cada um dos países de origem dos parceiros que fazem parte do projeto.
- Identificar orientações específicas para o desenvolvimento de ações preventivas no domínio do lazer saudável ou alternativo com os jovens.
- Avaliar propostas de prevenção realizadas local e regionalmente com jovens de cada país.
- Criar diretrizes de ação voltadas para a implementação e desenvolvimento de práticas saudáveis de lazer com os jovens.



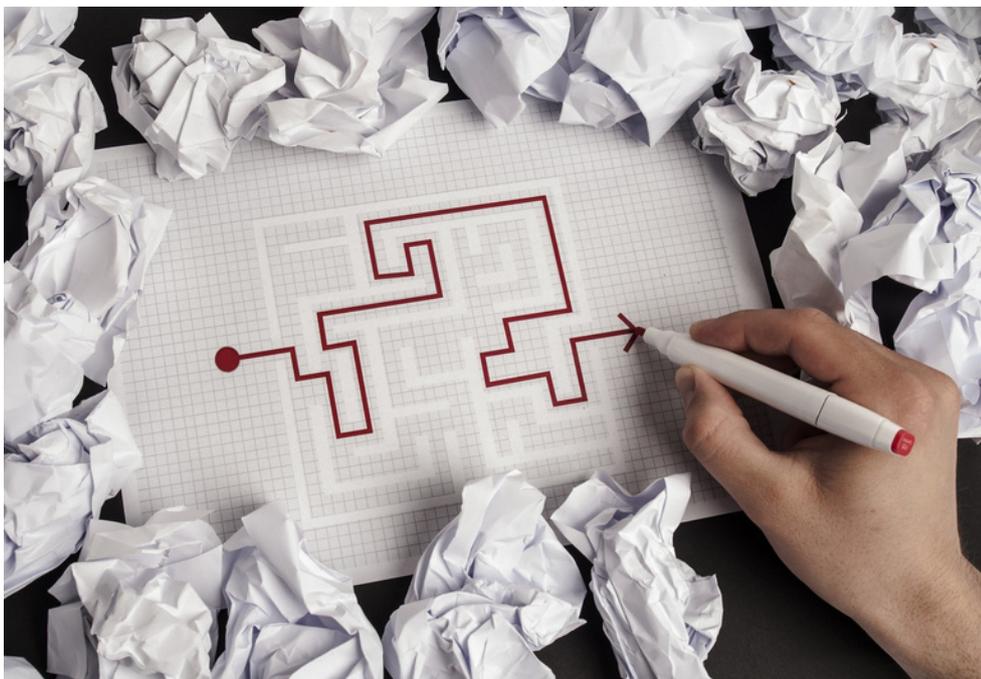
POR QUÊ ESTE PROJETO?

1.3 Por que foi feito este projeto?

Para os jovens, a utilização do tempo livre está intimamente relacionada com o desenvolvimento da sua identidade, sendo um dos momentos fundamentais em que procuram e se relacionam com os seus grupos de pares, trocam valores e modelos de comportamento.

Além disso, é no contexto de lazer que podem ocorrer os primeiros comportamentos de risco, principalmente relacionados ao consumo de drogas, jogos de azar e novas tecnologias.

Este é o ponto de partida do projeto **“Intercâmbio de boas práticas de lazer saudável para a prevenção de dependências em jovens”**, que surge da necessidade de procurar ações preventivas de dependências em jovens, com atenção especial aos jovens mais vulneráveis ou com menos oportunidades.



PÚBLICO ALVO

1.4 Qual é o nosso público alvo?

- Todas as pessoas que estariam interessadas no estudo
- Jovens entre os 13 e 30 anos
- Indivíduos que sofrem de adições
- Membros da família e amigos de pessoas que são ou foram dependentes
- Pessoas com deficiência
- Pessoas (todas as idades) com problemas psicológicos como: baixo nível de autoestima, episódios ansiosos ou depressivos, bullying nas escolas ou no ambiente organizacional, dificuldades nas transições ao longo da vida (lançamento para uma vida independente dos filhos, divórcio, transições de carreira - reprofissionalização), etc. .
- Pessoas que vivenciaram experiências difíceis desde a infância e / ou podem ter vivenciado o bullying, pobreza, nunca tiveram a oportunidade de mostrar a sua própria criatividade e / ou ter fortes emoções de perda própria, incapacidade de lidar com a realidade como é e / ou indivíduos que passaram por episódios traumáticos / depressivos.
- Profissionais e futuros profissionais na área de dependências.
- Profissionais da área da educação e da psicologia: pessoas que trabalham com jovens e com problemas psicológicos, professores e orientadores escolares / profissionais, psicoterapeutas, psicólogos, dirigentes civis, treinadores desportivos, etc.
- Futuros profissionais em psicologia: alunos de psicologia (licenciatura e mestrado).



1.5. PARCEIROS

FUNDACIÓN ASPAYM CASTILLA Y LEÓN – ESPANHA

A Fundación ASPAYM Castilla y León começa a operar em 2004, doze anos após o estabelecimento da ASPAYM na região de Castilla y León. ASPAYM Castilla y León trabalha para conseguir uma melhoria significativa na qualidade de vida das pessoas com deficiência física e a redução de barreiras no seu dia a dia. Além disso, a entidade propõe-se a ser uma associação líder que, pela qualidade dos seus programas e atividades, a pesquisa e o uso de Novas Tecnologias, proporcione às pessoas com deficiência física as ferramentas necessárias para cumprir a Missão da Associação.

A Fundación ASPAYM Castilla y León concentra-se na área dos serviços sociais, especificamente na área da deficiência física. Atende pessoas em todo o seu ciclo de vida, tanto ao nível de assistência educacional como local. A Fundação conta com a colaboração de especialistas na área educacional, social e de investigação do grupo de pessoas com deficiência física e sensorial. Os principais objetivos são:

- Estimular o exercício da autonomia das pessoas com deficiência, principalmente das pessoas com deficiência física.
- Promover o desenvolvimento de atividades e programas que possibilitem a inclusão e participação na sociedade das pessoas com deficiência.
- Estabelecer um plano de comunicação externa e interna que permita cumprir a missão da entidade.
- Realizar pesquisas inovadoras que melhorem a qualidade de vida das pessoas com deficiência.



PARCEIROS

ROSTO SOLIDÁRIO – PORTUGAL

Rosto Solidário (RS) é uma ONGD portuguesa (organização não governamental para o desenvolvimento), fundada em 2007. O trabalho do RS tem como objetivo promover a cidadania global e a solidariedade, potenciando o desenvolvimento humano e social das comunidades locais.

Os princípios básicos da RS são participação cívica, integração social, solidariedade, networking e parceria.

O objetivo do trabalho da organização inclui quatro áreas principais: Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Educação para a Cidadania Global, Voluntariado e Apoio Social com Base na Família. Equidade de género, direitos humanos e inclusão social são tratados como questões transversais.

Além disso, a organização considera a Educação Não Formal como um veículo para oportunidades de aprendizagem ao longo da vida dentro da Estrutura de Cidadania Global.

RS é uma organização credenciada de acolhimento e envio de projetos de Serviço de Voluntariado Europeu desde 2011.

Atualmente está a trabalhar com o Corpo Europeu de Solidariedade.



ROSTO
SOLIDÁRIO

Organização Não Governamental para o Desenvolvimento



PARCEIROS

AICSCC – GAMMA INSTITUTE – ROMÉLIA

O objetivo do Institute for Research and Study of Cuantic Consciousness - Gamma Institute é a promoção, desenvolvimento, pesquisa e iniciativa de atividades no campo da psicologia, psicoterapia e saúde mental, em particular através de programas de formação, workshops, serviços psicológicos e assistência psicológica, aconselhamento, psicoterapia e formação de especialistas; outro objetivo é facilitar a cooperação entre especialistas romenos das áreas acima mencionadas e outros especialistas da área internacional. O Gamma Institute tem 3 departamentos:

- Gamma Training - departamento de educação, credenciado pela Associação de Psicólogos da Roménia.
- Gamma Clinic Psychology - departamento de saúde e intervenção. Neste departamento estão disponíveis diversos serviços psicológicos, em sessões individuais, em casal, familiares ou em grupo e workshops sobre temas de interesse.
- Gamma Projects & Research é o departamento que desenvolve projetos de investigação europeus na área da psicologia, com o objetivo de promover a autoconsciência e os benefícios do estado mental na qualidade de vida individual e familiar. Além disso, através desse departamento, fazem intercâmbio de mobilidades e boas práticas para psicoterapeutas e alunos da escola de formação em psicoterapia sistémica.



PARCEIROS

DIONE – CHIPRE

A Dione foi fundada em 2016 em Nicósia, Chipre. É uma organização juvenil não governamental e sem fins lucrativos. Os principais objetivos da organização são promover a cultura do Chipre e motivar os jovens a participarem em projetos da UE. Além disso, a Dione promove políticas antirracismo, de igualdade de género, direitos humanos e inclusão social de pessoas com menos oportunidades. Por último, a Dione aposta no desenvolvimento das competências e na educação não formal dos jovens associados à sua ONG ou às comunidades que colaboram consigo. Para atingir os seus objetivos, os colaboradores permanentes e associados organizam eventos baseados na cultura, palestras sobre a inclusão social de pessoas com menos oportunidades e seminários para informar e atualizar as comunidades jovens sobre os projetos da UE.

A maioria dos membros participou em alguns projetos da UE através de duas outras organizações sediadas em Chipre, Rivensco e a Organização para a Promoção de Assuntos Europeus.

A Dione tem 15 colaboradores permanentes não remunerados e 18 associados. O número de jovens atingidos é de aproximadamente 75, com encontros a cada 15 dias. Durante o verão e as férias de Natal, podem ocorrer uma vez por semana.



PARCEIROS

POLSKA AKADEMIA ROZWOJU – POLÓNIA

A Polska Akademia Rozwoju é uma organização não governamental polaca fundada em 2016.

Organiza projetos europeus-africanos-asiáticos.

É um grupo de jovens trabalhadores ativos, que visa o desenvolvimento integral da sociedade e a melhoria das parcerias interculturais e internacionais.

Ajuda crianças e jovens em risco de exclusão social através de métodos de educação não formal. O Ite utiliza, também, o desporto e a arte como métodos para prevenir a exclusão social. A Polska Akademia possui uma rede nacional de clubes de artes marciais.

Tem experiência na organização de intercâmbios internacionais, conferências, formações e eventos de massa e também coopera com organizações locais, escolas, bem como escritórios e conselhos. Um dos alvos é representar a Polónia em conferências internacionais como o Modelo das Nações Unidas.

Também apoia o desenvolvimento da cultura a nível local, organizando concertos e exposições.

Os seus líderes são uma equipa de profissionais, especialistas e entusiastas de ações multiculturais. Na sua equipa estão bailarinos profissionais, instrutores de natação e outros profissionais que ajudam jovens em risco de exclusão social a cuidar da sua saúde física e mental.

A Polska Akademia apoia o processo educacional de jovens por meio da concessão de bolsas de estudo.



CAPÍTULO 2

ANÁLISE DE ADIÇÕES

2.1. Introdução ao conceito de adição

O ser humano tende a repetir os comportamentos que causam consequências satisfatórias, razão pela qual certos comportamentos podem gerar comportamentos aditivos.

Quando falamos historicamente sobre o conceito de dependência, estamos a referi-nos à dependência de drogas. Recentemente, baseiam-se no conceito de dependência física e mental, possivelmente relacionada a substâncias psicoativas que, ingeridas por uma pessoa, têm potencial para gerar dependência. Incluem álcool, tabaco, cannabis, cocaína, heroína, etc.

O consumo de certas substâncias ou drogas, proporciona um aumento considerável no neurotransmissor denominado dopamina, o que gera na pessoa uma sensação de euforia. O aumento da dopamina não está apenas associado ao uso de substâncias, mas também pode ser gerado por outros tipos de comportamento, como: jogos de azar, relações sexuais, compulsão alimentar, compras, etc.

Assim, além das dependências de substâncias, observou-se nos últimos anos que existem dependências comportamentais, como o jogo patológico. E que também existem comportamentos que causam grandes problemas para as pessoas que os realizam, como dependência de internet, comportamentos sexuais excessivos, uso problemático de redes sociais, alimentação, compras, etc.

O que caracteriza uma adição, seja com substância ou comportamental, é que a pessoa perde o controle desse comportamento e, ao mesmo tempo, provoca sérios problemas pessoais, sociais, de trabalho, académicos, com o parceiro, etc. Gossop (1989) definiu como elementos característicos de qualquer adição os seguintes aspectos:



INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE ADIÇÕES

1. Forte desejo ou sentimento de compulsão para realizar um determinado comportamento.
2. Capacidade prejudicada de controlar o comportamento
3. Desconforto e alteração do humor quando o comportamento é evitado ou finalizado
4. Persistir no comportamento apesar da evidência clara de que está a produzir graves consequências para a pessoa.

Os critérios da OMS referem a existência de dependência física (abstinência, tolerância), psicológica (características pessoais e aprendizagem) e social (ambiente e grupo de pares ou afinidade) numa pessoa, entendendo-a como uma situação em que há sentimento de satisfação ou de impulso psicológico que requer comportamento aditivo para produzir prazer ou evitar gerar desprazer / dor.

Apesar de existirem critérios específicos para diversos transtornos, como dependência de substâncias psicoativas ou jogo patológico, quando falamos em dependência partimos sempre dos critérios de dependência de substâncias psicoativas, dado que também nas dependências, com ou sem substância, há fenómenos de tolerância, síndrome de abstinência, etc.

Para o DSM-V- (American Psychiatric Association, 2013), a dependência de uma substância é caracterizada por um padrão mal adaptativo de uso de substância que acarreta um risco ou doença clinicamente significativo, expresso por três ou mais sintomas.



Também considera o abuso de substâncias, que define como um padrão não adaptativo de uso de substâncias que acarreta um risco ou males clinicamente afetados, expresso por um (ou mais) sintomas.

Quando falamos sobre adições comportamentais, com a substituição de "substância" por "comportamento", explicaremos exatamente em que consiste.

Com base nesses critérios, podemos verificar se os diferentes comportamentos aditivos são determinados, tanto aqueles que são produzidos por uma substância química, quanto aqueles que não são produzidos por ela.

Critérios DSM-V para transtorno por uso de substância

Um padrão não adaptativo de consumo de substância que leva a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, expresso por três (ou mais) dos seguintes itens, num período contínuo de 12 meses:

1. Uso perigoso
2. Problemas sociais / interpessoais relacionados ao consumo
3. Não cumprimento das funções principais devido ao consumo
4. Problemas legais



5. Síndrome de abstinência

5.1. Impulso intenso para realizar um comportamento que traz consigo efeitos prejudiciais para a pessoa que o executa

5.2 Aumento da tensão até que o comportamento seja realizado

6. Tolerância

6.1. Necessidade de quantidades marcadamente crescentes da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado

6.2 O efeito das mesmas quantidades de substância diminui claramente com o consumo contínuo

7. Necessidade de usar mais / por mais tempo para desenvolver o comportamento pretendido

8. Tentativas repetidas de parar / controlar o consumo

9. Problemas físicos / psicológicos relacionados ao consumo

10. Deixar de realizar outras atividades devido ao consumo

O primeiro aspecto que está presente em todos os comportamentos de dependência é a compulsão ou perda de controle. De tudo o que vimos até agora, é provavelmente a principal característica desse problema.

O segundo aspecto são os sintomas de abstinência produzidos por não realizar o comportamento aditivo voluntariamente ou porque impedem o indivíduo de fazê-lo.



Síndrome de abstinência, referindo-se a substâncias psicoativas, entende-se (Becoña, 2008) que é um estado clínico (conjunto de sinais e sintomas) que se manifesta pelo aparecimento de distúrbios físicos e psicológicos de intensidade variável (de acordo com diferentes modos e níveis de gravidade), quando a administração do medicamento/droga é interrompida ou a sua ação é influenciada pela administração de um antagonista específico, neste caso sendo denominada síndrome de abstinência com o apelido de síndrome de abstinência precipitada. O mesmo se aplica a todos os comportamentos aditivos sem base química, como foi constatado em diversos estudos (Echeburúa, 1999).

O terceiro aspeto é o da tolerância. Consiste no processo pelo qual a pessoa que consome uma substância tem a necessidade de aumentar a ingestão da substância para obter o mesmo efeito que tinha no início. Nos comportamentos de dependência pode-se perceber que, há medida que a pessoa realiza esse comportamento, é necessário aumentar a quantidade de tempo e esforço dedicado a ele para que se obtenha o mesmo efeito.

Os limites entre comportamentos normais e comportamentos aditivos são caracterizados pelos seguintes aspetos:

1. Perda de controle
2. Forte dependência psicológica
3. Perda de interesse em outras atividades gratificantes
4. Interferência séria na vida quotidiana



O quarto aspecto é o da intoxicação, que ocorre em todas as substâncias químicas, ou quase-dissociação, esta última sendo encontrada tanto nas substâncias químicas quanto nos comportamentos que produzem dependência. Nesse estado, a pessoa parece estar fora de si, como se fosse outro (Jacobs, 1989).

O quinto aspeto que consideramos significativo refere-se ao facto de o indivíduo com dependência sofrer de graves problemas na esfera física e / ou de saúde, no âmbito pessoal, familiar, laboral e social. Esses problemas, em maior ou menor grau, estão presentes em todos os comportamentos de dependência.

Junto com o exposto, não devemos deixar de apontar dois outros factos.

O primeiro é que, habitualmente um comportamento aditivo não está sozinho, mas que vários costumam estar presentes ao mesmo tempo no mesmo indivíduo. O fenómeno da politoxicomania, tão frequente nas drogas (também conhecido como polidependência ou poliadicción), indica que não existe um único comportamento aditivo, mas vários ao mesmo tempo.

Além disso, como resultado, ou em interação com comportamentos aditivos, a presença de patologia orgânica, psicológica e psiquiátrica é frequentemente encontrada, pelo menos em pessoas dependentes. Sabendo disso é importante tanto conhecer a causa do problema, quanto a sua evolução e o seu possível tratamento ou recuperação.





Abaixo, veremos algumas definições de adições / dependência:

“A dependência de drogas refere-se conceptualmente a substâncias químicas. Mas certos comportamentos, como jogo patológico, dependência de computador, hipersexualidade, apetite excessivo, dependência de compras, exercício físico irracional, trabalho excessivo, etc. podem ser considerados psicopatologicamente como adições”

(Alonso-Fernández, 1996; Echeburúa and Corral, 1994).

“As drogas têm uma capacidade notável de aumentar os níveis de um neurotransmissor chamado dopamina. É precisamente o aumento da dopamina no cérebro dos dependentes que causa a sensação de euforia - produzida, por exemplo, pela cocaína. Mas a dopamina também pode aumentar com contacto sexual, uma farrá, o prazer de fazer compras ou de ficar a jogar numa máquina. Os indivíduos, uma vez dependentes de uma substância ou comportamento, habituam-se a altas concentrações de dopamina.”

(Echeburúa, 2003)

“A dependência, entendida como a necessidade subjetiva de realizar imperativamente o comportamento para restaurar o equilíbrio homeostático, e a subordinação do estilo de vida à manutenção do hábito, forma o núcleo central da adição. Portanto, o que caracteriza uma adição sem drogas não é o tipo de comportamento envolvido, mas o tipo de relação que o sujeito estabelece com ele”.

(Echeburúa and Corral, 1994).



Outros aspetos que caracterizam os comportamentos aditivos são o reforço positivo e o reforço negativo, que consiste no desejo de obter prazer e bem-estar com o uso de uma substância que pode atuar como um reforçador positivo, que intensifica a frequência de administração e aumenta progressivamente a dose consumida.

A tentativa de evitar o aparecimento de uma síndrome de abstinência, pode atuar como um reforço negativo, que também gera um aumento na frequência de consumo ou um aumento na dose.



Um dos principais fatores de risco para o início de comportamentos aditivos é a fase da adolescência, quando ocorre o processo de procura de identidade, que está associado à progressiva independência da família e à crescente influência do grupo de pares. Este é o período mais crítico em termos de comportamentos de risco em geral e especificamente com todos aqueles relacionados às adições, pois é o momento em que se começa a experimentá-los.

Os mais novos começam a consumir substâncias cada vez mais cedo, da mesma forma que os comportamentos aditivos que podem gerar adições comportamentais, como a Internet, o jogo ou as redes sociais, começam cada vez mais cedo.

Um dos fatores de risco importantes na criação de comportamentos aditivos pelos jovens é não ter internalizado a gravidade do início do comportamento, nem mesmo a possibilidade de desenvolver um processo aditivo. Para os jovens, a utilização do tempo livre está intimamente relacionada com o desenvolvimento da sua identidade, sendo um dos momentos fundamentais em que procuram e se relacionam com os seus grupos de pares, trocam valores e modelos de comportamento. Além disso, é no contexto de lazer que podem ocorrer os primeiros comportamentos de risco, principalmente relacionados ao uso de drogas, jogos de azar e novas tecnologias.



2.2. Adições psicológicas e químicas

Quando falamos sobre adições, não estamos mais a falar apenas sobre a adição de substâncias. Décadas atrás, no campo do tratamento antidrogas, as pessoas só trabalhavam com problemas de álcool, cocaína, heroína, tabagismo ... mas muitos outros tipos já foram reconhecidos, como a dependência do jogo, novas tecnologias ou sexo.

Existem as chamadas adições químicas ou tóxicas, porque consistem no consumo de uma determinada substância, ou não química, não tóxica, ou comportamental, que corresponde à realização de um comportamento, sem implicação no consumo da substância.

A classificação das dependências é feita, de acordo com o DSM-5 em dependências químicas e psicológicas e essa diferença pode ser observada na tabela:



TIPOS

PSCICOLÓGICO

VARIANTES MAIS COMUNS

JOGO PATOLÓGICO,
ADIÇÃO EM SEXO,
ADIÇÃO EM COMPRAS
ADIÇÃO ALIMENTAR
ADIÇÃO NO TRABALHO
ADIÇÃO EM EXERCÍCIOS FÍSICOS
ADIÇÃO EM TELEMÓVEIS
ADIÇÃO EM INTERNET



SELF HARM

TIPOS

QUÍMICO

VARIANTES MAIS COMUNS

OPIOIDES
ALCOOLISMO
COCAÍNA / ANFETAMINAS
ALUCINÓGENOS
CANNABIS
OUTRAS DROGAS (DROGAS
SINTÉTICAS)





2.2.1. Jogo patológico

Quando falamos em jogo patológico, estamos a referir-nos a um transtorno que ocorre de forma incontrollável e progressiva, ou seja, o dependente será cada vez mais incapaz de resistir aos seus próprios impulsos para o jogo, resultando em comportamentos que afetam a sua vida pessoal e familiar e até mesmo os seus objetivos profissionais. Portanto, é considerado um transtorno com características psicológicas. Este distúrbio abrange quatro características principais:

- Perda ocasional ou prolongada de controle sobre o jogo.
- Preocupação contínua com jogos de azar e como obter dinheiro para jogar.
- Pensamentos irracionais sobre jogos de azar.
- A pessoa continua a jogar apesar das consequências adversas.

A pessoa dependente de jogo terá um período inicial de baixo jogo e jogo até atingir o jogo patológico, que pode se desenvolver ao longo de um período de 10-15 anos. Nesse momento, as pessoas podem ter pensamentos errados sobre a sua situação, em que negam o seu problema, têm sentimentos de controlo e poder sobre a probabilidade de resultados ou excesso de confiança. Em outros casos, as pessoas podem:





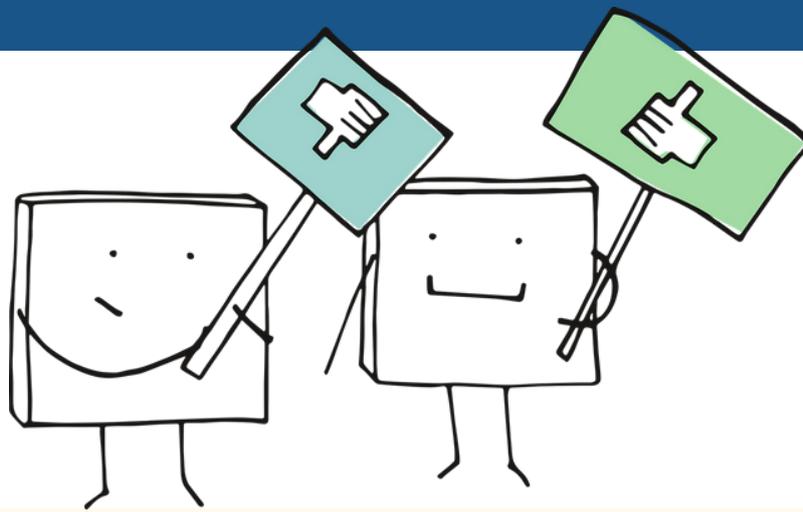
1. Passar a acreditar que o dinheiro é a causa e também a solução para os seus problemas.
2. Torna-se impulsiva, competitiva, enérgica, inquieta ou tender a ficar entediada facilmente.
3. Preocupar-se muito com a aprovação dos outros e ser generosa ao ponto da extravagância.
4. Ficar deprimida, solitária e lidar com uma sensação de impotência e culpa, em alguns casos até tentando o suicídio.

A desordem irá evoluir da seguinte forma: primeiro, gastarão mais dinheiro do que o esperado, depois irão jogar para reconquistar o que perderam e, em última análise, continuarão a jogar mesmo quando perderem.

Principais sinais na pessoa viciada

1. Tolerância: necessidade de apostar quantias crescentes de dinheiro para alcançar a emoção desejada.
2. Síndrome de abstinência: inquietação e irritabilidade com a perspectiva de interromper ou parar de jogar.
3. Perda de controlo: a pessoa faz esforços repetidos para tentar controlar, interromper ou parar o jogo.
4. Preocupação: a pessoa muitas vezes preocupa-se com o jogo.
5. Evitamento: frequentemente joga quando se sente desesperada, culpada, ansiosa ou deprimida.





6. Ganhar de volta: depois de perder dinheiro no jogo, muitas vezes retorna outro dia para tentar ganhá-lo de volta.
7. Mentiras: Mentiras para ocultar a extensão do seu envolvimento no jogo.
8. Relacionamentos: arriscam ou perdem relacionamentos interpessoais importantes, oportunidades de trabalho e educacionais por causa do jogo.
9. Empréstimos: depender de outros para lhes emprestar dinheiro para aliviar a sua situação financeira desesperante devido ao jogo.

Consequências da adição

- **Nível pessoal:** os dependentes em jogos de azar geralmente não se sentem bem, a situação gera um nível de desconforto (tristeza, ansiedade) e, por fim, um autoconceito deteriorado.
- **Nível económico:** a situação económica tende a piorar cada vez mais, aumentando o número de dívidas. Esta situação pode levar a furtos ou fraudes ou a problemas financeiros da família.
- **Situação de trabalho:** o desempenho no trabalho é prejudicado por pensamentos constantes de jogo e ausência ou abandono do trabalho. Isso pode levar à demissão por roubo ou falha no cumprimento das responsabilidades do trabalho.





- Vida social: têm pouco tempo para as relações sociais e acabam abandonando os relacionamentos anteriores. Perdem amigos porque não devolvem o dinheiro que anteriormente lhes emprestaram e, por fim, ficam cada vez mais isolados e deprimidos.
- Relação com a lei: o que alguns jogadores entendem como "empréstimo" é, na verdade, roubo. Frequentemente, envolvem-se em comportamentos puníveis por lei.
- Ambiente familiar: a adição do jogo impede o dependente de prestar a devida atenção ao parceiro e aos filhos. Uma série de problemas podem ocorrer dentro da coabitação, derivados principalmente de: esconder ou negar o problema, falta de comunicação e mentiras, sentimento de fracasso ou culpa, frustração sexual, etc.



2.2.2. Adição em sexo

O “vício em sexo” é descrito como uma necessidade compulsiva de praticar atos sexuais para conseguir o tipo de “prazer” que uma pessoa com transtorno do uso de álcool obtém ao beber ou que alguém com transtorno do uso de opiáceos obtém ao usar opiáceos. A adição em sexo (o comportamento sexual compulsivo descrito) não deve ser confundido com distúrbios como pedofilia ou zoofilia. Para algumas pessoas, a adição em sexo pode ser altamente perigosa e resultar em dificuldades consideráveis nos relacionamentos. Como a dependência de drogas ou álcool, tem o potencial de impactar negativamente a saúde física e mental, as relações pessoais, a qualidade de vida e a segurança de uma pessoa.

Principais sinais na pessoa dependente

Uma característica pode ser o sigilo de comportamentos, em que a pessoa com o transtorno se torna hábil em esconder o seu comportamento e pode até mesmo manter a condição em segredo de cônjuges, parceiros e membros da família. Podem mentir sobre as suas atividades ou envolver-se com elas em momentos e lugares onde não serão descobertos. Mas às vezes os sintomas estão presentes e são perceptíveis.

Uma pessoa com adição em sexo pode mostrar alguns ou todos os seguintes sinais:





1. pensamentos e fantasias sexuais obsessivas crónicas
2. relações compulsivas com múltiplos parceiros, incluindo estranhos
3. mentir para encobrir comportamentos
4. preocupação em fazer sexo, mesmo quando interfere na vida diária, produtividade, desempenho no trabalho e assim por diante
5. incapacidade de parar ou controlar os comportamentos
6. colocar a si mesmo ou outras pessoas em perigo devido ao comportamento sexual
7. sentimento de remorso ou culpa depois do sexo
8. experienciar outras consequências pessoais ou profissionais negativas.

Os comportamentos compulsivos podem prejudicar os relacionamentos, por exemplo, com o stress da infidelidade - embora algumas pessoas possam alegar ter uma adição em sexo como forma de explicar a infidelidade num relacionamento.

Consequências da adição

As consequências da adição sexual aparecem a vários níveis: físico, mental, emocional, social, espiritual.





Físico - Uma complicação física mais séria da adição em sexo é a exposição a doenças sexualmente transmissíveis. Herpes, infecções fúngicas, verrugas venéreas, cancróides, gonorreia, uretrite não gonocócica, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, sífilis e infecções por HIV podem ser transmitidos por contacto sexual. Em primeiro lugar, a busca pelo prazer faz com que o corpo do dependente espere excitação e "acelere".

Mental - há efeitos profundos nos processos mentais causados pela adição em sexo. O alerta mental e a acuidade, bem como a concentração, são afetados. A intrusão de pensamentos e fantasias indesejáveis pode impedir que os dependentes trabalhem ou até mesmo se concentrem numa conversa normal. Às vezes, parecem distraídos ou como se não estivessem a prestar atenção, mas muitas vezes treinaram-se para parecerem alertas mesmo quando não estão;

Emocional - as adições têm um impacto profundo na vida emocional de um dependente em sexo. Os sentimentos são geralmente reprimidos, e o dependente fica entorpecido, insensível e indiferente. A falta de uma verdadeira vida emocional deixa-o como "um barco sem leme".





Social - o aspeto social da vida do dependente é profundamente afetado pela adição. Quando nos referimos à área social da vida de um dependente em sexo, está-se a falar de família, amigos, conhecidos e vida profissional; em outras palavras, todas as áreas onde existem oportunidades de interação humana. Primeiro, a vida familiar de um dependente é geralmente a mais prejudicada por uma adição. No mínimo, os dependentes em sexo negligenciam e se desligam das suas famílias e, no pior dos casos, abusam e prejudicam-nos de forma emocional, física e sexualmente.

Espiritualidade - é uma das primeiras coisas a ir e uma das últimas coisas a retornar para um dependente em sexo. Conceitos de Deus e religião são danificados e muitas vezes destruídos por uma adição. Os dependentes, muitos dos quais tiveram formação religiosa formal quando crianças, ficam desencantados com Deus e a religião porque não os ajudaram a evitar a queda na sua adição.





2.2.3. Adição em compras

A adição em compras é definida como a deficiência do controle dos impulsos que aparece com a ânsia de fazer novas compras constantemente de coisas desnecessárias ou supérfluas. É um conceito semelhante a "oniomania", ou "transtorno do comprar compulsivo", embora esses termos geralmente tenham uma abordagem mais clínica, relacionada a um transtorno psicológico individual de controlo dos impulsos. A frase "vício em compras" geralmente tem uma perspectiva mais psicossocial, ou é colocada entre adições livres de drogas, como a adição em jogos de azar, Internet ou videojogos. De acordo com Shopaholics Anonymous existem vários tipos diferentes de "shopaholics", nomeadamente:

- Compradores compulsivos que compram quando sentem angústia emocional
- Compradores de troféus que estão sempre a procurar o item perfeito
- "Shopaholics" que querem a imagem de serem um grande gastador e adoram itens chamativos
- Buscadores de "pechinchas" que compram itens de que não precisam porque estão à venda
- Compradores bulímicos que ficam presos num ciclo vicioso de compra e devolução
- Colecionadores, que não se sentem completos a menos que tenham um item de cada cor ou cada peça de um conjunto.



Principais sinais na pessoa dependente

Há uma lista de perguntas que certamente ajudarão a saber se uma pessoa tem um problema ou se é apenas um comprador entusiasmado:

- Sempre compra as coisas que quer, sem pensar se precisa ou se tem dinheiro?
- Vai às compras quando está com raiva, triste, animado ou acha que merece uma guloseima?
- Gasta quase todo o seu dinheiro imediatamente após receber o seu salário, ou o dinheiro da casa, em coisas que gostaria de comprar, e não para a sua casa ou família?
- Quase um terço ou mais do seu salário ou dinheiro para gastar é usado para pagar as suas contas pessoais?
- Mentaliza sobre os seus gastos ou contas pessoais para a sua família e amigos?
- Compra vários números das suas coisas favoritas, como o seu perfume favorito, joias ou maquilhagem antes que eles acabem; ou acumula mais dispositivos ou livros antes de usar os anteriores?
- Está sempre a fazer malabarismos com as suas finanças e o seu estilo de vida?
- Tenta aliviar a sua culpa de gastar com mais compras?
- Está sempre a ultrapassar o orçamento que faz para si mesmo?
- Perde o controlo de si mesmo quando começa a fazer compras?



Se a resposta for afirmativa para pelo menos cinco dessas perguntas, a pessoa pode ter Transtorno da Compra Compulsiva ou TCC.

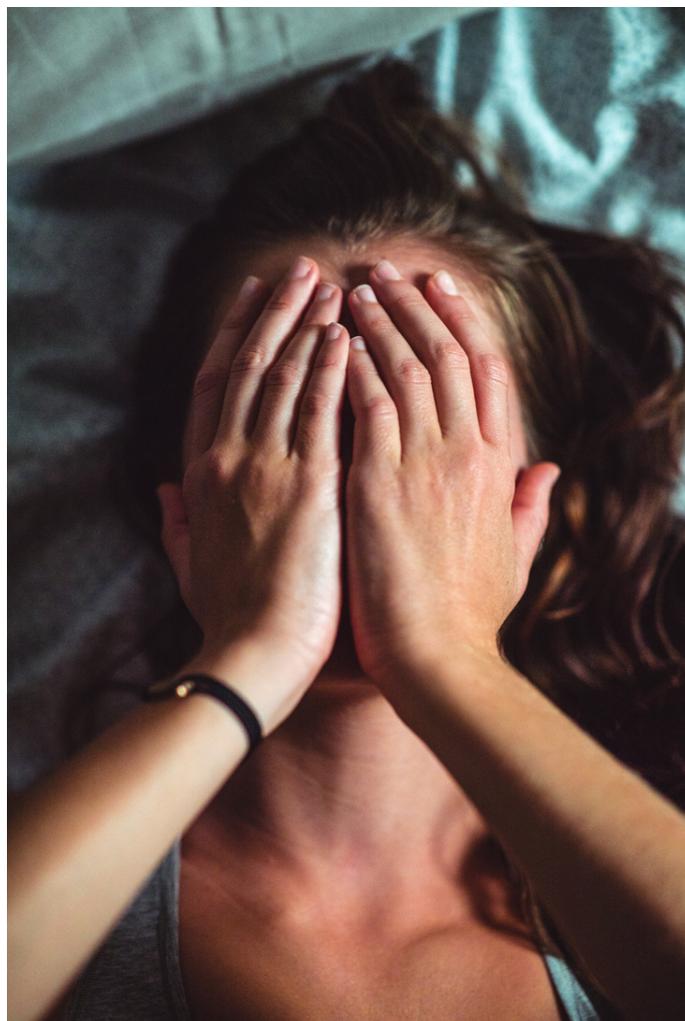


Consequências da adição

- Pessoas dependentes em compras geralmente gastam além das suas posses. Embora possa parecer menos prejudicial do que outras formas de adição, como o abuso de drogas ou álcool, a adição em compras pode criar e cria sérios problemas. Os problemas financeiros são os problemas mais óbvios associados às compras compulsivas.
- Sem nada para impedir o problema, as pessoas com essa adição costumam gastar até não poder mais comprar coisas novas. Isso pode significar que ficam sem dinheiro, estouram o limite de seus cartões de crédito e não podem pedir dinheiro emprestado para continuar a alimentar o vício. A adição em compras pode causar problemas financeiros e até jurídicos se aqueles que sofrem são incapazes de cumprir com as suas outras obrigações financeiras por causa da adição.
- Pessoas com transtorno de compras compulsivas podem recorrer a empréstimos de familiares e amigos para alimentar a sua adição. O relacionamento com os entes queridos pode ficar tenso com o tempo, porque as pessoas dependentes em compras tendem a pedir emprestado continuamente, mesmo que não tenham capacidade para pagar as suas dívidas.



- A vergonha e o desejo de esconder os gastos costumam prejudicar os casamentos e os relacionamentos. Isso pode levar a relacionamentos tensos ou rompimentos, porque mesmo os parceiros pacientes e amorosos acabam por tornar-se incapazes de lidar com as consequências da adição.
- Em alguns casos, a compra compulsiva afeta a pontuação de crédito da pessoa, o que pode impedi-la de comprar uma casa ou um veículo confiável. Em alguns casos, pontuações de crédito baixas podem afetar a capacidade de ser contratado para um emprego. Casos graves de adição em compras também podem diminuir a capacidade de uma pessoa de trabalhar, e as compras online durante o horário de trabalho podem levar à demissão do emprego.
- Deixada sem solução, a compra compulsiva pode tornar-se tão problemática e autodestrutiva quanto qualquer outra forma de adição.



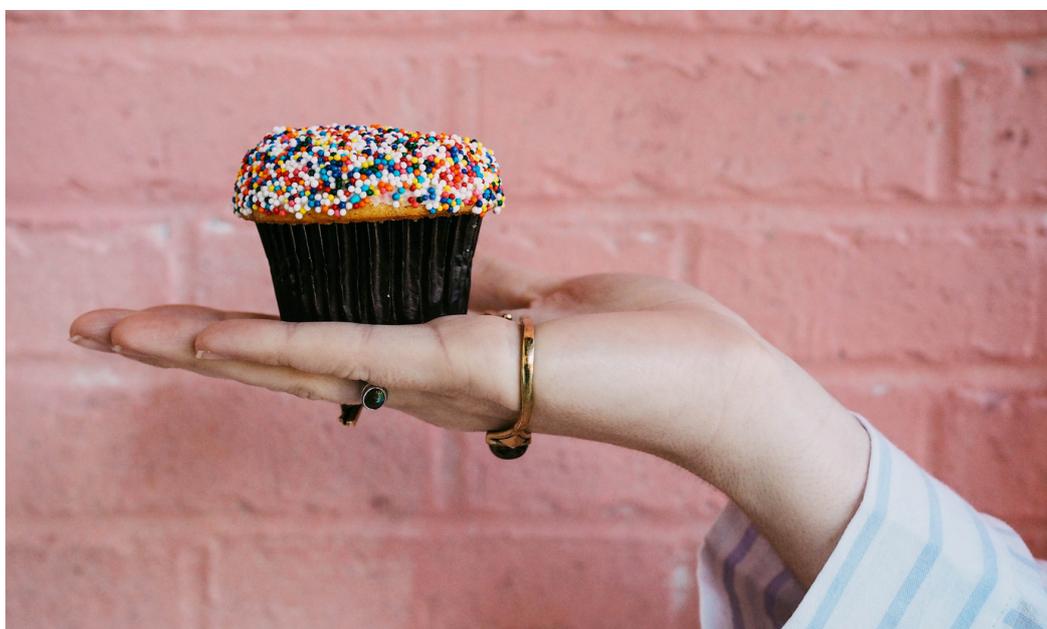
2.2.4. Adição Alimentar

Os transtornos alimentares são condições comportamentais caracterizadas por distúrbios graves e persistentes nos comportamentos alimentares e pensamentos e emoções angustiantes associados. Podem ter condições muito graves que afetam a função física, psicológica e social. Os tipos de transtornos alimentares incluem anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica, transtorno da ingestão alimentar restritiva evitativa, outro transtorno alimentar específico e transtorno de ruminação.

Principais sinais na pessoa com adição

Os adições alimentares são, em geral, caracterizados por graves perturbações no comportamento alimentar, bem como por preocupações extremas e distorcidas sobre a forma e / ou peso do corpo. Com relação ao primeiro problema, vários comportamentos diferentes associados ao vício em comer são, de uma forma ou de outra, conceptualizados como viciantes. A maioria dos modelos de adições alimentares concentram-se principalmente no transtorno da compulsão alimentar periódica.

A adição em comida, como a adição em drogas ou álcool, geralmente começa como uma forma de controlar o stress, aumentar o volume de emoções agradáveis (como felicidade ou conforto) ou diminuir sentimentos desconfortáveis (como ansiedade, raiva ou tristeza). Envolve uma obsessão doentia por comida.



Sente-se angustiado; acredita que determinado alimento o fará sentir-se melhor; comeu isso e funciona: sente-se aliviado, mesmo que apenas temporariamente. O seu cérebro aprende que você pode obter uma solução rápida e o ciclo aditivo começa. Se você é um viciado em comida, pode estar a utilizar a comida para lidar com o stress ou para controlar as suas emoções.

Quando começa a trilhar esse caminho de comer muito certos alimentos pelos quais fica obcecado, desenvolvem-se desequilíbrios no seu corpo e cérebro que levam ao desejo por comida - um dos sintomas da adição em comida.

Isso é exatamente o que acontece com as drogas de abuso. Novamente, nem todas as pessoas que usam drogas ou álcool ou são obceçadas por determinados alimentos se tornam dependentes.

O ciclo de excitação consiste em três fases (Koob 2009):

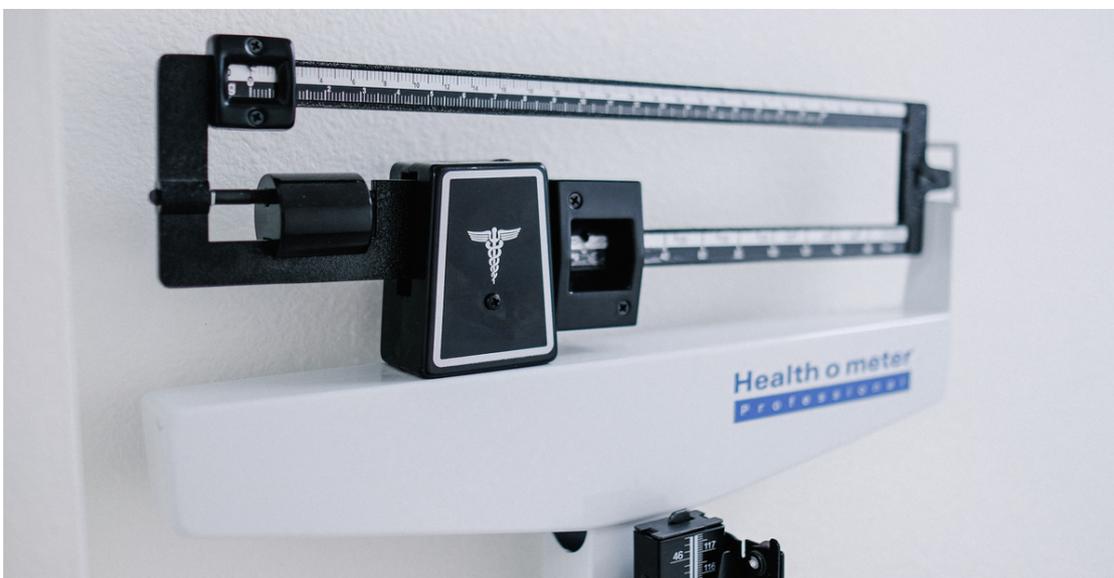
- Fase de preocupação ou antecipação: nesta fase, a pessoa mal pode esperar para colocar as mãos na comida. Espera por isso com grande expectativa.
- Excitação com a dose de comida: A pessoa aprecia a experiência de comer a sua dose de comida. Às vezes, a comida pode colocá-la num estado de excitação ou num estado de transe.
- Fase de retraimento ou abandono: nesta fase, a pessoa sente-se em baixo, enojada, envergonhada ou culpada. Também pode ter alguns efeitos colaterais físicos de ceder à dieta - como inchaço, problemas digestivos, dores nas articulações ou fadiga generalizada.



Consequências da adição

Efeitos físicos - uma adição em comida pode resultar em muitas consequências físicas negativas no corpo quando um excesso de comida é consumido. Estes são alguns efeitos físicos que podem ser experimentados:

- Doença cardíaca
- Diabetes
- Problemas digestivos
- Desnutrição
- Obesidade
- Fadiga crónica
- Dor crónica
- Distúrbios do sono
- Desejo sexual reduzido
- Dores de cabeça
- Letargia
- Artrite
- Apoplexia
- Doença renal / hepática
- Osteoporose



Efeitos psicológicos - A adição em comida pode ser debilitante para a saúde mental, especialmente se houver falta de apoio ou ajuda inadequada. Alguns dos efeitos psicológicos que podem ocorrer incluem:

- Baixa autoestima
- Depressão
- Ataques de pânico
- Aumento da sensação de ansiedade
- Sentimento de tristeza, desesperança ou desespero
- Aumento da irritabilidade, especialmente se o acesso aos alimentos desejados for restrito
- Desapego emocional ou dormência
- Ideação suicida

Finalmente, a adição em comida pode ter um impacto na vida social e nos relacionamentos. Os efeitos sociais incluem:

- Diminuição do desempenho no trabalho ou na escola
- Isolamento de entes queridos
- Divisão em unidades familiares
- Falta de diversão em hobbies ou atividades antes apreciadas
- Evitamento de eventos ou funções sociais



2.2.5. Adição em Trabalho

A adição em trabalhar é frequentemente denominado "vício em trabalho". Da mesma forma que qualquer outra adição, o vício do trabalho é caracterizado pela incapacidade de interromper o comportamento de alguém. Frequentemente, decorre de uma necessidade compulsiva de alcançar status e sucesso, ou de escapar do stress emocional. É comum em pessoas que geralmente são descritas pela sociedade como perfeccionistas. Pessoas que sofrem desse vício raramente se sentem satisfeitas ou relaxadas, a menos que estejam a fazer algo relacionado com o seu trabalho. "Workaholism" não é o mesmo que ficar depois de algumas horas para concluir um projeto importante. A principal diferença entre os conceitos é o desejo compulsivo de trabalhar em excesso e o desejo saudável de trabalhar.

Principais sinais na pessoa dependente

O fator mais simples que ajuda a perceber um dependente em trabalho é que ele trabalha muito mais do que o necessário. Outro comportamento característico desse vício é a incapacidade de relaxar e substituir o trabalho pelo lazer. Pessoas que sofrem de "workaholism" muitas vezes omitem as refeições, permanecem no trabalho muito depois do horário normal de outros funcionários.

Existem muitos sintomas pelos quais uma pessoa pode reconhecer um "workaholic". Algumas das características são:



- **Insónia e outros problemas relacionados com o sono**

Ao sentir-se stressado e culpado por não trabalhar, um indivíduo pode ter problemas para adormecer

- **Esgotamento**

- **Insatisfação com a vida e stress**

Os "workaholics" são movidos pela sensação de stress e ansiedade. O stress pode levar a uma diminuição no bem-estar de uma pessoa.

- **Morte**

Em alguns casos, o excesso de trabalho pode causar insuficiência cardíaca ou derrames. Em outros casos, pode levar a suicídios causados pelo stress relacionado com o excesso de trabalho.



2.2.6. Dependência de Exercício

O que distingue o entusiasta do ginásio do dia-a-dia de alguém viciado em exercícios? Poderíamos considerar um atleta de elite a treinar para as Olimpíadas como um viciado em exercícios? E o corredor dedicado que acrescenta cinco quilómetros a mais à sua programação de corrida após o almoço num restaurante de fast food?

Hausenblas e Downs identificam o vício em exercícios com base nos seguintes critérios, que são modificações dos critérios do DSM-IV TR para dependência de substância.

Embora outros tenham definido a dependência de exercícios usando modelos diferentes, esta definição está mais alinhada com os critérios do DSM-5 para dependência comportamental.

Com base na revisão de uma ampla gama de estudos sobre o vício em exercícios, Sussman, Lisha e Griffiths estimam que a prevalência na população geral seja próxima a 3%.

Entre certos grupos, como corredores de ultramaratona e estudantes de ciências do desporto, o número é ainda maior.

De acordo com Lejoyeux, Avril, Richoux, Embouazza e Navoli, 42% dos sócios de um ginásio parisiense preenchem os critérios de dependência de exercícios.



Principais sinais na pessoa dependente

Tolerância: aumentar a quantidade de exercícios para sentir o efeito desejado, seja um “zumbido” ou sensação de realização;

Retirada: na ausência de exercícios, a pessoa experimenta efeitos negativos, como ansiedade, irritabilidade, inquietação e problemas de sono

Falta de controle: tentativas malsucedidas de reduzir o nível de exercício ou interromper o exercício por um determinado período de tempo;

Efeitos de intenção: incapaz de seguir a rotina pretendida, conforme evidenciado por exceder a quantidade de tempo dedicado ao exercício ou ir consistentemente além da quantidade pretendida;

Tempo: muito tempo é gasto na preparação, no envolvimento e na recuperação do exercício;

Redução em outras atividades: como resultado direto do exercício, as atividades sociais, ocupacionais e / ou recreativas ocorrem com menos frequência ou são interrompidas;

Continuidade: continuar a praticar exercícios mesmo sabendo que essa atividade está a criar ou exacerbar problemas físicos, psicológicos e / ou interpessoais.



Consequências da adição

Onde os praticantes recreativos integram a sua atividade física diária nas suas vidas, aqueles cujo exercício está-se a tornar problemático começam a organizar o seu dia em torno do seu regime imposto, que se torna cada vez mais rígido.

Outra característica distintiva do exercício no nível problemático é a natureza das consequências negativas. Onde os efeitos adversos anteriormente surgiram diretamente do comportamento, no nível problemático as consequências negativas secundárias são predominantes.

As consequências negativas secundárias incluem a própria resposta e / ou a de outra pessoa aos efeitos adversos do exercício. Um exemplo de consequência negativa secundária para a Sara seria se o seu namorado começasse a reclamar de sentir que ela preferia correr a ficar com ele ou se a Sara ficasse com raiva de si mesma por ter magoado novamente o tornozelo.

Uma vez na fase problemática, o comportamento continua, apesar de ter atingido a meta declarada - muito parecido com o consumidor problemático que continua a beber mesmo depois de ocorrer o alívio do stress desejado pelo álcool. No caso da Sara, depois de alcançar a gratificação de cumprir o seu objetivo de correr uma corrida de cinco Kms, ela continua o seu regime de treino diligente. Além disso, o comum ao nível problemático é que um comportamento, antes feito socialmente, agora ocorre sozinho. A Sara para de treinar com um grupo para treinar sozinha.



Consequências da adição

Manter o controle sobre o comportamento torna-se mais difícil na fase problemática porque, quando o comportamento cessa, os sintomas de abstinência instalam-se.

A ideia de que as dependências comportamentais estão associadas aos sinais clássicos de tolerância e abstinência tem sido debatida.

Pelo menos com o exercício, há boas evidências de que o exercício aeróbio e o uso intenso de grandes músculos estão associados a alterações nas endorfinas.

Se o corpo regula para baixo a produção de endorfina em resposta ao exercício, a ausência de exercício pode estar associada à abstinência.

A abstinência do exercício foi demonstrada e é ilustrada pela irritabilidade de Sara e por não se sentir ela mesma após a lesão no tornozelo.

Nesse nível, o comportamento não ocorre mais apenas pelos seus efeitos de alteração do humor, mas também para remover os sintomas de abstinência.



2.2.7. Dependência de telemóveis

A dependência de telemóveis é um transtorno que envolve o uso excessivo e compulsivo de telemóveis, geralmente com base no número de vezes que os utilizadores acedem aos seus dispositivos e / ou o tempo total que ficam online durante um período específico.

O uso compulsivo de smartphones é apenas um tipo de dependência em tecnologia. No entanto, outras tecnologias sujeitas ao uso excessivo, como as redes sociais e jogos, são frequentemente acedidas por meio de dispositivos móveis.

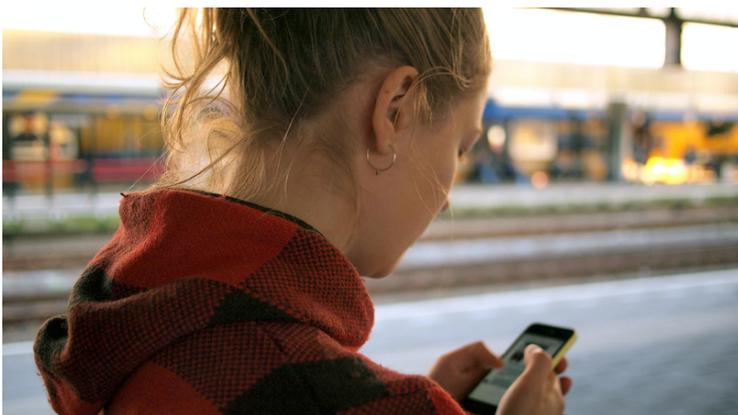
Os smartphones podem ser usados em excesso porque, ao contrário de um desktop ou laptop, podem ser facilmente carregados para qualquer lugar que o utilizador vá. Como resultado, os dispositivos são cada vez mais o principal dispositivo de computação do usuário. Planos de dados e Wi-Fi quase omnipresente tornam a conectividade possível em quase qualquer lugar.

Os telemóveis tornaram-se ferramentas tão poderosas e versáteis que, para muitas pessoas, parecem literalmente indispensáveis. Na verdade, é fácil uma pessoa sentir que se perdeu quando não consegue encontrar o seu telefone.

Então, como saber se o apego ao telefone é apenas um fenómeno cultural do século 21 ou uma dependência genuína que altera a sua vida?

Principais sinais na pessoa dependente

Os investigadores acreditam que as pessoas que usam telemóveis compulsivamente podem estar a tentar evitar problemas nas suas vidas que parecem muito difíceis ou complicados de resolver.



Portanto, uma das primeiras coisas a considerar é se há algo mais profundo que incomoda. Resolver o problema subjacente pode ser a chave para reduzir a ansiedade.

- Precisa usar o telemóvel cada vez com mais frequência para obter o mesmo efeito desejado.
- Tentativas fracassadas persistentes de usar o telemóvel com menos frequência.
- Preocupação com o uso do smartphone.
- Recorre ao telemóvel quando passa por sentimentos indesejados, como ansiedade ou depressão.
- Uso excessivo caracterizado pela perda de noção do tempo.
- Colocar um relacionamento ou trabalho em risco devido ao uso excessivo do telemóvel.
- Tolerância.
- Necessidade de um telemóvel mais recente, mais aplicações ou maior uso.
- Abstinência, quando o telemóvel ou a rede estiverem inacessíveis.
- Raiva.
- Tensão.
- Depressão.
- Irritabilidade.
- Inquietação.



Consequências da dependência



Não há dúvida de que o uso excessivo do telemóvel é um problema para muitas pessoas. No entanto, há algum debate entre os profissionais médicos e de saúde mental sobre se o uso problemático do telemóvel é realmente uma dependência ou o resultado de um problema de controlo de impulso.

Muitos especialistas médicos estão relutantes em atribuir a palavra “dependência” a qualquer outra coisa que não seja o uso indevido de substâncias.

No entanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (o manual usado na comunidade médica para diagnosticar transtornos mentais) reconhece uma dependência comportamental: o jogo compulsivo.

É importante notar que existem algumas semelhanças importantes entre o uso excessivo de telemóveis e dependências comportamentais, como o jogo compulsivo.

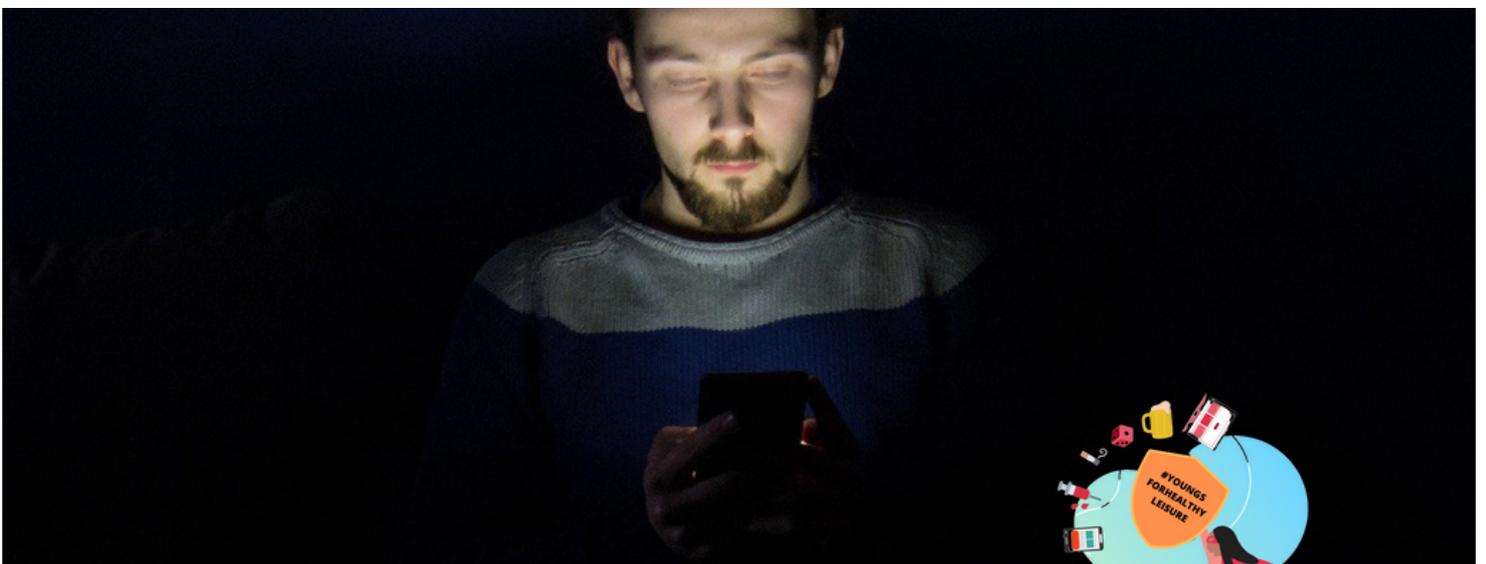
As semelhanças incluem:

- perda de controlo sobre o comportamento
- persistência, ou ter dificuldade real em limitar o comportamento
- tolerância, a necessidade de se envolver no comportamento com mais frequência para obter o mesmo sentimento
- consequências negativas graves decorrentes do comportamento
- retraimento, ou sentimentos de irritabilidade e ansiedade quando o comportamento não é praticado
- recaída, ou retomar o hábito após períodos de evitamento



O Centro de Pesquisa relata que 81% dos americanos agora possuem smartphones - contra apenas 35% em 2011. Além disso, nos últimos 5 anos, o Google Trends indica que as pesquisas por “dependência de telemóveis” também aumentaram.

É sempre bom pedir ajuda quando estiver a lidar com qualquer assunto que o preocupe ou sobre o qual sinta que não tem controlo. Se percebe em si sintomas de adição ou dependência, ou se as pessoas na sua vida falam sobre a quantidade de tempo que você passa ao telefone, pode ser uma boa ideia pedir ajuda. Considere entrar em contato com um terapeuta ou médico, verificando um guia de autoajuda ou seguindo um programa de desintoxicação digital. O uso problemático do telemóvel partilha muitas características com dependências comportamentais, como o jogo compulsivo. Pessoas que desenvolvem um padrão dependente de uso do telefone normalmente experimentam uma perda de controlo. Frequentemente, descobrem que os seus hábitos de usar o telemóvel estão a causar danos reais nas suas vidas. Se o uso do telefone se tornou problemático ou se parece que se tornou um vício, existem etapas que a pessoa pode seguir para se treinar novamente para usar o telefone de maneiras mais saudáveis. A terapia cognitivo-comportamental e os programas de desintoxicação digital podem ser muito eficazes para recuperar uma sensação de controlo sobre o uso do telefone.





2.2.8. Dependência da Internet

Joga videojogos na Internet em excesso? Compra compulsivamente online? Não consegue parar de verificar fisicamente o Facebook? O uso excessivo do computador está interferindo na sua vida diária - relacionamentos, trabalho e escola?

Se respondeu sim a qualquer uma dessas perguntas, pode sofrer de Desordem de dependência da Internet, também comumente conhecida como Uso Compulsivo da Internet (CIU), Uso Problemático da Internet (PIU) ou iDisorder.

Originalmente debatido como uma “coisa real”, foi satiricamente teorizado como um transtorno em 1995 pelo Dr. Ivan Goldberg, médico, que comparou o seu modelo original ao jogo patológico. Desde essa altura, o transtorno rapidamente ganhou terreno e recebeu a atenção séria de muitos investigadores, conselheiros de saúde mental e médicos como um transtorno verdadeiramente debilitante.

Embora não seja oficialmente reconhecido como um transtorno no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), a sua prevalência nas culturas americana e europeia é impressionante - afetando até 8,2% da população em geral. No entanto, alguns relatórios sugerem que afeta até 38% da população em geral. A diferença amplamente variável nas taxas de prevalência pode ter contribuído para o facto de que nenhum critério verdadeiro e padronizado foi selecionado para o Transtorno de Dependência da Internet. É pesquisado de forma diferente entre cientistas, profissionais de saúde mental e em diferentes culturas étnicas.



Os sintomas físicos de transtorno de dependência de Internet podem incluir:

- Dor lombar
- Síndrome do túnel carpal
- Dores de cabeça
- Insônia
- Nutrição deficiente (deixar de comer ou comer em excesso para evitar ficar longe do computador)
- Má higiene pessoal (por exemplo, não tomar banho para ficar online)
- Dor de pescoço
- Olhos secos e outros problemas de visão
- Ganho ou perda de peso

Consequências da dependência

Se sofre desse distúrbio, ele pode estar a afetar os seus relacionamentos pessoais, vida profissional, finanças ou vida escolar.

Indivíduos que sofrem dessa condição podem estar a isolar-se dos outros, passando muito tempo em isolamento social e afetando negativamente os seus relacionamentos pessoais. Questões de desconfiança e desonestidade também podem surgir quando os dependentes da Internet « tentam esconder ou negar a quantidade de tempo que passam online.



Além disso, esses indivíduos podem criar personas alternativas online na tentativa de mascarar os seus comportamentos online. Sérios problemas financeiros também podem resultar de evasão do trabalho, falência devido a compras online contínuas, jogos online ou jogos de azar online. Os dependentes da Internet também podem ter problemas para desenvolver novos relacionamentos e retrair-se socialmente - pois sentem-se mais à vontade num ambiente online do que físico.



2.2.9. Dependência de opioides

Os opioides são drogas que têm como objetivo influenciar o sistema nervoso de forma a fazê-lo produzir sensações de prazer e aliviar a dor. Alguns opioides são legalmente prescritos por médicos para aliviar a dor após um ferimento grave ou procedimento médico. Os opioides comumente prescritos incluem oxicodona, fentanil, buprenorfina, metadona, oximorfona, hidrocodona, codeína e morfina. A dependência pode ser descrita como uma necessidade compulsiva de usar opioides, mesmo quando não é mais necessário, clinicamente necessário ou não é mais prescrito. Os opioides têm um alto potencial para se tornarem aditivos para alguns indivíduos. Isso acontece mesmo em situações em que os medicamentos são prescritos de forma adequada e tomados conforme as instruções.

Principais sinais na pessoa viciada

- Um forte desejo ou necessidade de usar opioides
- Continuar a consumir opioides apesar de ter problemas sociais e mentais por causa deles
- Tomar grande quantidade do medicamento / droga com muita frequência
- Uma forte tolerância a opioides
- Experimentar abstinência após parar de tomar o medicamento / droga
- Tomar opioides para não enfrentar abstinências





Sinais que ajudam a reconhecer um dependente em opiáceos

- Tomar opioides com frequência em quantidades maiores do que as prescritas
- Tomar opioides por um período de tempo mais longo do que o prescrito
- Continuar a tomar opioides apesar dos problemas que isso cria na escola ou no trabalho
- **G**astar muito tempo na obtenção de opioides
- Reduzir atividades ocupacionais, recreativas e sociais devido ao uso de opioides
- Usar recorrentemente opioides em situações fisicamente perigosas
- Usar de forma continuada opioides, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico recorrente que provavelmente foi causado pela substância
- Exposição de alta tolerância
- Exposição de abstinência

Consequências da dependência

A dependência em opiáceos pode causar problemas de saúde com risco de vida, incluindo o risco de overdose.

Uma sobredosagem pode ocorrer quando uma dose elevada de opioides é administrada por um indivíduo, o que faz com que a respiração abrande ou pare. Isso leva à inconsciência e, se a sobredosagem não for tratada imediatamente, o indivíduo pode morrer.





Consequências de curto prazo

- Prisão de ventre
- Náusea
- Sonolência
- Perda de consciência
- Respiração lenta
- Vômito
- Alucinações

Consequências de longo prazo

- Sistema imunológico enfraquecido
- Coma
- Colapso das veias
- Vasos sanguíneos obstruídos
- Exposição ao HIV e outras doenças infecciosas





2.2.10. Dependência de Álcool

O alcoolismo é o consumo excessivo e repetitivo de bebidas alcoólicas a ponto de o indivíduo ser repetidamente prejudicado ou prejudicar outras pessoas. O dano pode ser físico ou mental; também pode ser social, legal ou económico. Como esse uso é geralmente considerado compulsivo e sob controle voluntário marcadamente reduzido, o alcoolismo é considerado pela maioria dos médicos como um vício e uma doença.

O alcoolismo pode ser definido por uma compulsão para procurar e ingerir álcool, perda de controlo na limitação da ingestão e o surgimento de um estado emocional negativo quando o acesso à droga é impedido. O alcoolismo tem impacto em vários mecanismos motivacionais e pode ser conceptualizado como um transtorno que inclui uma progressão da impulsividade (reforço positivo) para a compulsividade (reforço negativo).

O Transtorno por Uso de Álcool é uma doença cerebral recorrente crónica caracterizada por uma capacidade prejudicada de parar ou controlar o uso de álcool, apesar das consequências sociais, ocupacionais ou de saúde adversas. Essa doença pode variar de leve a grave e a recuperação é possível independentemente da gravidade.

A dependência do álcool desenvolve-se quando uma pessoa bebe tanto que provoca alterações químicas no cérebro, que aumentam a sensação de prazer que têm ao usar o álcool fazendo com que o indivíduo queira beber com mais frequência, mesmo que seja prejudicial. Quando as sensações prazerosas do álcool vão embora, a pessoa com esse transtorno beberá para prevenir os sintomas de abstinência.



Principais sinais na pessoa dependente

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V), os critérios para o diagnóstico de Transtorno por Uso de Álcool são:



- Consumir mais álcool ou passar mais tempo a beber do que o pretendido.
- Querer limitar ou interromper o uso de álcool, mas não conseguir.
- Passar muito tempo a beber, ficando doente e sofrendo os efeitos colaterais do uso do álcool.
- Desejo forte de álcool.
- O consumo de álcool ou adoecer por causa dele impede a pessoa de cumprir adequadamente as tarefas domésticas e cuidar dos filhos, ou resulta em dificuldades de desempenho no trabalho ou na escola.
- Continuar a beber apesar de causar problemas com a família e entes queridos.
- Interromper ou envolver-se apenas esporadicamente com coisas que antes eram agradáveis ou importantes para poder beber.
- Estar repetidamente em situações durante o consumo de álcool que aumentam a probabilidade de se ferir (uso de máquinas, conduzir).
- Mesmo que a pessoa se sinta triste ou angustiada, ou que afete um problema de saúde já existente, a pessoa continua a beber. Ou, depois de episódios de esquecimento ou incerteza sobre os acontecimentos durante o beber, o indivíduo continua a consumir álcool.



- Ter que beber mais para obter os resultados que deseja (a quantidade normal de álcool fornece poucos resultados).
- Quando o efeito do álcool passa, causa sintomas como insônia, dificuldade em manter o sono, agravamento, nervosismo, tristeza, dores de estômago e náuseas e / ou transpiração. Ou a pessoa sentir que as coisas estavam lá, mas na verdade não estão.

A presença de dois sintomas nestes critérios significa alcoolismo leve. Quando um indivíduo possui de quatro a cinco critérios, o diagnóstico de alcoolismo é considerado moderado. Indivíduos que têm seis ou mais dos critérios são diagnosticados com alcoolismo grave.

Consequências da dependência

Foi demonstrado que consumidores excessivos de álcool sofrem em vários graus de doenças agudas e crônicas.

Em todo o mundo, a morbidade devido ao abuso de álcool está ao mesmo nível da malária e do sexo desprotegido, maior do que a do tabaco e muito maior do que a morbidade associado ao uso de drogas ilegais. Esses números colocam o alcoolismo na linha de frente dos problemas de saúde pública.

Entre os alcoólicos a mortalidade é 2,5 vezes a esperada.

O consumo nocivo de álcool está entre os cinco principais fatores de risco para doenças, invalidez e morte em todo o mundo.

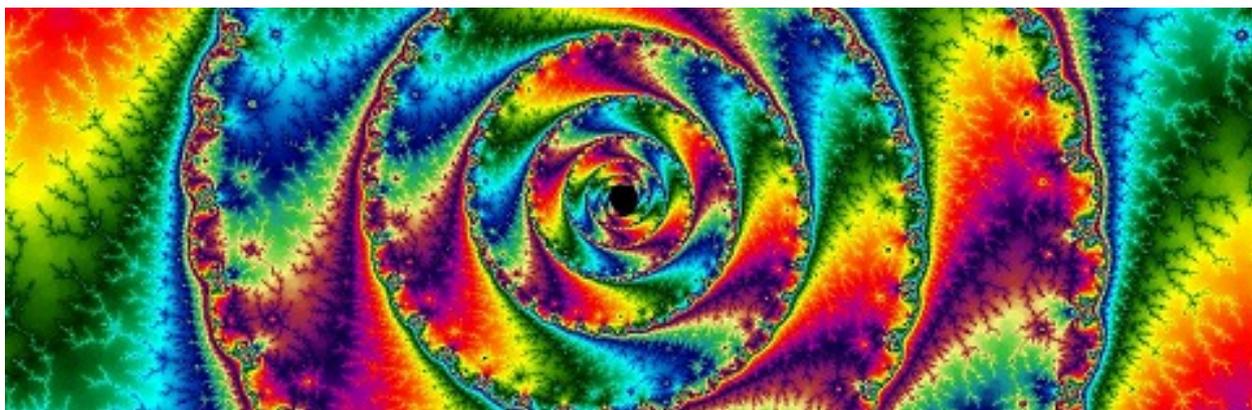
É uma causa componente de mais de 200 condições de doenças e lesões em indivíduos, principalmente dependência de álcool, cirrose hepática, cancro e lesões.

Alguns efeitos de curto prazo são fala arrastada; Percepção distorcida, especialmente visão; Falta de coordenação e dificuldade de concentração; Mudanças extremas de humor; Lapsos de memória; Respiração lenta; Inibições reduzidas, levando a um mau julgamento social e perda de julgamento crítico; Temperatura corporal central reduzida; Pressão arterial elevada; Desmaio; Vômito.



Além dos efeitos de curto prazo, também existem efeitos de longo prazo. Indivíduos que consomem álcool por um período prolongado têm maior risco de desenvolver essas complicações. Os sintomas surgem gradualmente ao longo de meses e anos. Exemplos são doenças cardiovasculares; Doenças do fígado, rins e pâncreas; Doenças do aparelho digestivo; Infecções respiratórias; Cancro; Danos nervosos e cerebrais; Transtornos do sistema reprodutivo e efeitos psicológicos (como depressão maior, alguns transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar e outros).





2.2.11. Dependência de alucinogénios

Alucinogénios são um grupo diversificado de drogas que alteram os processos de pensamento e percepção do consumidor de uma maneira que leva a distorções significativas da realidade. Os alucinógenos são comumente divididos em duas categorias: Alucinogénios clássicos (como o LSD) e drogas dissociativas (como o PCP).

Os indivíduos que usam essas substâncias para fins não medicinais, têm problemas para controlar o seu uso e experimentam consequências negativas como resultado do seu uso e que podem ser diagnosticados com transtorno de uso de alucinogénio ou transtorno de uso de fenciclidina no caso de uso de PCP.

As evidências sugerem que certos alucinogénios podem causar dependência e que as pessoas podem desenvolver tolerância a eles. Muitas pessoas equiparam o termo dependência à experiência de sintomas de abstinência, embora os dois sejam problemas distintos. Os consumidores de alucinogénios não tendem a apresentar sintomas de abstinência com a cessação do consumo, devido ao facto de que essas drogas não têm um alto potencial para dependência física. E embora os alucinogénios não sejam classicamente aditivos, os indivíduos ainda podem sofrer de consumo problemático que prejudica as suas vidas diárias. Devido à ambiguidade em torno do termo “dependência”, este não é mais usado clinicamente no processo de diagnóstico. Em vez disso, o termo transtorno por uso de substâncias é usado para significar um transtorno psiquiátrico / psicológico que ocorre em indivíduos que experimentam ramificações negativas e problemas de controlo no uso de drogas.



Principais sinais da pessoa dependente

A intoxicação por alucinogénios é diagnosticada após o uso recente de um ou mais alucinogénios, seguido por ansiedade ou depressão acentuada, ideias de referência, medo de perder a cabeça, ideação paranoide, julgamento prejudicado ou funcionamento social ou ocupacional prejudicado que ocorre durante o uso da droga ou imediatamente após o seu consumo. Além disso, o indivíduo experimenta intensificação subjetiva de percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações e sinestesia durante o uso da droga ou imediatamente após o consumo; e pode apresentar sintomas clínicos como taquicardia, dilatação pupilar, sudorese, palpitações, visão turva, tremores e falta de coordenação.

O diagnóstico de “Outro Transtorno por Uso de Alucinogénio” pode ser dado a um indivíduo que toma alucinogénios dos tipos especificados acima e exhibe pelo menos dois dos seguintes sintomas num período de 12 meses:

- A pessoa ingere mais alucinogénio do que pretendia.
- A pessoa tem dificuldade para reduzir ou controlar o uso de alucinogénios.
- A pessoa passa muito tempo a obter, consumir e a recuperar-se dos alucinogénios.
- A pessoa anseia por alucinogénios.
- A pessoa deixa de desempenhar papéis importantes na sua vida no trabalho, na escola ou em casa, por causa do uso de alucinogénios.
- A pessoa continua a consumir os alucinogénios, mesmo tendo problemas sociais ou interpessoais, como discussões, em decorrência do uso de drogas.
- A pessoa desiste ou reduz outras atividades que eram importantes para ela, como atividades sociais, relacionadas ao trabalho e outras atividades recreativas.



- A pessoa usa drogas alucinogénios em situações perigosas, como conduzir ou operar máquinas.
- A pessoa continua a usar alucinogénios, mesmo sabendo que estão a causar ou piorar um problema físico ou psicológico.
- Tolerância a alucinogénios.

Consequências da dependência

Os efeitos de alucinogénios como o LSD podem ser descritos como psicose induzida por drogas - distorção ou desorganização da capacidade de uma pessoa reconhecer a realidade, pensar racionalmente ou comunicar com outras pessoas.

Em algumas “viagens”, os consumidores experimentam sensações que são agradáveis e mentalmente estimulantes e que produzem uma sensação de compreensão aprimorada. “Viagens más”, no entanto, incluem pensamentos aterrorizantes e sentimentos de pesadelo, de ansiedade e desespero que incluem medo de perder o controlo, insanidade ou morte.

Junto com as alucinações, outros efeitos gerais de curto prazo incluem aumento da frequência cardíaca, náusea, intensificação dos sentimentos e experiências sensoriais (como ver cores mais brilhantes), mudanças no sentido do tempo (por exemplo, a sensação de que o tempo está a passar lentamente).

Os efeitos específicos de curto prazo de alguns alucinogénios incluem aumento da pressão arterial, frequência respiratória ou temperatura corporal; perda de apetite; boca seca; problemas de sono; experiências espirituais; sensações de relaxamento; movimentos descoordenados; suor excessivo; pânico; paranoia - desconfiança extrema e irracional dos outros; psicose - pensamento desordenado separado da realidade e comportamentos bizarros.



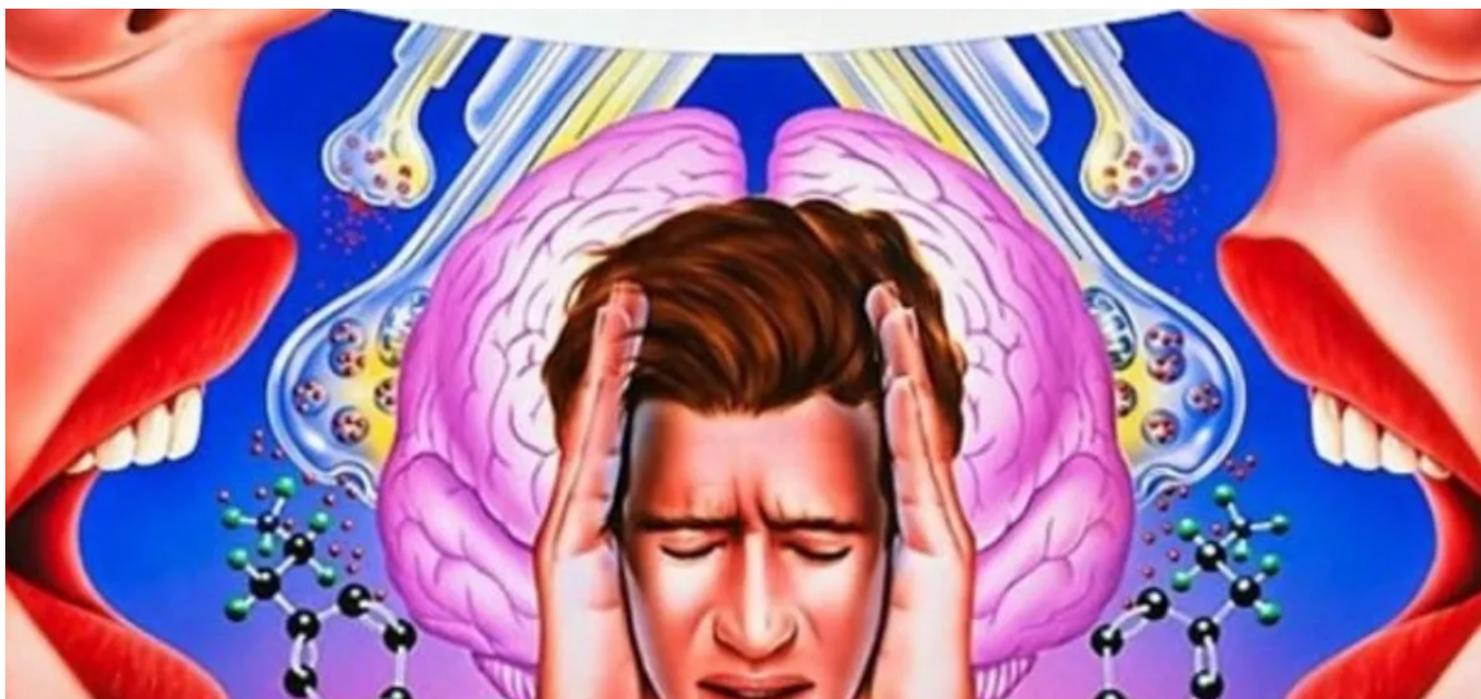
No geral, dois efeitos de longo prazo foram associados ao uso de alucinogénios clássicos, embora esses efeitos sejam raros:

a) Psicose Persistente - uma série de problemas mentais contínuos, incluindo distúrbios visuais, pensamento desorganizado, paranoia e alterações de humor;

b) Transtorno de percepção persistente com alucinogénio - recorrências de certas experiências com drogas, como alucinações ou outros distúrbios visuais.

Esses flashbacks geralmente acontecem sem aviso e podem ocorrer dentro de alguns dias ou mais de um ano após o uso da droga.

Às vezes, esses sintomas são confundidos com outros distúrbios, como derrames ou tumor cerebral.





2.2.12. Adição de fumar

De acordo com o DSM-5, o Transtorno por Uso do Tabaco é diagnosticado quando um indivíduo é dependente da nicotina, que é encontrada no tabaco. O tabaco contém a droga psicoativa nicotina, que é um estimulante do SNC (Sistema Nervoso Central).

As características dos produtos de tabaco que aumentam o seu potencial aditivo incluem as propriedades recompensadoras da nicotina, o reforço comportamental do hábito da mão-à-boca, a falta de apoio social para parar de fumar, a facilidade de acesso aos produtos de tabaco e a aceitação cultural de produtos de tabaco. Outro fator que aumenta as qualidades viciantes da nicotina é a bioengenharia das empresas de tabaco, que adicionam amónia à nicotina para facilitar a absorção e a biodisponibilidade.

A natureza aditiva da nicotina inclui comportamento reforçado por drogas, uso obsessivo e uso recorrente após a abstinência, bem como dependência física e tolerância.

Além de causar dependência, a nicotina tem muitos efeitos físicos negativos e uma variedade de sintomas de abstinência.

Estudos recentes desafiaram a premissa de que níveis sustentados de nicotina são necessários para a adição e sugeriram que alguns indicadores de dependência, particularmente a perda de autonomia, podem ser vistos depois de apenas alguns cigarros serem fumados (por exemplo, alguns fumadores não diários em idade universitária serem dependentes de nicotina e, inversamente, nem todos os fumadores diários nesse grupo serem dependentes de nicotina). A dependência da nicotina provavelmente ocorre num contínuo geral de níveis mais baixos para níveis mais altos de uso, mas existe uma ampla variabilidade.



Principais sinais na pessoa dependente

Um padrão problemático de uso de tabaco que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. De acordo com o DSM-V, os critérios de diagnóstico de Transtorno por Uso de Tabaco (pelo menos dois critérios nos últimos 12 meses) são:

- O tabaco é frequentemente consumido em grandes quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
- Desejo persistente ou esforços mal sucedidos para reduzir ou controlar o uso do tabaco
- Muito tempo gasto em atividades necessárias para obter ou usar o tabaco
- Ânsia ou forte desejo ou urgência de usar tabaco
- Uso recorrente do tabaco, resultando em falha no cumprimento das obrigações de papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, interferência no trabalho)
- Uso continuado do tabaco, apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do tabaco (por exemplo, discussão com outras pessoas sobre o uso do tabaco)
- Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes abandonadas ou reduzidas devido ao uso de substâncias
- Uso recorrente de tabaco em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, fumar na cama)
- O uso de tabaco é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo tabaco



- Tolerância: necessidade de quantidades marcadamente aumentadas de tabaco para atingir o efeito desejado ou efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.
- Abstinência: a síndrome de abstinência característica do tabaco (ou uma substância intimamente relacionada, como a nicotina) é usada para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. Os sintomas de abstinência incluem irritabilidade, aborrecimento, ansiedade e ânsias de nicotina.

Consequências da dependência

Não existe um nível seguro de fumar, pois mesmo as pessoas que sempre fumaram em níveis baixos têm um risco aumentado de efeitos adversos para a saúde.

Mesmo com uma exposição relativamente breve e a uma dose baixa, como a exposição ao fumo passivo, ocorrem mudanças na ativação plaquetária e na função das células endoteliais e o risco cardiovascular, em particular, parece aumentar rapidamente com baixos níveis de exposição ou consumo relatado um risco de 1,53 (não fumantes como referência) para pessoas que fumam 1-9 DPC e um risco linear com o aumento do consumo (aumento de 5% a 6% no risco para cada cigarro fumado por dia).

Em todo o mundo, mais de 3 milhões de pessoas morrem atualmente por causa do fumo, metade delas antes dos 70 anos e mais de um terço dos fumadores atuais sofrem de incapacidade parcial ou permanente.

Portanto, há um enorme custo humano e social a pagar para fumar.



Existe uma forte associação entre o fumo do tabaco e diferentes doenças, tais como:

- Doenças cardíacas;
- Doenças respiratórias;
- Cancro (pulmão, trato aerodigestivo superior, pâncreas, estômago, rim, bexiga e pelve renal e outros cancros como cancro colorretal e de mama);
- Problemas reprodutivos;
- Problemas de gravidez;
- Doenças oculares e
- Doenças dentárias.





2.2.13. Dependência de outras drogas

A dependência de drogas, também conhecida como transtorno de substâncias, é a incapacidade de controlar o uso excessivo de drogas ou medicamentos ilegais.

Existem três tipos principais de drogas: depressores, alucinogênicos e estimulantes.

A categorização é baseada na forma como afetam o corpo humano.

Os depressores diminuem a velocidade das mensagens transportadas entre o cérebro e o corpo. Afeta a concentração e a velocidade de resposta ao que está a acontecer ao seu redor.

Os alucinogênicos mudam a percepção da realidade ao causar alucinações. Distorcem os sentidos humanos, como cheiro ou o estado da pessoa também.

Os estimulantes aumentam a velocidade de funcionamento do sistema nervoso. No início, fazem a pessoa sentir-se mais desperta e enérgica, mas também podem levar a ataques de paranoia ou ansiedade.



SIGNS

Principais sinais da pessoa dependente

SUBSTÂNCIAS QUE CONTÊM CANNABIS	ESTIMULANTES	ALUCINOGÊNIOS
OLHOS VERMELHOS	MAIOR ALERTA	ALUCINAÇÕES
BOCA SECA	PUPILAS DILATADAS	COMPORTAMENTOS IMPULSIVOS
DIMINUIÇÃO DA COORDENAÇÃO	VÔMITO	MUDANÇAS RÁPIDAS NAS EMOÇÕES
TEMPO DE REAÇÃO LENTO	PERDA RÁPIDA DE PESO	FLASHBACKS
ODOR DE CANNABIS NAS ROUPAS	DANO NASAL NO MUCO DA MEMBRANA DO NARIZ (SE SNIFAR DROGAS)	
IMPRESSÕES DIGITAIS AMARELAS	INSÔNIA	
DESEJOS EXAGERADOS POR DETERMINADO ALIMENTO (PODE SER EM HORÁRIOS ESTRANHOS)	AFTAS	
EUFORIA	SENTIMENTO DE ALEGRIA E EXCESSO DE CONFIANÇA	





CONSEQUÊNCIAS DA DEPENDÊNCIA

DEPRESSORES

CURTO PRAZO

FUNÇÃO DE RACIOCÍNIO LENTO

CONFUSÃO

FADIGA

FEBRE

LENTIDÃO

PULSO E RESPIRAÇÃO DESACELERADOS

PUPILAS DILATADAS

FALTA DE CONCENTRAÇÃO

TONTURA

FALA ARRASTADA

DISTÚRBIOS VISUAIS

DIFICULDADE OU INCAPACIDADE DE URINAR

LONGO PRAZO

MORTE

DEPRESSÃO

FADIGA CRÔNICA

DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS

PROBLEMAS SEXUAIS

INSÔNIA





ALUCINOGENÍOS

CURTO PRAZO

ALUCINAÇÕES

PERDA DE MEMÓRIA (CURTO PRAZO)

AUMENTO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA

AGRESSÃO

DORMÊNCIA

CONFUSÃO

DESORIENTAÇÃO

SENSAÇÃO DE FLUTUAR

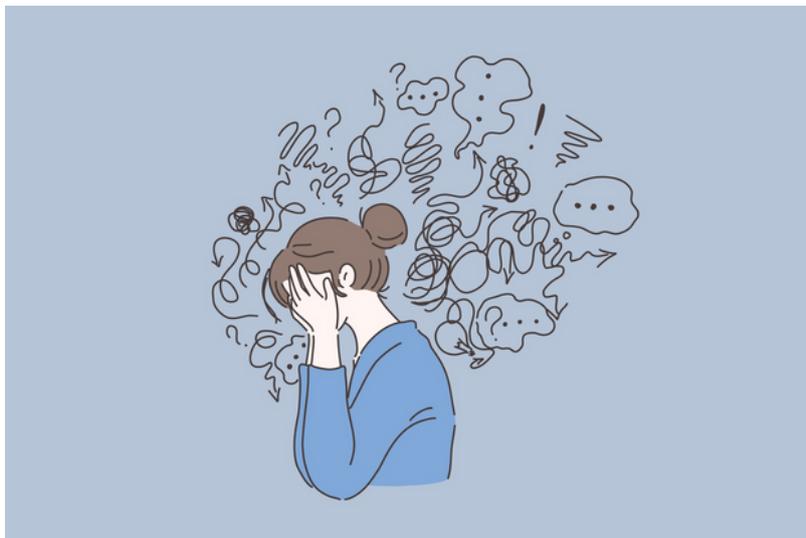
LONGO PRAZO

PERDA DE MEMÓRIA (LONGO PRAZO)

PARANOIA

ANSIEDADE





ESTIMULANTES

CURTO PRAZO

AUMENTO DE PRESSÃO ARTERIAL

AUMENTO DE TEMPERATURA CORPORAL

AUMENTO DOS BATIMENTOS
CARDÍACOS

LONGO PRAZO

ANSIEDADE

PÂNICO

APREENSÕES

DORES DE ESTÔMAGO

PARANOIA

APETITE REDUZIDO

INSÔNIA



As pessoas com transtornos por uso de substâncias têm maior risco de desenvolver dependências cruzadas. Os vícios cruzados nem sempre envolvem o uso de drogas ou álcool.

Muitos indivíduos substituem um transtorno de uso de substâncias por um transtorno de controlo de impulso, que afeta a via de recompensa do cérebro da mesma forma que as substâncias de abuso. As pessoas podem desenvolver adições em sexo, pornografia, jogos de azar, compras, comida ou outros comportamentos impulsivos.

No entanto, A adição cruzada mais comum envolve a adição em várias substâncias. Na verdade, muitos especialistas em tratamento dizem que é mais comum as pessoas terem várias adições do que apenas uma. Adições cruzadas, como cannabis e opioides, opioides e álcool, e cocaína e medicamentos para PHDA, são comuns entre pessoas com transtornos por uso de substâncias.

Principais sinais da pessoa dependente

Quando uma pessoa se encontra a lutar contra várias adições, as drogas podem intensificar um estado mental inicial ou criar outros totalmente novos que tornam difícil parar de usar a única coisa que faz a pessoa sentir-se melhor: o prazer.

No entanto, quando se trata de ficar limpo e sóbrio, os efeitos da luta prolongada contra várias adições podem tornar o processo de recuperação muito mais difícil.

Foi demonstrado que aumenta a depressão, ansiedade, pensamentos suicidas, insónia, irritabilidade e alterações de humor.

Para qualquer pessoa que esteja a lutar contra qualquer adição ou várias adições de qualquer tipo, o processo de tentar manter a saúde física e mental pode ser uma tarefa impossível.





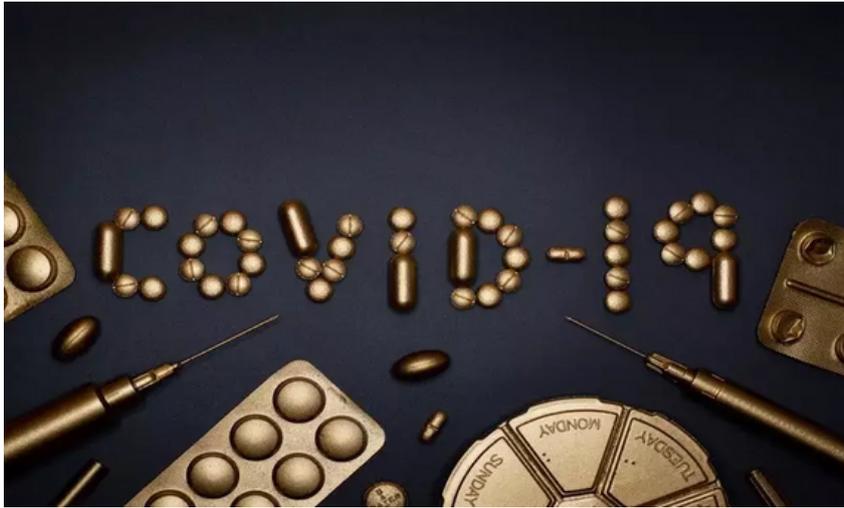
A CID-10 - Classificação Mental e Comportamental - define o diagnóstico “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas”. Códigos de quatro e cinco caracteres podem ser usados para especificar as condições clínicas, a saber:

- Intoxicação aguda,
- Uso prejudicial,
- Síndrome de dependência,
- Estado de abstinência
- Estado de abstinência com delírio,
- Transtorno psicótico,
- Síndrome de amnésia,
- Transtorno psicótico residual e de início tardio,
- Outros transtornos mentais e comportamentais não especificados.

Lidar com a adição e o transtorno simultaneamente por meio de tratamento integrado geralmente é a maneira mais eficaz de ajudar as pessoas a se recuperarem da dependência cruzada.

Reduzir os gatilhos para o abuso de substâncias e comportamentos impulsivos é o foco principal de ensinar as pessoas a viverem sóbrias e evitar o envolvimento em comportamentos destrutivos.





2.3. Adições e Covid-19

Se somarmos às dependências comportamentais já existentes na população o profundo e amplo impacto da atual crise da COVID em todo o mundo, podemos entender as consequências, repercussões e influência que toda a situação está a ter tanto no nível físico (a própria doença) quanto a nível mental e social (medo da doença, perda da vida de familiares e amigos íntimos, confinamento e todos os tipos de restrições, etc.) (Balluerka et al. 2020).

Essas consequências afetaram significativamente e, portanto, agravaram essas adições. É por isso que, na secção seguinte, forneceremos alguns dados sobre como essa situação afetou cada adição, incluindo em jogos de azar online, uso de telemóvel e internet, trabalho, exercícios físicos, alimentação, sexo e compras.

A adição em jogos de azar, especificamente jogos de azar através da Internet ou online, aumentou consideravelmente durante a pandemia, uma vez que os jogos de azar permaneceram disponíveis mesmo com o encerramento de casinos.



De acordo com Håkansson et al. (2020), todas as crises financeiras nacionais e internacionais tiveram um impacto significativo no comportamento de jogo, aumentando os problemas associados ao jogo. Embora não se saiba ao certo, um dos motivos é que as pessoas com essa adição podem ser motivadas a jogar para tentar ganhar dinheiro após uma dificuldade financeira, como, neste caso, uma preocupação financeira com as consequências financeiras da COVID.

Outras razões para o aumento do uso de jogos de azar online, que têm sido associadas à pandemia, incluem confinamento em residências, mudanças rápidas nas condições de trabalho, stress psicossocial, ansiedade e depressão, etc. Além da facilidade e disponibilidade de jogos de azar online, junto com o tédio e o escape associados ao consumo de jogos de azar online.

Esses mesmos autores fazem alusão a um estudo realizado pela University of Gambling Disorder and Behavioral Addictions do Departamento de Psiquiatria do University Hospital of Bellvitge em Barcelona, no qual, durante as primeiras quatro semanas de confinamento relacionado ao COVID, afirmaram que, depois de responder a um pequeno questionário sobre o impacto do confinamento no seu estado emocional e sintomas de jogo, a maioria dos participantes se preocupou com o aumento das incertezas sobre o impacto negativo no seu trabalho, o risco de infeção de si próprios ou os seus entes queridos e o seu tratamento. Além disso, destaca-se que duas semanas após o confinamento, 12% apresentavam sinais de piora em relação ao jogo. Dessa forma, Javed, (2020) e Perez (2020) citado por King et al. (2020), fornecem dados significativos acrescentando que obrigações de ficar em casa e quarentenas aumentaram o consumo de entretenimento digital, em particular jogos online e atividades relacionadas, como visualização de desportos eletrónicos e streaming de videojogos.

Além disso, a Plataforma de Associações de Psiquiatria e Psicologia Clínica para Saúde Mental Infantil e Adolescente (2020) defende que:



Períodos prolongados de isolamento, atividade excessiva baseada em tecnologia e interação cara a cara limitada com as pessoas são fatores de risco para interiorizar padrões de estilo de vida pouco saudáveis, aumentando os transtornos relacionados à tecnologia e levando a dificuldades na readaptação quando a crise COVID termina (p. 76).

Outra preocupação a esse respeito é que algumas pessoas podem desenvolver, aumentar ou recair em padrões não saudáveis de jogo para aliviar o stress relacionado à pandemia e que as restrições de autoisolamento podem inibir a procura de ajuda e apresentar barreiras para aqueles que já estão em tratamento.

Outro aspeto que tem sido afetado pelo COVID e a crise resultante em todos os níveis é a **adição em dispositivos móveis e na internet**, como afirma Bonenberg (2019), citado em Mestre-Bach et al. (2020):

a mudança rápida influenciou muitas pessoas de várias maneiras. Fatores de stress sociais, financeiros, de saúde, ocupacionais e outros relacionados à pandemia podem afetar as motivações das pessoas para se envolverem em comportamentos potencialmente aditivos, inclusive na internet (p.181).

Além disso, como mostram os resultados obtidos pelo Observatório Espanhol de Drogas e Adições no Relatório COVID-19 (2020) através de um inquérito online sobre o uso da Internet, videojogos e jogos de azar realizado durante a pandemia do COVID, houve um aumento na frequência de uso de videojogos e na frequência de uso da Internet.



Também fornece dados concretos, pois os resultados detalham que:

15,2% dos entrevistados haviam iniciado o uso de videogames durante o período de confinamento e 7,2% dos jogadores apresentavam um possível transtorno de videogame de acordo com a escala de critérios do DSM-V.

Por sua vez, 68,9% dos inquiridos afirmam ter aumentado o uso da Internet (72,2% nas mulheres, 67,5% nos homens) e entre estas pessoas que utilizam a Internet, 11,2% apresentam um possível uso compulsivo segundo a escala CIUS, sendo este comportamento mais frequente entre os jovens (pp. 4-5).

Outro estudo do Departamento de Saúde do Governo Basco e SIIS (2020) sobre o impacto do COVID-19 e suas consequências no campo das dependências no País Basco detalha que:

desde que se decretou o estado de emergência em março de 2020 até dezembro de 2020, os técnicos municipais de prevenção comunitária de toxicodependências declaram que, com base nos trabalhos realizados na sua autarquia local, perceberam um aumento da prática de videogames (64,7%) e uso de internet e redes sociais (58,8%) entre os homens. No que se refere à mudança observada entre as mulheres, seis em cada dez técnicos de prevenção consideram que nos últimos meses as mulheres aumentaram o uso da internet e das redes sociais (58,8%) (p.12).





Em relação à **adição a exercício** foi demonstrado que, dentro do bloqueio e das restrições causadas pela pandemia, aqueles que desconhecem a sua dependência ao exercício podem ter uma série de problemas, como ataques de pânico ou ansiedade decorrentes da impossibilidade de praticar exercício ao ar livre, enquanto, devido a essa situação, também são incapazes de superar os seus distúrbios subjacentes.

Além disso, de acordo com um estudo internacional de De la Vega et al. (2020), todos aqueles que são dependentes de exercício e que tenham um motivo primário associado à saúde ou um fator terapêutico relacionado ao enfrentamento das dificuldades da vida, como, neste caso, as consequências da pandemia, terão ainda mais dificuldade para reduzir o volume de exercício do que aqueles que se exercitam por razões sociais. A razão é que durante uma pandemia, as instalações para exercícios e exercícios sociais podem ser limitadas, mas quando há uma ameaça que pode afetar a saúde, a pessoa tende a procurar maneiras alternativas de se exercitar e acaba por desenvolver uma obsessão doentia por condicionamento físico e exercícios.

Também é importante notar que aqueles atletas de equipa que apresentam dependência ao desporto podem apresentar uma maior diminuição do volume de exercício devido às consequências da pandemia, que impactou na limitação de movimento da população, manutenção de distância e encerramento de muitos locais com instalações para exercícios físicos.

A um nível positivo, é notável que muitas pessoas acabem por se exercitar em casa, uma vez que, como afirma este mesmo estudo, a pandemia está a obrigar os praticantes regulares a reduzir o volume diário de exercícios para cerca de metade do habitual.



Dessa forma, como afirma Lim (2020), podem sentir o que é fazer exercício com moderação e, nos dias em que não há sessões de ginástica, podem dedicar-se ao auto benefício de outras formas e, assim, destacarem-se do seu desejo por exercícios excessivos.

Refira-se que o COVID também tem tido um forte impacto nos jovens, uma vez que, devido à crise de saúde, à precariedade do emprego, etc., estão cada vez mais empenhados em cuidar do seu trabalho. Essa obsessão em manter o emprego e ficar de olho nele nos ginásios, na casa-de-banho, no jantar com os amigos, entre outras coisas, tem levado os jovens a sofrer de **compulsão pelo trabalho**. Isso é possível pela possibilidade de teletrabalho, facto ainda mais presente na regulamentação associada à pandemia. Portanto, como afirma Álvarez Cuesta (2020), “deve-se atentar para a tecnoadição ou a necessidade de estar permanentemente conectado, ao technostress, workaholism ou depressão ou ansiedade causada pela solidão” (p. 190). Também refere que:

o elemento definidor central é dado pelo compromisso irracional estabelecido com o trabalho excessivo; seria caracterizado por uma dedicação excessiva ao trabalho, por torná-lo o único objetivo de sua vida, pelo seu desinteresse por tudo que não seja o seu trabalho e pela sua incapacidade de parar de trabalhar, acentuada neste caso pelas pressões ou incentivos derivados, de um lado, da necessidade de recursos e, de outro, dos incentivos oferecidos pelas empresas (p. 190).



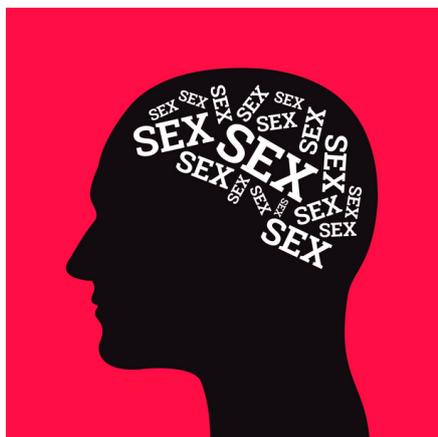
A todos os itens acima, o autor acrescenta que:

A falta de organização do tempo é uma das principais razões para a adição ao trabalho. A geração Millennial é muito apaixonada e se essa paixão não for organizada pode tornar-se uma adição sem que eles percebam. Tudo em excesso pode ser prejudicial e, quando o fazem com paixão, podem não perceber que isso se tornou prejudicial para as suas vidas pessoais.

Outro aspeto a levar-se em consideração durante a crise do COVID é o das pessoas que sofrem de um **transtorno alimentar** ou de um **transtorno do comportamento alimentar**, pois, segundo os psicólogos clínicos Gonzalo e Torres numa monografia sobre as patologias que se agravaram após o confinamento devido à pandemia de Covid (2020), o confinamento desencadeou situações de risco que levam a um agravamento geral do problema devido a fatores como a incapacidade de praticar exercício físico devido às medidas restritivas. Isso resultou num aumento do medo de ganhar peso e, portanto, em hábitos alimentares prejudiciais, como aumento da restrição calórica ou compulsão alimentar mais frequente.

Esse impacto na imagem corporal pode, por sua vez, levar a problemas de ansiedade, depressão, fobia social e até agorafobia. Além disso, de acordo com o mesmo estudo, a crise de saúde obrigou os hospitais a priorizarem o atendimento a todos os infetados pelo COVID, resultando em hospitais sobrelotados e sem recursos humanos e materiais, afetando certas áreas hospitalares como a saúde mental, razão pela qual muitas pessoas com transtornos alimentares não puderam receber a ajuda de que precisam.





Dados publicados pelo Pornhub, o site de pornografia mais popular do mundo, revelam como uma das consequências da **adição em sexo** na pandemia:

um aumento global no uso de pornografia de 11,6 por cento em 17 de março de 2020 em relação à média de dias anteriores, que foi observado durante um período de um mês de 24-25 de fevereiro de 2020 a 17 de março de 2020, em todos os 27 países para os quais foram fornecidos dados, mostrando aumentos no uso de pornografia, normalmente variando de 4 a 24 por cento.

(Pornhub, 2020).

Além disso, em jurisdições onde o Pornhub tornou os seus serviços premium gratuitos, devido a quarentenas e restrições para ficar em casa, houve um aumento substancial de 57%, 38% e 61% visualizações na Itália, França e Espanha, respetivamente, ocorrendo cada um 1 dia após a disponibilização dos serviços gratuitos.

Além disso, autores como Mestre-Bach et al. (2020) afirmam que as circunstâncias relacionadas ao COVID também podem limitar o sexo casual e outros comportamentos, resultando no uso de pornografia como estratégia de enfrentamento.

Pessoas com dependência de pornografia também podem recair no uso de pornografia no ambiente em que se sentem impotentes, sem esperança e desconectadas dos sistemas de suporte de 12 etapas, como foi visto na dependência de substâncias. Em termos gerais, os materiais pornográficos podem evitar a sensação de angústia, tédio ou solidão das pessoas e outras emoções negativas em relação à pandemia (Grubbs et al., 2020, conforme citado em Mestre-Bach et al., 2020).



De acordo com vários estudos, as dificuldades em gerir adequadamente a regulação emocional estão relacionadas a comportamentos sexuais de risco (Gómez-Zapiain et al., 2016) e dependência de sexo (Díez et al., 2019), com os rapazes a apresentar a relação mais forte (Díez et al., 2019) conforme citado em Nebot-García et al. 2020.

Finalmente, de acordo com Sarrión (2020), conforme afirma o grupo VOLMAE, o confinamento domiciliário como medida de contenção de COVID representa um risco maior para todos aqueles que sofrem de um distúrbio de comportamento associado ao consumo de drogas. As consequências associadas à Covid, como passar mais horas em casa, representam um risco acrescido em relação a esta adição devido a três fatores fundamentais: a disponibilidade de mais tempo livre, a redução da atividade física e o consumo como fuga aos problemas .

Mais especificamente, o facto de ter mais tempo livre sem poder dedicar a todas aquelas atividades que antes eram realizadas fora de casa, pode produzir uma série de estados emocionais que vão desde a apatia ou tédio ao aumento da ansiedade ou necessidade de preenchimento, a uma sensação de vazio, recorrendo a comportamentos compulsivos como a **adição em compras** online, procurando aliviar esse desconforto de imediato.

Ao mesmo tempo, com a redução da atividade física, isso significa também a redução de toda a energia que antes era gasta em atividades desportivas como ginástica ou ciclismo, corrida ou qualquer outro exercício realizado fora de casa, o que contribuía para o alívio da tensão, a redução do stress e bem-estar psicológico.



Essa mudança de hábitos levou ao acumular de energia excedente e à dificuldade em canalizá-la adequadamente, o que também pode resultar na incapacidade de controlar impulsos como as compras compulsivas, mesmo quando não há necessidade de fazê-lo. Além disso, as compras compulsivas podem ser uma fuga dos problemas, pois enquanto se está a comprar não se pensa nas preocupações, incertezas e medos associados à pandemia, desligando temporariamente a pessoa do que ela sente como negativo. Essa associação entre o bem-estar derivado das compras pode fazer com que a pessoa repita o comportamento de compra e, eventualmente, levar à adição.

Neste caso, como afirmam os mesmos autores, as compras não visam a satisfação de necessidades materiais, mas sim um comportamento que se realiza para cobrir outras necessidades emocionais, afetivas ou psicológicas que, juntamente com todos os componentes já mencionados, como os transtornos depressivos e de ansiedade, o isolamento social e o abandono de hábitos saudáveis causados pela pandemia (Balluerka et al., 2020), levam a um aumento no número de pessoas dependentes de compras.



2.4. Lidar com indivíduos que manifestam dependências

Quando alguém luta contra uma adição, isso pode ter sérios efeitos negativos no seu relacionamento com a família, amigos e colegas de trabalho. A adição é uma doença cerebral crônica e recorrente, e o caminho para a recuperação de alguém que é dependente costuma ser longo e difícil. Isso também afeta as pessoas mais próximas e pode ser necessária ajuda profissional para levá-los ao tratamento e à recuperação.

É importante compreender os sinais e sintomas da adição. Eles podem ser diferentes dependendo do tipo de adição com o qual estão a lidar, sejam drogas, álcool, exercício, telemóvel / redes sociais.



Muitas pessoas conseguem esconder o seu vício mesmo das pessoas mais próximas, e pode ser tentador ignorar o problema quando isso parece mais fácil. Alguns dos sinais mais comuns de que alguém sofre de dependência incluem:

Mudanças no comportamento

- Desenvolvimento de problemas no trabalho ou na escola
- Mentir sobre a substância ou a quantidade que usam
- Ficar com raiva quando questionado sobre seu uso
- Alterar grupos de amigos
- Comportamento secreto, mentira, roubo
- Mudanças nos hábitos normais ou mudanças de humor
- Abandono de atividades sociais





Mudanças Físicas

- Parecer estar intoxicado com mais frequência
- Problemas de memória ou cognição
- Cansaço incomum
- Olhos vermelhos
- Flutuações rápidas de peso
- Má higiene e aparência mal cuidada

É comum que aqueles que sofrem de adição exibam comportamentos e atitudes negativas quando confrontados. Muitas pessoas reagirão das seguintes maneiras:

Negação

Parte da razão pela qual a adição é tão difícil de controlar e tratar é porque a pessoa afetada se recusa a aceitar que tem um problema. Pode ser frustrante e confuso para as pessoas em redor da pessoa afetada continuar a observá-la a comportar-se de maneira destrutiva e permanecer em negação quando confrontada.

Raiva

Quando confrontada, a pessoa afetada negará que tem um problema e geralmente reagirá com raiva, inicialmente, ou se for pressionada sobre o assunto. Pessoas com dependência geralmente sentir-se-ão na defensiva e podem tornar-se agressivas, se a questão de seu consumo for levantada. Mesmo uma abordagem “mais amigável” pode ser recebida com raiva.





Evitamento

A pessoa afetada pode começar a evitá-lo, ou evitar falar dos seus problemas, caso comece a sentir-se “agredida”. Uma pessoa com dependência geralmente utilizará como um método de enfrentamento para evitar problemas e pode continuar esse comportamento de evitamento, começando a fechar-se para longe de si e de outros entes queridos que os confrontam.

Como pode ajudar alguém com uma adição

Quer esteja a tentar ajudar alguém que nunca foi admitido para tratamento ou alguém que estava em recuperação e agora está a ter uma recaída, aqui estão 6 coisas para se lembrar de como pode ajudar:

Não permitir

Pode ser muito difícil assistir alguém mergulhar na adição, especialmente se essa pessoa atingir o ponto em que não consegue mais gerir as funções diárias que costumava fazer. Nesses casos, a família e os amigos podem ficar tentados a intervir e ajudar, assumindo as suas responsabilidades, dando-lhes dinheiro, fazendo mais tarefas domésticas e cuidando das crianças ou pedindo desculpas a outras pessoas pelo seu comportamento. Pode ser difícil traçar a linha entre apoiar uma pessoa amada e capacitá-la. Embora isso seja feito por amor, ou sentimento de obrigação, ajuda a proteger a pessoa afetada da sua realidade.





Em muitos casos, só quando a pessoa enfrenta as consequências das suas ações e comportamento é que ela pode aceitar a sua adição e se comprometer com o tratamento e a recuperação.

Ter compaixão

A velha sabedoria é que alguém com adição deve ser tratado com “amor duro” por aqueles ao seu redor para dar-lhe o incentivo para mudar. No entanto, isso pode ser contraproducente. Sem apoio, a pessoa dependente pode sentir-se ainda mais sozinha e isolada, o que a levará a consumir mais. O apoio social negativo é uma das maiores barreiras para o ingresso no tratamento, pois a pessoa teme ser excluída da sua família e amigos. Mas a compaixão pode ser um dos maiores motivadores que a família e os amigos podem usar, pois encorajam a pessoa dependente a procurar ajuda. Ao mostrar compaixão, a pessoa que está a sofrer vai sentir-se mais confortável e capaz de se abrir, bem como compreender como as suas ações estão a afetar os outros. Os principais especialistas acreditam que a empatia e o apoio social podem ser a chave para colocar as pessoas em tratamento e mantê-las em recuperação. No entanto, é importante entender a diferença entre capacitar e apoiar, o que pode significar a diferença em receber tratamento ou não. Algumas maneiras de exercer compaixão incluem:

- Perguntas abertas
- Inclusão da família na terapia
- Ouvindo e reconhecendo a dor
- Trabalhando para entender a adição
- Enfatizando cuidado e preocupação





Não se concentre na culpa ou na vergonha

Alguém que luta contra a adição geralmente já está a sentir profunda culpa, vergonha e raiva pelo seu consumo. Além disso, muitos sentem-se julgados pela sua família e amigos e agirão na defensiva em resposta a qualquer crítica que lhes seja dirigida. Em vez de ajudar, se o julgamento ou moralização aparecer, eles podem recorrer ao consumo para combater os sentimentos de stress que isso lhes causa.

É compreensível, entretanto, porque a pessoa que está a sofrer pode já tê-lo magoado profundamente, quebrado a sua confiança ou irritado.

Onde ainda existe amor, é importante entender que sentimentos de vergonha, raiva e julgamento podem afetar negativamente o seu relacionamento com a pessoa dependente e prejudicar ativamente as suas possibilidades de recuperação. Investigações mostram que a vergonha é um dos incentivos menos eficazes para a mudança, porque é isoladora, dolorosa e pode fazer a pessoa acreditar que não merece amor ou tratamento.

Incentive hábitos saudáveis

Quando alguém sofre de dependência, é comum que também sofra com um declínio na saúde física, mental e falta de higiene. Problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, costumam ser exacerbados pela adição ou pioram a própria adição. Incentivar a pessoa afetada a procurar tratamento para os seus problemas de saúde pode ajudá-la a compreender o preço que a sua adição está a cobrar na sua vida. Estabelecer um ambiente estruturado, encorajando hábitos alimentares saudáveis e exercício pode ajudar a pessoa afetada a desejar um estilo de vida mais saudável em geral e a procurar tratamento.





Seja positivo

A adição pode destruir famílias, amigos e relações de trabalho. É uma doença crónica que durará pelo resto da vida do dependente e é uma doença recorrente. Sabendo disso, pode parecer quase impossível manter a esperança. Mas a adição é tratável e, embora não haja cura, muitas pessoas permanecem em recuperação para o resto das suas vidas ou são capazes de retornar à recuperação após uma recaída.

Quando a esperança se esvai, as chances de recuperação também diminuem, embora a pessoa dependente tenha o potencial de sustentar uma vida longa e significativa.

Ajudar alguém com uma adição requer educação, paciência e empatia. A adição é uma experiência angustiante para todos os envolvidos e, se não for tratada, pode destruir relacionamentos, famílias e o dependente pode acabar sozinho. Reconhecer isso e entrar em contacto antes que isso aconteça pode ser difícil, mas é importante permanecer otimista e obter suporte quando necessário.



CAPÍTULO 3

ANÁLISE DO CONTEXTO DAS ADIÇÕES DOS JOVENS EM CADA PAÍS

3.1. CONTEXTO DAS ADIÇÕES EM JOVENS EM ESPANHA

3.1.1. Prevalência do desenvolvimento de dependências com substâncias químicas

De acordo com os dados obtidos a partir dos resultados do Relatório Nacional EDADES 2019/20 da pesquisa EDADES (2020), 1,7% dos espanhóis com idades entre 15 e 64 anos afirmam ter experimentado novas substâncias psicoativas em algum momento das suas vidas. Embora as idades de início não apresentem mudanças significativas, substâncias legais como álcool e tabaco são aquelas que começam a ser usadas mais cedo, com hipnosedativos e analgésicos a começar a ser usados mais tarde.

Especificamente, um RELATÓRIO sobre Álcool, tabaco e drogas ilegais na Espanha realizado pelo Observatório Espanhol de Drogas e Vícios (2020) apresenta uma série de dados sobre a idade em que começa o uso de substâncias com maior prevalência, que, em média, é por volta dos 14 anos de idade.

Mais detalhadamente, desde 2006, o início do uso do **tabaco** foi adiado progressivamente em um ano, passando de 13,1 anos para 14,1 anos em 2018, exatamente os mesmos dados obtidos em 2016. Além disso, pouco mais de meio ano após o primeiro consumo, inicia-se o consumo diário, que, em média, está aos 14,7 anos.



Em relação ao **consumo de álcool**, os jovens que já consumiram essa substância pelo menos uma vez na vida, iniciam o consumo aos 14 anos. A idade média de consumo tem mostrado certa estabilidade ao longo da série, registrando este ano um valor semelhante ao obtido em 2016. Da mesma forma, o consumo de álcool semanal inicia-se em média aos 15,2 anos, sem variação significativa em relação às últimas medições registradas.

Com relação aos **hipnosedativos**, com ou sem prescrição, a idade de início do consumo aumentou nos últimos dois anos, com idade de início registrada de 14,3 anos.

Os jovens que já fizeram consumo de **cocaína em pó e/ou base**, em alguma ocasião, estabelecem o primeiro consumo aos 15,2 anos, média muito semelhante à registrada para substâncias como ecstasy (15,4 anos), anfetaminas (15,4 anos) ou alucinogênicos (15,2 anos).

Por outro lado, existem diferenças significativas em termos de sexo, uma vez que no caso do **consumo de cannabis**, a porcentagem de homens que a consumiram em 2020 é mais do que o dobro das mulheres (14,6% contra 6,3%) e no caso de cocaína em pó e / ou base, essa diferença por sexo é quadruplicada (4,1% homens e 1% mulheres). No caso dos hipnosedativos e analgésicos opioides não controlados, são as únicas substâncias psicoativas cujo uso é semelhante em ambos os sexos (1,3% dos homens e 1,2% das mulheres).



Ao mesmo tempo, os dados do mesmo inquérito confirmam que as substâncias mais utilizadas em Espanha são legais.

Em primeiro lugar está o **álcool** (77,2% dos inquiridos consumiram no último ano; 75,2% fizeram-no em 2017/2018); em segundo lugar está o **tabaco** (39,4% fumaram tabaco no último ano, contra 40,9% em 2017/2018).

Mas se nos referimos às **drogas ilegais**, as que são mais consumidas são a **cannabis** (0,5% no último ano em 2019/2020 contra 11,0% em 2017/2018) seguida da **cocaína em pó** e / ou **base** (2,5% contra 2,2% em 2017/2018).

As demais substâncias ilegais estudadas apresentam prevalência de uso em 2020 inferior a 1%. **Ecstasy** 0,9%; **anfetaminas** 0,7%; **alucinógenos** 0,6%; **cogumelos psicadélicos** 0,4%; **metanfetaminas** 0,3% e **heroína** 0,1%, a mesma percentagem dos inalantes voláteis.

O uso de uma droga não exclui o uso de 3 ou mais substâncias psicoativas ou o que se denomina **consumo múltiplo de droga**, muito difundido e concentrado em homens de 15 a 24 anos e inclui, em 90% dos casos, o uso de álcool, tabaco e cannabis.

O **contexto** em que os jovens se desenvolvem tem enorme influência no consumo de substâncias como álcool, tabaco, cannabis, cocaína, entre outras, visto que a prevalência do seu consumo será maior dependendo da presença dessas substâncias no **grupo de amigos**.





Mais especificamente, o consumo de álcool é generalizado entre os jovens que confirmam que os seus amigos consumiram álcool, sendo 80,4% nos casos em que indicam que todos ou a maioria dos amigos consomem álcool e diminuindo para 39,6% nos grupos em que poucos ou nenhum de seus membros consome álcool.

Da mesma forma, a influência do comportamento do grupo de pares sobre os jovens é evidente quando se trata do uso de tabaco ou cannabis, com 60% dos que têm a maioria de amigos que usam essas substâncias.

No caso da cocaína, as diferenças são muito marcantes, pois a prevalência entre aqueles que têm a maioria de amigos que consumiram é de 18,5% contra 0,5% entre aqueles que não têm amigos que consumiram.

Outros fatores que influenciam o consumo de substâncias como álcool, tabaco, cannabis e cocaína são o facto de a maioria dos jovens **não estar ciente dos riscos envolvidos no consumo abusivo dessas substâncias**, e que há um **alto grau de tolerância social em relação a este massivo consumo**, o que favorece a sua generalização e normalização.

Outros fatores que influenciam, juntamente com os aspetos familiares, socioeconómicos, cognitivos e emocionais que variam de pessoa para pessoa, são a vida noturna e quem sai regularmente à noite, quem faz compras na Internet ou quem visita sites adultos.



Assim, vemos que tanto o uso de drogas lícitas (álcool, tabaco e hipnosedativos) quanto o uso de drogas ilícitas (cannabis, cocaína em pó, cocaína base, heroína, anfetaminas, ecstasy, alucinogénios ou gHB) tornam-se mais prevalentes quanto mais tarde eles voltam para casa depois das suas noites fora.

Em relação ao policonsumo, a prevalência do policonsumo aumenta com o tempo que os jovens chegam a casa, variando de 22,7% entre os que chegam antes das 00h e 72,4% entre os que chegam depois das 8h.



As consequências do uso de drogas em jovens podem ser devastadoras, pois atuam sobre o sistema nervoso central e especificamente sobre o cérebro, o que aumenta o risco de danos na saúde mental, algum tipo de transtorno, além de gerar danos físicos e / ou psicológicos, dependência, para além de uma série de problemas sociais.



3.1.2. Prevalência do desenvolvimento de adições sem substância ou comportamentais

Com base na Estratégia 2017-2024 do Plano Nacional de Drogas, são incluídas questões relacionadas com as dependências comportamentais, como o uso compulsivo da Internet e o jogo problemático.

Em relação ao **uso compulsivo da internet**, foi utilizada a escala CIUS (Compulsive Internet Use Scale) como método de estimativa, o que nos permitiu observar que:

- No que se refere ao uso compulsivo de internet, em 2019/2020 3,7% da população com idade entre 15 e 64 anos, cerca de 1.100.000 pessoas, parecem ter estado envolvidas no uso compulsivo de internet (2,9% em 2017/2018).
- Relativamente ao jogo online a dinheiro, em 2019/2020 6,7% da população dos 15 aos 64 anos admitiu ter jogado online com dinheiro no último ano (3,5% em 2017/2018), sendo o perfil destes jogadores o facto de serem do sexo masculino.

No que se refere ao jogo "cara a cara" com dinheiro, alguns dos dados que fornecem maior clareza são os seguintes: em 2017, 63,6% da população de 15 a 64 anos afirmou ter jogado a dinheiro dessa forma no último ano (59,5% em 2017/2018).

A prevalência de jogos de azar cara a cara com dinheiro é maior entre homens e pessoas mais velhas.





Os jogos mais comuns são as lotarias, que são jogadas pela maior percentagem de pessoas (94,4%), seguidas das lotarias instantâneas com 24,9% e das apostas de futebol (14,6%).

O mesmo se observou no relatório intitulado "Dependências comportamentais. Jogo e uso compulsivo da internet no EDADES" e "Inquéritos ESTUDES sobre drogas e dependências na Espanha", que visa avaliar a prevalência e os fatores associados ao jogo e ao uso compulsivo da internet na Espanha.

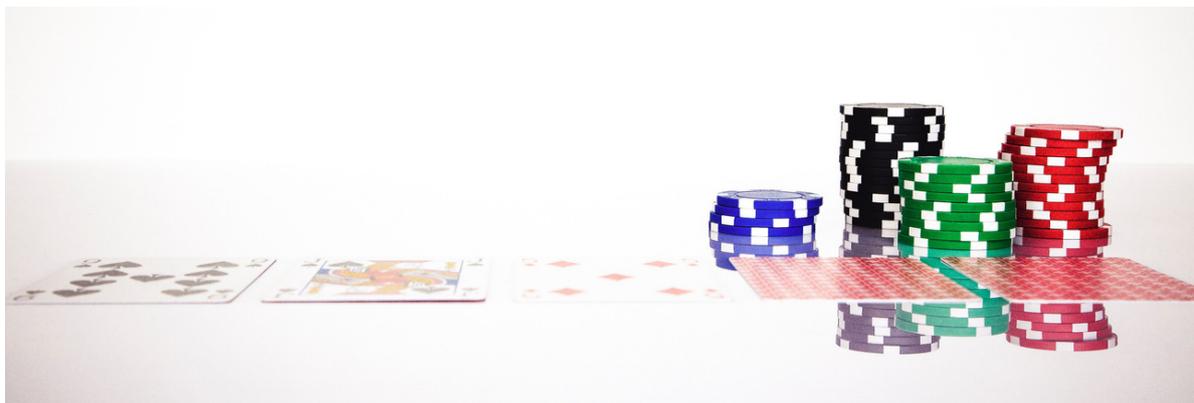
Os dados, publicados pelo Observatório Espanhol de Drogas e Dependências da Delegação do Governo para o Plano Nacional de Drogas, foram extraídos do Inquérito sobre Álcool e Drogas em Espanha (EDADES) e do Inquérito sobre o Uso de Drogas no Ensino Secundário em Espanha (ESTUDES), que são realizados de dois em dois anos e que desde 2014 incluem um módulo específico para avaliar este tipo de dependências comportamentais.

Além de tudo o que foi especificado acima, o relatório adiciona os seguintes dados:

Dados em relação a jogos de azar online:

- A percentagem da população entre 15 e 64 anos que afirma ter jogado online a dinheiro durante 2017 é de 3,5%, sendo a percentagem mais elevada nos homens (5,8%) do que nas mulheres (1,2%).





- O jogo online é a forma de jogo mais frequente entre os jovens, com a sua prevalência a diminuir com o aumento da idade.
- O valor máximo apostado num único dia pela maioria da população é entre 6 e 30 euros.
- Entre os tipos de jogos de azar online, os homens são mais prevalentes nas apostas desportivas (75,1%), enquanto as mulheres optam tanto pelas apostas desportivas como pelos jogos de lotaria.
- Os jovens de 14 a 18 anos são o grupo com maior prevalência nos jogos de azar online e essa tendência é mais pronunciada no sexo masculino (10,2%) do que no feminino (2,5%).
- Durante 2016, 2% dos alunos relataram ter jogado semanalmente ou com mais frequência e uma percentagem semelhante passou uma média de mais de duas horas por dia a jogar. Entre os estudantes, o jogo online mais popular são as apostas desportivas.
- Segundo dados de 2014, 11,2% dos jovens gastaram mais de 300 euros em 12 meses.

Em relação ao jogo cara a cara:

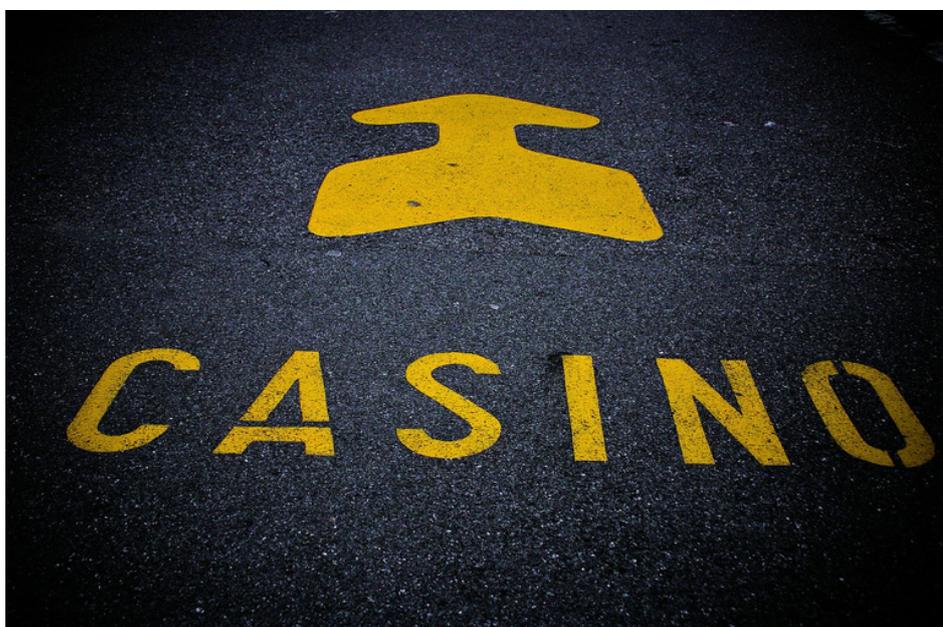
- O jogo cara a cara é muito mais difundido entre a população do que o jogo online. Os dados da investigação também revelam que essa tendência é crescente, com 37,4% da população de 15 a 64 anos em 2015 e 59,5% em 2017.



- A maioria das pessoas que optou pelo jogo cara a cara fê-lo através de jogos de lotaria convencionais, sendo a faixa de maior valor gasto num único dia entre 6 e 30€.
- No jogo face a face, não são observadas diferenças entre homens e mulheres, com a variável idade a afetar os resultados, de modo que quanto maior a idade, maior a prevalência do jogo face a face.
- Os jovens de 14-18 anos também apresentam uma maior propensão para o jogo cara a cara do que o online, embora em menor grau do que a população em geral, com um valor de 13,6%.
- Os jovens tendem a estar mais inclinados a jogar cara a cara em lotarias e jogos de apostas e relatam ter gasto menos de € 50 ao longo do ano.

Em relação ao jogo problemático e transtorno do jogo:

- Com base nos critérios do DSM-5, o relatório afirma que a prevalência do jogo problemático na população espanhola é de 0,4%, enquanto a do transtorno do jogo é de 0,3%.
- Pessoas com problema de jogo apresentam maior frequência de jogo e maiores gastos diários com essa atividade do que a população em geral e também tendem a apresentar maior prevalência de uso de álcool e tabaco.



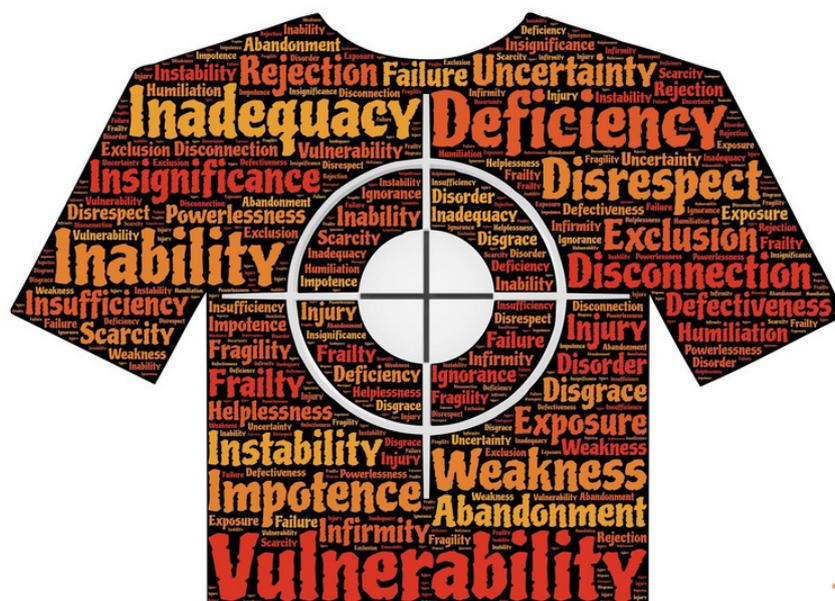
3.1.3. Percepção e opinião da população sobre o desenvolvimento de dependências

Referindo-se ao desenvolvimento de dependências, de acordo com a Estratégia Nacional 2017-2024 sobre Adições, alguns dos fatores que influenciam são:

- a situação económica, o desemprego e a precariedade, a trajetória de vida interrompida de muitos jovens devido à situação de crise;
- o aumento das famílias unipessoais e da solidão, as dificuldades de conciliar trabalho e vida familiar;
- desestruturação familiar e aumento de famílias monoparentais;
- a maior pressão para consumir em adolescentes e
- a promoção da busca por satisfação e / ou respostas imediatas

são fatores que podem contribuir para o uso abusivo de substâncias e outros comportamentos com potencial aditivo, como o uso abusivo de novas tecnologias.

A esse respeito, deve-se ressaltar que tem-se observado um aumento na prescrição de medicamentos com potencial aditivo (benzodiazepínicos e hipnosedativos).



3.2. CONTEXTO DAS ADIÇÕES EM JOVENS EM PORTUGAL

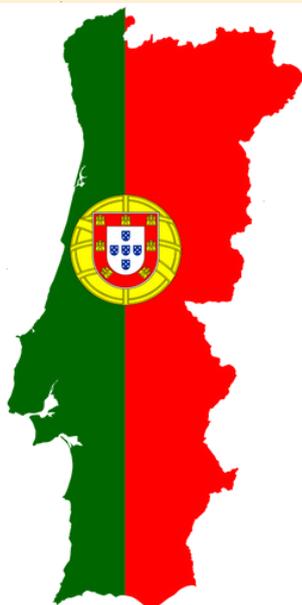
3.2.1. Prevalência do desenvolvimento de dependências com substâncias químicas

Vários documentos e estudos nacionais foram consultados para fazer este diagnóstico sobre a situação das dependências entre os jovens em Portugal. Para cada substância psicoativa, serão apresentados a idade e sexo dos consumidores, o contexto e os resultados negativos.

Todas as substâncias ilícitas

A prevalência do consumo de qualquer droga em Portugal tem vindo a aumentar desde 2015. Destacam-se os seguintes dados:

- Portugal registou taxas de prevalência do consumo de qualquer droga (14%) abaixo das médias europeias.
- Em 2019, numa investigação com jovens de 18 anos, a prevalência de uso de qualquer droga foi de 35% ao longo da vida, 28% nos últimos 12 meses e 17% nos últimos 30 dias.
- Em 2018, cerca de 4% dos alunos de 6º, 8º e 10º anos, usaram drogas nos últimos 30 dias (3% em 2014 e 6% em 2010), e cerca de 1% fá-lo regularmente;



- Em 2019, a prevalência de uso ao longo da vida de qualquer droga em estudantes de 13 a 18 anos era de 15% e de uso recente de 13%.
- A prevalência do consumo de qualquer droga aumenta com a idade - entre 3% (13 anos) e 31% (18 anos) no caso de experimentação e entre 2% (13 anos) e 27% (18 anos) no consumo recente, com exceções, dependendo da substância.
- Entre 2015 e 2019, a prevalência do consumo de qualquer droga em estudantes dos 13 aos 18 anos registou um decréscimo no nível de experimentação (de 18% para 15%).
- Quanto às outras drogas ilícitas, Portugal foi um dos poucos países em que aumentou a prevalência do consumo de outras drogas que não a cannabis entre 2015 e 2019 (nomeadamente ecstasy).
- Em 2019, face às médias europeias, os estudantes portugueses perceberam o consumo regular e ocasional de várias substâncias como de “maior risco”; a situação oposta ocorre em relação à experimentação. Os resultados também mostraram uma diminuição na perceção do risco associado ao uso de drogas entre 2015 e 2019.

Cannabis

Nos estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, a cannabis emergiu sempre como a droga com maior prevalência de consumo em diferentes contextos e fases do ciclo de vida.





As seguintes conclusões destacam-se:

- Em 2019, a cannabis voltou a emergir como a substância com maior prevalência de consumo (33% ao longo da vida, 27% nos últimos 12 meses e 16% nos últimos 30 dias) fora do consumo recente e atual, na maioria das faixas etárias. Mais da metade dos consumidores declarados consumiu apenas 1 a 2 vezes (31%) ou 20 ou mais vezes (30%) nos últimos 12 meses. Cerca de 4% dos entrevistados (26% dos consumidores atuais) relataram ter um consumo diário / quase diário nos últimos 30 dias.
- Entre as populações escolares, a cannabis continua a ter uma prevalência de uso muito maior do que outras drogas.
- Entre 2015-2019, a prevalência do consumo de cannabis entre todos os alunos dos 13 aos 18 anos registou um decréscimo no nível de experimentação (de 16% para 13%).
- O consumo atual continua a ser maioritariamente ocasional, com a maioria dos consumidores a consumir 1 a 5 vezes nos últimos 30 dias, sendo que cerca de 2% dos alunos de 18 anos (15% dos consumidores) consumiram diariamente / quase diariamente.
- 3,8% dos estudantes portugueses foram classificados como consumidores de cannabis de alto risco de acordo com o Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (médias europeias: 4,0%).
- Cerca de 2% desses alunos experimentaram cannabis com a mesma idade ou com menos de 13 anos (3% em 2015), a mesma proporção que a média europeia.



- A cannabis continuou a ter a maior prevalência de consumo, em qualquer um dos anos de escolaridade, com cerca de 1%, 4%, 11% e 26% dos alunos do 6º, 8º, 10º e 12º anos a declarar já ter experimentado .
- O uso de cannabis continua a ser mais expressivo nos rapazes do que nas raparigas, conforme demonstrado pela prevalência do consumo recente e atual (32% e 21% no grupo masculino, contra 22% e 12% no grupo feminino).
- Uma análise da evolução do uso de cannabis entre 2015 e 2019, de acordo com o género, nível de escolaridade e situação em relação ao trabalho, permitiu verificar os maiores incrementos entre as raparigas e também no grupo de jovens estudantes (principalmente no Ensino Superior).
- Cannabis é a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem a um menor risco elevado para a saúde.
- Nos indicadores de “problemas relacionados com o consumo”, a cannabis foi a principal droga mais referida pelos novos utilizadores ambulatoriais, com um aumento do número de consumidores que recorreram ao tratamento com cannabis como a principal droga.



- Apenas uma minoria de consumidores afirma ter experimentado consequências de efeitos negativos no consumo de cannabis (mais de 85%).
- As situações mais frequentes relacionadas às consequências negativas do uso de cannabis foram o menor efeito da droga, o forte desejo pelo produto e não a resistência ao uso de cannabis.
- Dos consumidores de cannabis que relataram ter problemas de saúde como resultado do consumo, apenas cerca de 1/4 parou de consumir.
- Cerca de 1/3 das pessoas que usam cannabis disseram que não conseguem imaginar sua vida sem o uso de cannabis.



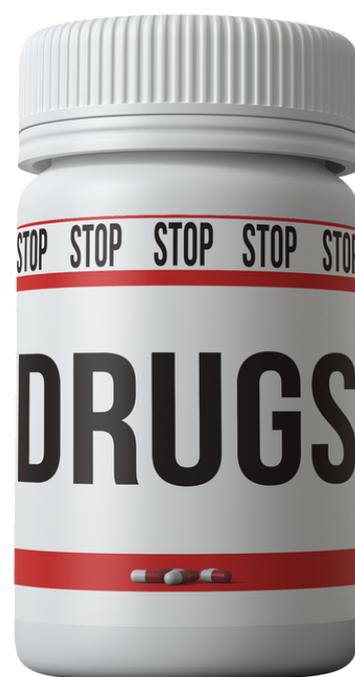
Cocaína

Estudos epidemiológicos nacionais mostram que a cocaína é uma das substâncias mais utilizadas entre os jovens:

- Nos estudos de 2018 e 2019 em populações escolares, a cocaína continua a emergir como a segunda droga com maior prevalência de uso entre os alunos mais jovens, embora muito abaixo da cannabis e próximo de outras drogas.
- Entre 2015 e 2019 houve um ligeiro decréscimo na prevalência da cocaína na maioria das idades escolares, sendo mais relevante em termos de experimentação.
- Relativamente às perceções sobre a acessibilidade, 12% dos estudantes portugueses a partir dos 16 anos afirmaram ser fácil ou muito fácil obter cocaína, proporção próxima de 2015 (11%) e da média europeia de 2019 (13%).
- Nos indicadores sobre os problemas relacionados ao consumo, a cocaína continua a ter um papel relevante, aparecendo em 2019, mais uma vez em terceiro lugar como a principal droga dos consumidores em ambulatório, ganhando cada vez mais importância entre os pacientes readmitidos e novos consumidores.



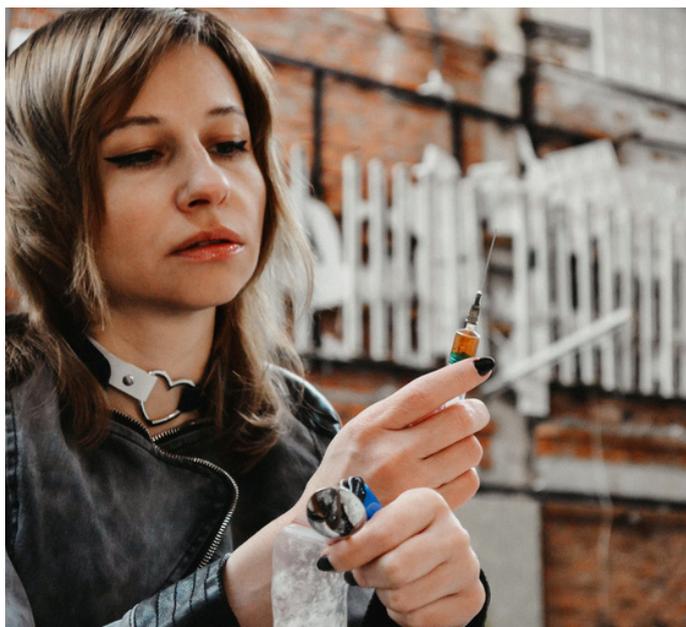
- Dois em cada dez consumidores de cocaína relatam ter necessidade de recorrer a ajuda devido ao seu consumo. Destes, mais da metade recorreu a centros de saúde / clínicas de reabilitação, mais de 20% afirmam ter recorrido a ajuda especializada e 15% referem-se aos Centros de Apoio à Toxicodependência.
- 1/3 dos consumidores de cocaína relatou sentir sintomas como forte desejo pela substância, não conseguir resistir ou não realizar atividades importantes para comprar e consumir cocaína.
- 17% dos consumidores de cocaína relataram problemas de saúde, mas a grande maioria (80%) continuou a consumir.
- Quase todos (92,2%) dos consumidores de cocaína conseguem conceber a vida sem recorrer à substância. A percentagem de mulheres que não concebem a vida sem o uso de cocaína é o dobro da dos homens.
- A cocaína continua a desempenhar um papel muito importante na mortalidade, quase sempre associada a outras substâncias, tendo sido a substância predominante nas overdoses registadas em 2019. Verificou-se um aumento das overdoses de cocaína pelo terceiro ano consecutivo, atingindo em 2019 o maior valor da década.



Heroína

Os diversos estudos epidemiológicos nacionais mostram que o uso de heroína vem perdendo relevância em comparação com outras drogas:

- Na população geral, em 2016/17, a heroína apareceu com prevalência de consumo residual na população de 15 a 74 anos e ainda mais na população de 15 a 34 anos.
- Em 2019, no inquérito nacional aos maiores de 18 anos, os opioides voltaram a emergir com as menores prevalências de consumo em comparação com as outras drogas.
- Entre as populações escolares, a prevalência do uso de heroína continua a ser menor.
- No que diz respeito às perceções sobre a acessibilidade, entre os portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, verifica-se um aumento da perceção de maior facilidade de acesso à heroína, sendo a média em Portugal superior às médias europeias.



- Nos indicadores “problemas relacionados ao consumo”, em 2019, mais uma vez a heroína perdeu importância na maioria dos grupos de consumidores que recorreram ao tratamento.
- 1/3 dos consumidores de heroína relatam ter necessidade de recorrer a ajuda devido ao seu consumo. Destes, 34% recorreram aos centros de saúde / clínicas de reabilitação, 33% afirmam ter recorrido a ajuda especializada e 23% referem-se aos Centros de Apoio à Toxicodependência.
- Dos que relataram ter problemas de saúde devido ao uso de heroína, apenas cerca de 15% pararam de usar a substância.
- 88% dos consumidores de heroína conseguem conceber as suas vidas sem o uso da substância. A percentagem de mulheres que não concebem a vida sem o uso de heroína é mais do que o dobro da dos homens.

Ecstasy.

Em estudos epidemiológicos nacionais, o consumo de ecstasy tem prevalência de uso próximo à cocaína.

- Na população geral, em 2016/17, o ecstasy perdeu importância relativa em relação à cocaína, aparecendo como a terceira droga mais consumida na faixa etária de 15 a 34 anos.



- Nos estudos mais recentes em populações escolares (2018 e 2019), o ecstasy aparece novamente como a segunda droga com maior prevalência de consumo entre os alunos mais velhos, embora muito distante da cannabis e próxima de outras drogas.
- Mais uma vez, o ecstasy foi considerado pelos estudantes portugueses com 16 anos como menos acessível do que a cannabis e a tendência nos últimos anos tem sido diminuir a percepção da facilidade de acesso ao ecstasy.
- Entre 2015 e 2019, verificou-se que os alunos portugueses de 16 anos diminuíram a percepção dos riscos para a saúde associados à experimentação de ecstasy.
- Nos vários indicadores de problemas relacionados com o consumo, o ecstasy continua a ter um papel residual. A grande maioria dos consumidores de ecstasy não declara consequências associadas ao consumo. Todos aqueles que declararam ter problemas de saúde decorrentes do consumo de ecstasy continuaram a consumir.
- Na procura por tratamento, as referências ao ecstasy como medicamento principal permanecem muito residuais (menos de 1%). A esmagadora maioria dos consumidores de ecstasy declara que nunca recorreu à ajuda devido ao seu consumo.
- 81,5% dos consumidores de ecstasy conseguem conceber a vida sem o uso da substância. Essa percentagem é de 90,8% para os homens e apenas 40,4% para as mulheres.



Outras drogas ilícitas (anfetaminas, alucinogénios e tranquilizantes / sedativos não prescritos)

Em relação a outras drogas, estudos epidemiológicos nacionais apontam, de forma diferente, para prevalências de consumo muito próximas entre si.

- Em 2019, no inquérito nacional aos jovens de 18 anos, novamente depois da cannabis e com prevalência muito inferior, apareceram anfetaminas / metanfetaminas (incluindo o ecstasy) e tranquilizantes / sedativos não prescritos.
- Os alucinogénios apresentaram prevalência de consumo próxima à da cocaína.
- Em 2019, face à média europeia, os alunos portugueses declararam ter menos facilidade de acesso às anfetaminas.
- Nos estudos mais recentes com populações escolares (2018 e 2019), as prevalências de uso de anfetaminas e alucinogénios foram, em geral, próximas, com um ligeiro aumento do consumo de anfetaminas e LSD em várias faixas etárias.
- Entre 2015 e 2019 constatou-se, entre os jovens de 16 anos, uma diminuição na perceção do risco do uso de anfetaminas.
- Nos indicadores de problemas relacionados ao consumo, a referência isolada às anfetaminas e alucinogénios permanece residual; as referências são mais expressivas em hipnóticos / sedativos e policonsumo de drogas, tanto em termos de procura por tratamento quanto de mortalidade.



- Aproximadamente 8% dos consumidores de medicamentos não prescritos sentiram, nos últimos 12 meses, a necessidade de reduzir o consumo e 19% sentiram o mesmo por mais tempo.
- Entre outros problemas associados ao consumo estão os sentimentos de culpa e receber críticas de pessoas próximas.
- Cerca de metade dos consumidores não consegue imaginar a vida sem o consumo de medicamentos. Esse sentimento de dependência é um pouco maior quando se trata do consumo em mulheres.
- Todos os consumidores de anfetaminas relatam nunca ter recorrido a ajuda devido ao seu consumo.
- Mais de 60% dos que declararam ter problemas de saúde decorrentes do consumo de anfetaminas continuaram a consumir.
- Pouco mais de 80% dos consumidores de anfetaminas concebem as suas vidas sem o consumo de anfetaminas. A percentagem de mulheres que não concebem a vida sem o uso de anfetaminas é de quase 3 em cada 10.
- Um em cada dez consumidores de LSD pode conceber a sua vida sem recorrer à substância



Álcool

- Em 2019, a prevalência de consumo ao longo da vida de qualquer bebida alcoólica entre estudantes de 13 a 18 anos era de 68% e, para o consumo recente e atual, 59% e 38%.
- Em 2019, 41% dos estudantes portugueses de 16 anos começaram a consumir bebidas alcoólicas cedo e 5% beberam quando tinham 13 anos ou menos.
- Entre os alunos de 13 a 18 anos, a prevalência de embriaguez leve nos últimos 12 meses foi de 32% e de 20% nos casos de embriaguez grave. A prevalência de consumo excessivo de álcool nos últimos 30 dias foi de 20%.
- A prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica aumenta com a idade - entre 32% (13 anos) e 90% (18 anos) no caso de experimentação, entre 21% (13 anos) e 85% (18 anos) no consumo recente, e entre 9% (13 anos) e 66% (18 anos) no consumo atual.
- Não houve diferenças significativas entre os sexos na prevalência de consumo recente (principalmente em idosos, sendo ainda mais prevalente nos rapazes entre os mais jovens); relativamente à embriaguez e compulsão alimentar, as diferenças foram mais evidentes nos alunos mais velhos (principalmente 18 anos), com os rapazes declarando mais esse tipo de prática. Ressalta-se também, entre os mais jovens (14 e 15 anos), a inversão dessa relação entre os sexos, no sentido de maior prevalência de embriaguez e compulsão alimentar nas raparigas em relação aos rapazes.



- As diferenças entre os sexos tendem a confundir-se tanto no consumo recente, como na embriaguez e consumo excessivo de álcool, e em 2019, deve-se observar a superioridade da embriaguez nas raparigas.
- Em relação à perceção do risco associado ao consumo de álcool, 32% dos estudantes de 16 anos afirmaram que o consumo diário / quase diário de 1/2 bebida alcoólica é de alto risco, passando para 75% para 4/5 bebidas. Cerca de 66% consideram que beber 5 ou mais bebidas no fim de semana é de alto risco.
- Mais de 90% dos consumidores afirmam não sentir nenhuma consequência relacionada ao consumo de álcool.
- De entre as consequências sentidas, as mais comuns são: a necessidade de redução do consumo; a existência de críticas por parte de pessoas próximas; sentimentos de culpa; forte desejo por bebidas alcoólicas sem poder resistir e a sensação de que a mesma quantidade de bebida produz um efeito menor.
- Há também aqueles que relatam a existência de problemas de saúde que atribuem ao consumo de bebidas alcoólicas. Destes, cerca de 20% afirmam ter continuado a consumir nos últimos 12 meses e 40,5% continuaram a consumir.
- Relativamente às notificações de perigo comunicadas às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, em 2019, no conjunto de 7.657 notificações, 320 (4%) estavam relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas.



- Por outro lado, dos 4.666 relatos de exposição a comportamentos que podem comprometer o bem-estar e o desenvolvimento da criança / jovem, 628 (13%) foram relacionados ao consumo de álcool. Em relação a 2018, os sinais relativos ao consumo de álcool aumentaram + 99% no conjunto, sendo os valores de 2018 e 2019 os mais elevados dos últimos sete anos.

Tabaco

- Mais de 90% dos fumadores portugueses começaram a fumar antes dos 25 anos.
- O uso de tabaco entre os jovens de até 16 anos tem vindo a diminuir desde 2003. A idade média de início do consumo de tabaco relatada pela população entre 15 e 24 anos passou de 15 para 16 anos.
- 30,9% dos jovens inquiridos disseram já ter experimentado fumar tabaco.
- Os rapazes têm maior probabilidade de experimentar tabaco do que as raparigas: 10,2% dos rapazes e 9,1% das raparigas são consumidores regulares de tabaco.
- O consumo de tabaco aumenta com a idade, com 12,3% dos rapazes e 8,6% das raparigas a consumirem tabaco regularmente aos 15 anos e 6,1% dos rapazes e 4,0% das raparigas a fumar ocasionalmente.
- 40% dos jovens que fumam fazem-no em 40 ou mais ocasiões.



3.2.2. Prevalência do desenvolvimento de adições sem substância ou comportamentais

Em Portugal, os estudos existentes sobre adições não relacionadas com substâncias incidem principalmente na utilização da Internet e das redes sociais e nos jogos de azar e apostas. Desta forma, os dados que serão apresentados levam em consideração estas duas questões:

Internet

- Do total da população geral em Portugal, 60,4% utilizam a Internet, dos quais 40,9% são utilizadores diários. Valores de dependência moderada ou alta de Internet são mais prevalentes entre os mais jovens (15-24 anos) e na população masculina.
- A maioria dos jovens já teve contacto com a internet, tendo começado a usá-la antes dos 15 anos: 35% declararam ter começado a usar antes dos 10 anos e os rapazes declaram começar a usar mais cedo do que as raparigas.
- 25% dos jovens utilizam as redes sociais 4/5 horas por dia e 25% 6 ou mais horas por dia.
- Em 2015 e 2019, a prevalência de utilização de redes sociais, nomeadamente por 6 horas ou mais por dia, é semelhante nos diversos segmentos populacionais (consoante o sexo, nível de escolaridade e situação em relação ao trabalho).





- Contudo, no que se refere ao uso mais intensivo, as raparigas, os jovens com menor escolaridade (até o 9º ano) e os desempregados parecem passar mais horas nas redes sociais.
- 73,3% dos jovens, entre 14 e 25 anos, apresentavam sintomas sugestivos de dependência de internet. Destes, 13% apresentavam níveis graves de dependência e 52,1% dos inquiridos consideravam-se “dependentes da Internet”.
- Crianças, adolescentes e estudantes universitários são a população mais vulnerável a esse tipo de dependência.
- Em 2019, como em anos anteriores, 25% dos jovens declararam ter vivenciado problemas que atribuem ao uso da internet, experiência que tem aumentado ligeiramente, principalmente entre as raparigas.
- Os problemas mais citados referem-se ao desempenho na escola / trabalho, situações de mal-estar emocional e problemas de comportamento em casa.
- Existe uma relação significativa e positiva entre o uso problemático da Internet e os distúrbios do sono, e uma relação negativa com o bem-estar psicológico.
- Os jovens que apresentam sinais de dependência do mundo online também apresentam sintomas de isolamento e, às vezes, depressão. Entre os entrevistados que apresentam sinais de dependência, quase um quarto (22,1%) apresenta altos níveis de isolamento social.



Jogos

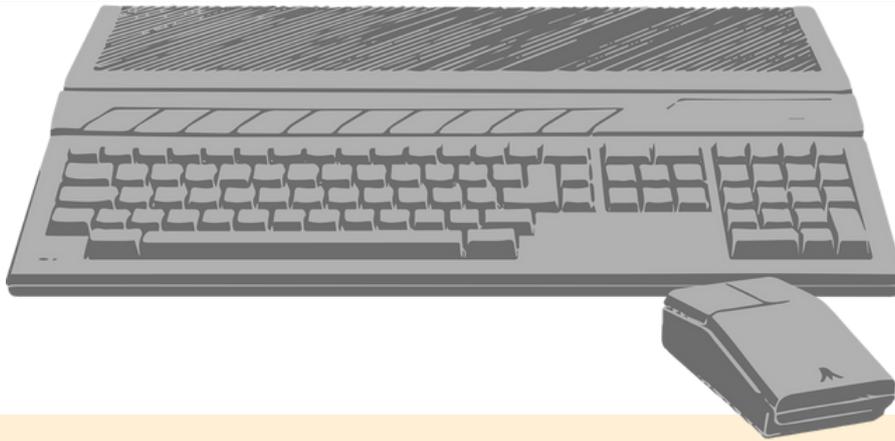


- A prevalência do jogo online entre os jovens parece estar a aumentar, aparentemente mais no que diz respeito ao jogo sem apostas.
- 1 em cada 2 jovens joga online, com 15% a jogar a dinheiro (apostas). Em ambos os casos, a maioria dos jogadores joga menos de 2 horas por dia.
- Essa é uma prática mais comum entre os rapazes, pessoas com menos escolaridade e desempregados.
- A prevalência de jogos na Internet é muito maior em rapazes (perto de 80%, durante a semana ou no fim de semana) em comparação com as raparigas (perto de 30% em ambos os períodos: cerca de 3 meninos para cada menina).
- 7% dos jovens referiram jogar 6 ou mais horas por dia durante a semana, além de 9% que referiram jogar no fim de semana.

Apostas

- Menos de 2 em cada 10 jovens jogam na Internet jogos de azar.
- 15% dos jovens afirmaram apostar na internet.
- Entre aqueles que jogam jogos de azar, o tempo gasto na internet nesta atividade também é predominantemente inferior a 2 horas por dia (durante a semana ou no fim de semana)





- É uma prática mais comum entre os rapazes, pessoas com menos escolaridade e desempregados.
- A discrepância é de cerca de 25% para rapazes a 5% para raparigas: 5 rapazes para cada rapariga a apostar.

3.2.3. Percepção e opinião da população sobre o desenvolvimento de dependências

Não existem muitos estudos sobre a percepção da população portuguesa sobre as dependências. No entanto, investigações sobre “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE COMPORTAMENTOS ADITIVOS” têm sido realizadas com jovens (15-34 anos) presentes no festival de música “Rock in Rio” (o último em 2018). Os resultados mostram que:

1. Dependência química ou de substâncias

- Existe uma tendência para uma visão negativa dos comportamentos aditivos relacionados com o uso de substâncias, nomeadamente o uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Para os entrevistados, pensar em comportamentos aditivos é pensar principalmente no uso de substâncias psicoativas, com destaque para as bebidas alcoólicas (cerveja, sobretudo) e as substâncias ilícitas (cannabis, sobretudo, mas também a cocaína).
- O consumo de bebidas alcoólicas é visto como o principal comportamento aditivo entre os jovens portugueses e, sobretudo, entre a população idosa.





- No inverso, na perspectiva dos entrevistados, o uso de drogas ilícitas é um tema com maior expressão apenas entre os jovens.
- Entre as substâncias ilícitas, a cannabis parece gozar de um estatuto especial, sendo vista de uma forma mais padronizada e menos estereotipada do que a categoria simbólica “drogas”. No entanto, isso não significa que os entrevistados tenham uma visão positiva da cannabis ou considerem o seu uso benéfico para a saúde. Na verdade, há mais entrevistados que associam a coisas prejudiciais do que aqueles que associam a algo positivo, e há mais entrevistados que afirmam não consumir a substância e expressam rejeição e distanciamento do que o contrário.
- Nas respostas dos entrevistados, prevalece uma visão negativa dos comportamentos de dependência. No entanto, em geral, o lado problemático está ausente das suas respostas. Isto é particularmente claro no caso da cannabis, uma vez que a percentagem de inquiridos que a associa imediatamente a problemas específicos, dependência ou consequências para a saúde é muito pequena.
- A figura do consumidor / utilizador da substância como alguém socialmente marginalizado ou excluído também está ausente nas suas respostas.
- Existe um claro desconhecimento da legislação em vigor no que diz respeito ao consumo de drogas em geral e à cannabis em particular, o que se traduz em noções imprecisas e confusão sobre o estatuto jurídico da substância.
- Os entrevistados são a favor da legalização de drogas para fins terapêuticos, mas estão divididos sobre a sua legalização para fins recreativos.



3.3. CONTEXTO DAS ADIÇÕES EM JOVENS NA ROMÊNIA

3.3.1. Prevalência do desenvolvimento de dependências com substâncias químicas

40,3% da população jovem romena está em risco de pobreza ou exclusão social e, além disso, o consumo de drogas aumenta. Foi interessante avaliar as atitudes partilhadas pelos alunos, bem como o seu conhecimento sobre estas substâncias, com vista a analisar as causas e tipos de comportamentos de risco nos jovens.

A amostra foi composta por 1.980 alunos com idade média de 17 anos, dos quais 1.727 responderam corretamente ao questionário.

- 37,4% dos alunos admitem fumar e os 67% ingerir bebidas alcoólicas.
- O teste de Fagerström mostrou que 68,2% dos entrevistados não são altamente dependentes de tabaco, enquanto 31,8% estão associados a um nível de dependência médio a alto.
- Um consumo semanal preocupante de cerveja tem sido registado entre os alunos.
- Em relação ao sofrimento psíquico causado pelo bullying, foi registado um rácio elevado entre fumadores e consumidores de drogas.
- Mais da metade dos alunos desconhecia as consequências do tabagismo para a saúde, e o mesmo resultado foi registado sobre o consumo de álcool.
- Uma atenção especial deve ser dada à compreensão do problema do bullying nos jovens. Na verdade, quase todos os entrevistados declaram ter sofrido abusos e admitem consumir drogas e tabaco.



Idade de início e género

Estatísticas de todo o mundo mostram que o maior número de consumidores são jovens (Popescu et al., 2004).

Adolescentes e jovens constituem uma população vulnerável ao uso de drogas, pois são muito mais recetivos a novas e extremas experiências.

Por exemplo, uma estatística sobre o uso de drogas na Alemanha e na França indica que cerca de 50% dos jovens nesses países foram ou são consumidores de drogas.

Observa-se que a idade de início do consumo de drogas diminuiu drasticamente, atingindo casos de crianças que consumiam já aos 10-12 anos na Roménia.

Os Centros de Prevenção e Controle do Uso Tóxico por Adolescentes fornecem as seguintes informações:

- cerca de 10% dos adolescentes fumam até 15 cigarros por dia, 20 dias por mês (embora a percentagem esteja a aumentar constantemente). O tabaco tem vários efeitos prejudiciais a longo prazo e também é viciante. Um adolescente que fuma há mais de 1 ano tem 80% de probabilidade de se tornar dependente.
- cerca de 75% dos alunos do ensino secundário bebem álcool ocasionalmente. Destes, 28% relatam episódios de consumo excessivo de álcool (mais de 5 bebidas fortes em poucas horas). Uma das principais causas de morte entre adolescentes são os acidentes de carro causados pelo consumo excessivo de álcool.

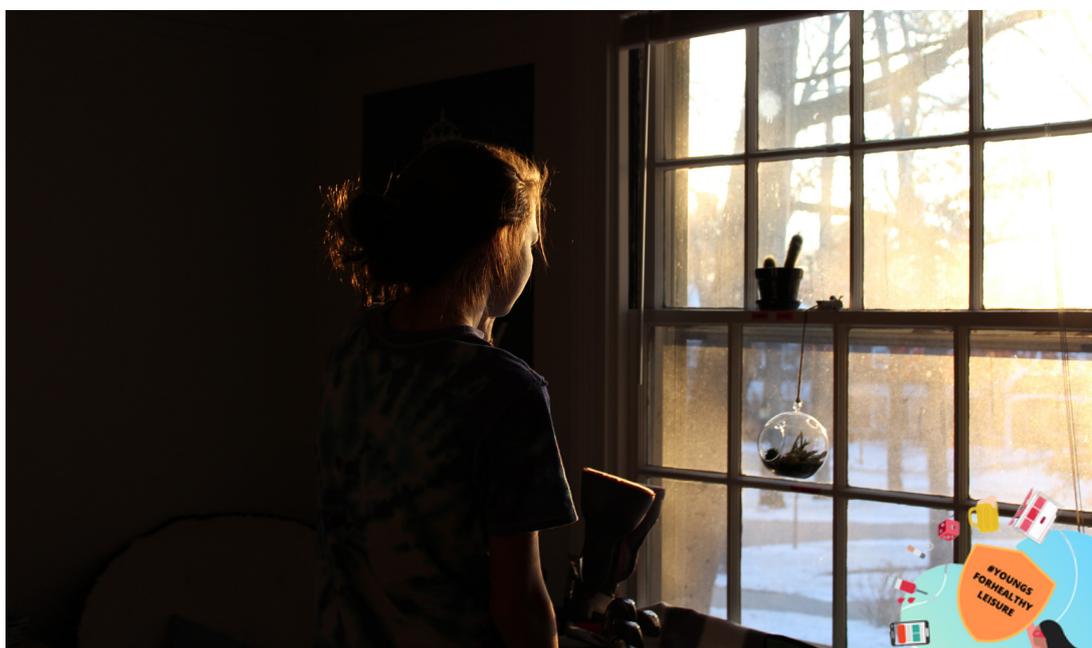


- O consumo de álcool diminui as inibições específicas da idade e predispõe o adolescente a uma vida sexual inadequada (sexo desprotegido), o que aumenta o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível (HIV-AIDS, herpes, clamídia) ou a ocorrência de uma gravidez indesejada.
- Cerca de 40% dos adolescentes experimentaram cannabis pelo menos uma vez, enquanto 22% deles usam a droga com frequência. A cannabis é uma opção comum entre adolescentes e pode causar perda de memória, prejuízo cognitivo (aprendizagem) ou transtorno de déficit de atenção.
- Cerca de 9% dos adolescentes experimentaram cocaína, enquanto 4% usam essa droga com frequência (pelo menos uma vez por mês).

Idade média de início do consumo de drogas.

De acordo com o relatório da investigação, em relação ao início do consumo de drogas, para todos os tipos de drogas analisados, a menor média de idade de início é entre os adolescentes do sexo masculino, conforme segue:

- 11 anos - no uso de medicamentos para dormir,
- 13 anos - no uso de antidepressivos,
- 14 anos - no uso de sedativos / tranquilizantes e no uso de inalantes,
- 14,5 anos - no uso de SNPP.



Em comparação com os rapazes, as raparigas parecem começar a usar drogas mais tarde, já que a menor idade média de início entre as elas é de 15 anos para SNPP e antidepressivos, respetivamente.

Dependendo do género, observou-se o seguinte:

- a maioria dos beneficiários é do sexo masculino (a relação M / F é de 3,2);
- para ambas as categorias de beneficiários, houve uma maior proporção de recaídas e os pedidos de assistência para uso de opiáceos predominaram;
- para beneficiários do sexo masculino, houve maior diversidade para a droga principal, uma maior proporção de admissão para cuidados de SNPP e cannabis e um valor mais baixo para a idade mínima de início (8 anos) e de admissão ao tratamento (12 anos);
- a maioria dos beneficiários começou a consumir aos 17 anos e solicitou assistência, em média, após cerca de 6 anos de consumo; a administração injetável e o consumo diário predominam;
- para as beneficiárias, foi registada maior proporção de atendimentos relativos ao consumo de hipnóticos e sedativos; a maioria iniciou o consumo aos 15 anos e solicitou assistência, em média, após cerca de 5 anos de consumo; a administração oral e o consumo diário predominam.



Quanto às características dos consumidores de drogas:

- os rapazes usam drogas com mais frequência do que as raparigas;
- jovens mais velhos e de classe alta usam drogas com mais frequência;
- são mais propensos ao uso de drogas, por um lado, os jovens cujos pais têm baixa escolaridade e status social inferior e que não possuem os recursos e competências para orientar e aconselhar seus filhos e, por outro lado, os jovens que vêm de famílias com educação superior e status elevado que podem fornecer recursos para o uso de drogas e que não têm tempo para supervisionar os seus próprios filhos;
- os jovens mais expostos ao uso de drogas são aqueles com maus resultados na escola e aqueles que repetiram os anos escolares;
- as próprias famílias influenciam o uso de drogas pelo estilo excessivamente autoritário, pelo clima familiar caracterizado por discussões frequentes entre pais e filhos, entre os membros do casal conjugal, pela desestruturação da família pelo divórcio, bem como pelo alcoolismo dos pais.

Tipos de substâncias mais consumidas

O consumo abusivo de álcool é a causa de 25% das mortes entre homens jovens (entre 15 e 29 anos), está associado a até 60% dos casos de violação, a até 70% dos casos de violência doméstica, com 40% dos crimes e a 1 em 6 suicídios.





Números registados pela ALIAT - Associação de Combate ao Alcoolismo e Toxicodependência - de 1993 até agora:

- mais de 15.000 pessoas viciadas em drogas injetáveis
- mais de 1000 pessoas que abusam do álcool ou são membros de uma família em que existe alcoolismo.

Os jovens na Roménia estão a enfrentar problemas significativos com o álcool.

Um novo estudo descobriu que jovens romenos com idades entre 18 e 24 anos pagam mais pelo álcool. Por exemplo, gastam 17 vezes mais em álcool do que em cultura.

Foram gastos 70 RON (€ 15) em álcool, enquanto apenas 4 RON (menos de € 1) foram gastos em cultura. De acordo com o estudo, vários critérios afetam quanto os jovens gastam com álcool. Isso inclui o preço, a marca e os anúncios.

Há evidências robustas de que o marketing de álcool direcionado aos jovens afeta os seus níveis de iniciação e consumo de álcool.

A indústria do álcool investe fortemente no marketing do álcool justamente por esse motivo.

De acordo com Marius Luican, o líder da investigação, o consumo de álcool na Roménia é possivelmente muito maior do que os números oficiais, pois 50 a 60% do álcool destilado é vendido sem impostos.

O consumo total de álcool per capita é maior do que a média europeia para rapazes romenos nas categorias de 15 a 19 e 20 a 24 anos.

O consumo das raparigas dos 15 aos 19 anos é igual à média europeia mas, novamente, das raparigas dos 20 aos 24 anos, o consumo é superior à média europeia.



O consumo excessivo de álcool também é mais alto do que as médias europeias para todos os jovens de todas as idades e gêneros.

Em comparação com outros países europeus, **o uso de substâncias ilícitas na Romênia é baixo**, mas tem aumentado nos últimos anos.

A cannabis é a mais comum, mas 2,5% dos adultos romenos relatam que já experimentaram um NPS pelo menos uma vez na vida. Houve mais de 3.000 emergências relacionadas com drogas na Romênia em 2017, com um terço delas vinculadas ao NPS. Num quinto das emergências, estava envolvido álcool ou mais de uma droga.

Combinar drogas ou combinar drogas e álcool é imprudente, causando sintomas desagradáveis como náuseas e vômitos e, às vezes, sintomas perigosos, como problemas cardiovasculares.

3,8% dos adolescentes investigados já experimentaram pelo menos uma vez na vida um ou outro tipo de droga. Ao mesmo tempo, restringindo a amostra estudada apenas a adolescentes de 14 a 18 anos, os autores concluem que a prevalência do uso de drogas ao longo da vida é de 5,4% e, além disso, caso a amostra seja mais restrita, a percentagem de adolescentes com a idade de 14 anos ou mais nas áreas urbanas que já usou drogas é de 7,5%.





- 2,3% dos adolescentes relataram consumir cannabis, 1% ecstasy, 1% novas substâncias com propriedades psicoativas (também conhecidas como “etnobotânicos”), 1% tomou comprimidos para dormir, 1% sedativos, 1% substâncias alucinogênicas e 1% inalantes.
- O uso de drogas parece ser mais prevalente entre os rapazes, enquanto entre as raparigas o uso de sedativos, comprimidos para dormir e antidepressivos é mais comum.
- O uso de drogas é menor entre adolescentes de 10 a 13 anos, em comparação com a outra faixa etária analisada, respetivamente de 14 a 18 anos, sendo a maior prevalência ao longo da vida entre adolescentes dessa idade na categoria de consumo de inalantes, alucinogénios, sedativos / tranquilizantes e comprimidos para dormir (0,8%).
- Entre adolescentes de 10 a 13 anos, a maior prevalência ao longo da vida está no uso de crack e comprimidos para dormir (0,5%).
- Nenhum dos adolescentes menores de 14 anos investigados consumia heroína. 0,3% dos idosos já haviam consumido esse tipo de droga. Dependendo do ambiente de residência, o consumo de drogas é raro em adolescentes nas aldeias. Além disso, nenhum adolescente rural usou heroína, enquanto 0,3% dos que vivem em áreas urbanas o fizeram. Nos últimos 30 dias, 2,3% dos adolescentes nas áreas urbanas usaram cannabis até três vezes, ao contrário dos adolescentes nas áreas rurais que não a usaram nenhuma vez.



3.3.2. Prevalência do desenvolvimento de adições sem substância ou comportamentais

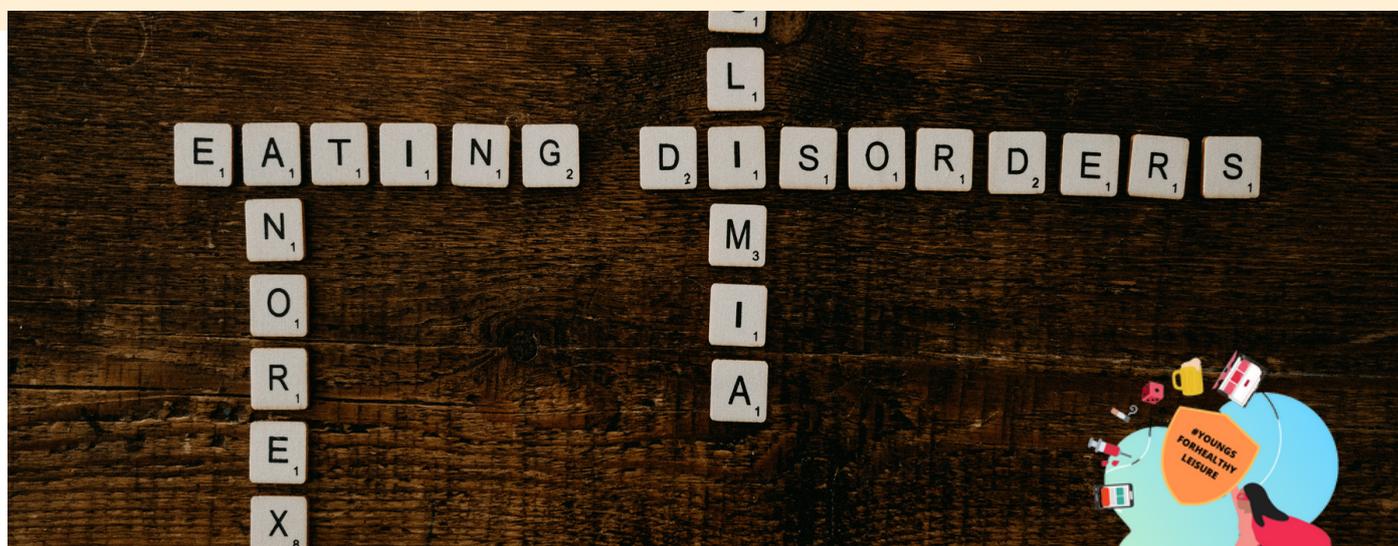
Dependência de jogos de apostas

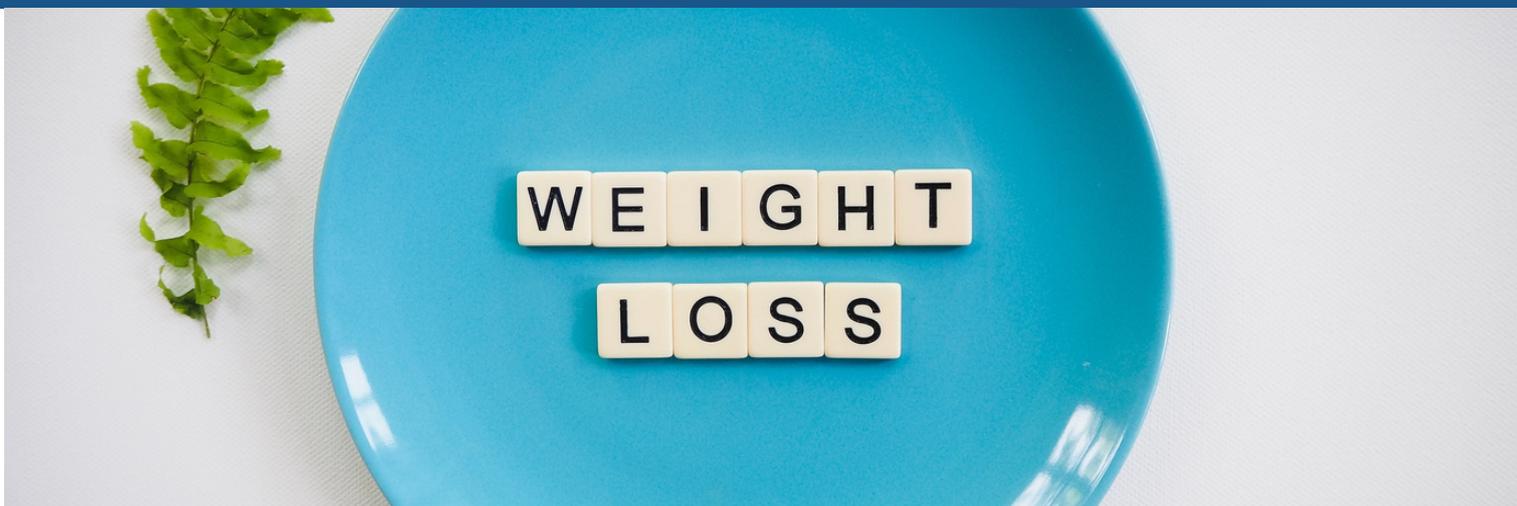
De acordo com o estudo "Jogo na Roménia", a incidência de jogos de azar no país é de 15%. Assim, de acordo com o referido estudo, 2,4 milhões de indivíduos maiores de 18 anos já praticaram jogos de azar pelo menos uma vez, e a maioria dos jogadores são homens entre 18 e 24 anos, solteiros, provenientes de áreas urbanas. A incidência de desenvolvimento de problemas de jogo entre a população romena com mais de 18 anos é de 0,6%, respetivamente 98.000 indivíduos.

Adição à comida

Mais de 400.000 pessoas na Roménia sofrem de um distúrbio alimentar visível (anorexia, bulimia ou EDNOS).

- A taxa de mortalidade associada à anorexia nervosa é 12 vezes maior do que as taxas de mortalidade de todas as causas de morte para mulheres de 15 a 24 anos.
- 20% das pessoas que sofrem de anorexia nervosa morrem prematuramente devido a complicações causadas por distúrbios alimentares, incluindo suicídio e problemas cardíacos.
- A anorexia é a terceira doença crónica mais comum entre adolescentes.
- 95% das pessoas com transtorno alimentar têm entre 12 e 25 anos.
- 50% das meninas de 11 a 13 anos são consideradas gordas.





- 80% dos jovens de 13 anos já tentaram perder peso
- 51% das meninas de 9 a 10 anos sentem-se mais valorizadas, mais aceitas se fizerem uma dieta para emagrecer.
- Metade dos jovens de 18-25 anos prefere ser atropelada por um caminhão do que ser gorda, e 2/3 prefere ser má do que gordo.
- 42% das raparigas do 1º ao 3º ano querem ser mais magras.
- 46% das meninas de 9-11 anos estão "às vezes" ou "com muita frequência" a fazer dieta, e 82% de suas famílias fazem "às vezes" ou "com muita frequência" uma dieta.
- 91% dos alunos fizeram pelo menos uma tentativa de manter o peso sob controle por meio da dieta, e 22% fazem-no "frequentemente" ou "permanentemente".

3.3.3. Perceção e opinião da população sobre o desenvolvimento de dependências

O Projeto de Inquérito Escolar Europeu sobre Álcool e Outras Drogas (ESPAD) apoia o desenvolvimento de políticas, estratégias e intervenções para alunos do ensino secundário.

Em 2011, a Roménia teve a quarta maior participação no projeto, que envolveu instituições como a Escola Nacional de Saúde Pública, Gestão e Desenvolvimento Profissional, a Agência Nacional Antidopping (NAA), o Ministério da Educação, Investigação, Juventude e Desporto, e as inspeções escolares do condado. Essas agências cooperaram com diretores de escolas e diretores de turmas selecionadas.



Em 2011, 2770 alunos romenos do ensino secundário com 16 anos participaram no ESPAD. No entanto, 9% dos pais e 2% dos alunos recusaram-se a participar, sendo estas as maiores percentagens de recusa entre todos os países ESPAD (média europeia de recusa de 1%).

Os adolescentes romenos participantes tinham um nível de abstinência de 9,2%, embora 33% tivessem experimentado embriaguez, uma taxa inferior à de 2003 e 2007 e 14% inferior à média dos países ESPAD.

Pelo menos uma vez na vida, 3,2% dos adolescentes participantes consumiram álcool com comprimidos.





3.4. CONTEXTO DAS ADIÇÕES EM JOVENS NO CHIPRE

3.4.1. Prevalência do desenvolvimento de dependências com substâncias químicas

Idade de início e género

É relatada uma forte ligação entre género e uso de drogas ilícitas, com taxas de prevalência para todas as drogas sendo mais altas entre os homens.

A idade média de experimentação de cannabis é 18-20 anos.

O consumo de novas substâncias psicoativas também se concentra na faixa etária de 15 a 34 anos, sendo os cannabinoídeos sintéticos as substâncias mais relatadas.

Tipos de substâncias mais consumidas

O consumo de cannabis e cocaína no Chipre está a aumentar nos últimos anos, de acordo com o Relatório Europeu sobre Drogas 2020. Ao mesmo tempo, regista-se uma ligeira diminuição no número de consumidores de heroína e um aumento no número de jovens consumidores de cocaína. Isto aliado a uma diminuição nas mortes relacionadas com as drogas - de 12 em 2018 para cinco em 2019.

De acordo com o relatório, a cocaína é o estimulante mais popular na população em geral.

Há também um aumento de dois pontos percentuais em relação à investigação anterior naqueles que afirmaram ter fumado cannabis - mesmo que apenas uma vez.



Especificamente, de 12,1% em 2016, essa percentagem passou para 14,1%.

Além disso, as percentagens para o consumo contínuo de drogas no ano atual aumentaram de 1,2% para 2,2%, enquanto aquelas para o consumo recente de drogas subiram de 2,2% em 2016 para 4% em 2019.

O uso de substâncias ilegais na população em geral com base no relatório é atualmente apresentado da seguinte forma:

Cannabis 8,1%,

Cocaína 0,9%,

MDMA (ecstasy) 0,4%

Anfetaminas 0,2%



Em relação ao consumo de cocaína por 1000 habitantes, a investigação mostra que em Limassol é de 272 pessoas e em Nicósia a 224.

Além disso, há um aumento no uso de cocaína em jovens de 15 a 34 anos, passando de 0,4% em 2016 para 0,9% em 2019.

Um aumento nos crimes relacionados com a cocaína também foi observado nos últimos anos.

Além disso, em 2019, os opiáceos eram a terceira substância mais consumida depois da cannabis e da cocaína.

Em relação ao uso de cannabis, os dados do inquérito à população em geral de 2019 indicam que a cannabis continua a ser a substância de abuso mais popular e com a prevalência mais elevada.

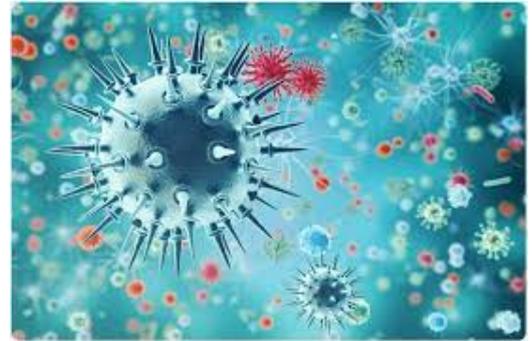
A idade predominante para o primeiro consumo de cannabis é 19 anos. A cannabis continua a ser a droga ilícita mais consumida entre a população em geral no Chipre, com aproximadamente 1 em cada 10 adultos com idades entre os 15-64 anos a relatar o consumo de cannabis pelo menos uma vez durante a vida. O consumo de cannabis continua concentrado entre os jovens adultos de 15 a 34 anos.



A análise de longo prazo indica uma diminuição na prevalência do consumo de cannabis neste grupo a partir de 2009, com possível estabilização nos anos mais recentes. O uso de outras substâncias ilícitas é menos comum.

Contexto e consequências negativas

Doenças infecciosas relacionadas com drogas



No Chipre, os dados sobre notificações de doenças infecciosas são fornecidos pelo Departamento de Doenças Infecciosas e pelo Programa Nacional de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) do Ministério da Saúde. Outros dados sobre doenças infecciosas relacionadas com drogas (DRID) são obtidos principalmente pela monitoria da prevalência de DRID entre pacientes em tratamento medicamentoso.

O número de pessoas que injetam drogas (PWID) com resultados de teste válidos para DRID permanece baixo.

Em 2017, apenas um quarto dos que iniciaram o tratamento medicamentoso beneficiou dos testes do vírus da hepatite B (HBV) e do vírus da hepatite C (HCV).

Nenhum teste no local é oferecido em programas de ambulatório.

Em 2017, pouco mais da metade dos testados foram considerados positivos para HCV.

A prevalência de infecção VHB entre os que foram testados em centros de tratamento de drogas foi inferior a 10%.

A prevalência de infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) relacionadas com a injeção de drogas é estimada como baixa em comparação com outros países europeus, com dois indivíduos HIV positivos identificados em 2017 entre os que foram testados.

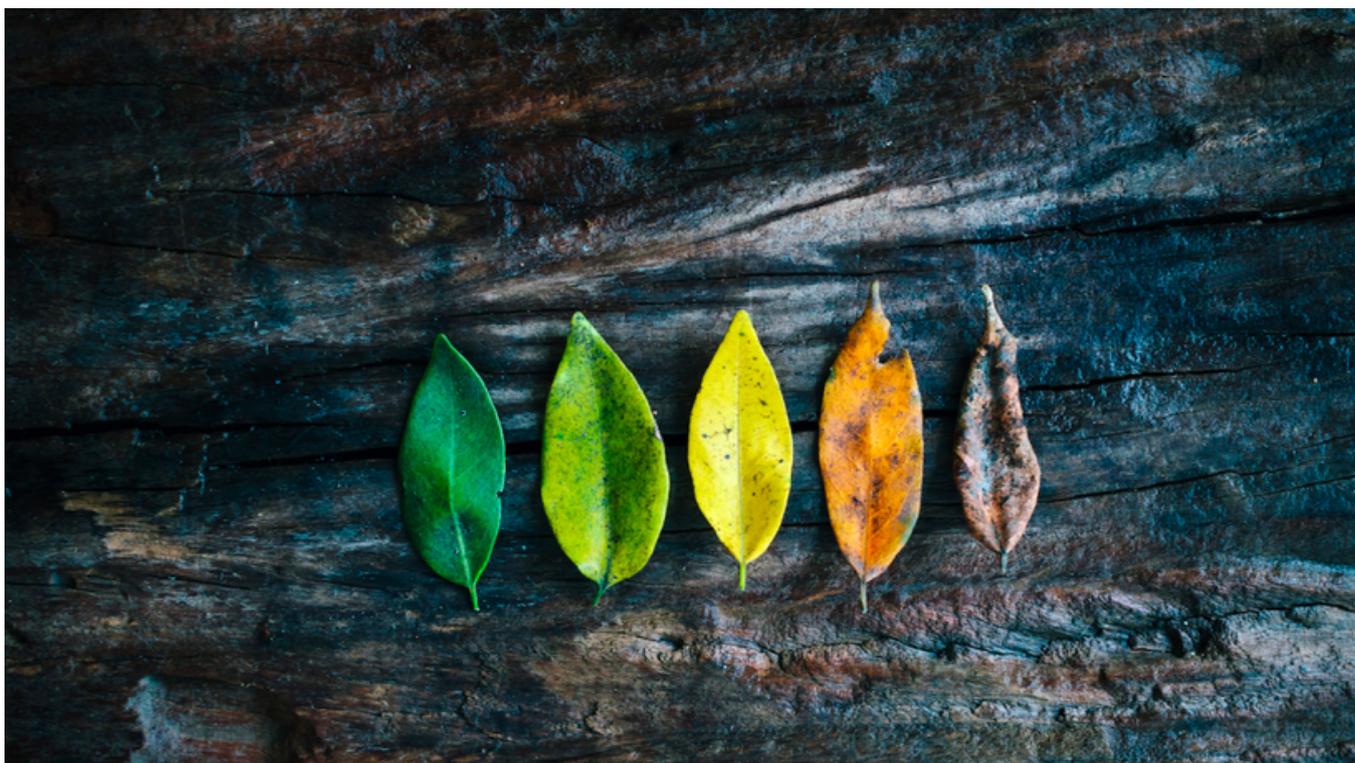


Mortalidade e mortes induzidas por drogas

Mortes induzidas por drogas são mortes que podem ser atribuídas diretamente ao consumo de drogas ilícitas (ou seja, envenenamentos e overdoses).

Em 2017, o Registo Especial relatou um aumento no número de mortes induzidas por drogas no Chipre. 11 das 16 mortes envolveram opioides, na grande maioria dos casos em combinação com drogas psicoativas. Quatro dos casos envolveram oxicodona.

No Chipre, a taxa de mortalidade induzida por drogas entre adultos (com idades entre 15-64 anos) foi de 26 mortes por milhão em 2017, mais do que o dobro da taxa para o ano de 2016 e semelhante à média europeia mais recente de 22 mortes por milhão.





3.4.2. Prevalência do desenvolvimento de adições sem substância ou comportamentais

Jogos de azar (apostas)

Idade de início e género

12,5 anos é a idade média em que as pessoas começam a jogar jogos de azar em Chipre, enquanto 92% dos cipriotas com 15 anos ou mais já jogaram jogos de azar pelo menos uma vez na vida.

Passando à análise por género, existem alguns dados que fornecem alguns indícios iniciais quanto à popularidade dos vários jogos de azar.

Em primeiro lugar, é importante referir que os únicos jogos de azar mais citados pelas mulheres foram os jogos de lotaria oferecidos nas casas de apostas OPAP (Lotto, Joker, Kino, Proto, Super 3, Extra 5), raspadinha e sorteios. Todos os outros jogos foram mencionados principalmente por homens.

Ranking de referência a jogos de azar por homens no Chipre:

1. Os jogos mais conhecidos entre os homens entrevistados foram os jogos de lotaria oferecidos nas casas de apostas OPAP (72%).
2. Em segundo lugar vieram os jogos de cartas, como póquer (63%).
3. O terceiro jogo mais citado foram as apostas desportivas numa casa de apostas (60%).
4. A raspadinha / lotaria nacional e jogos de casino vieram em seguida (59%).



5. As apostas em corridas de cavalos foram mencionadas por quase metade dos participantes do sexo masculino e ocuparam o 5º lugar (49%).
6. O bingo teve referência ainda menor entre os homens (38%), assim como as máquinas (38%).
7. As apostas desportivas online foram mencionadas por 35% dos homens.
8. O jogo online ficou ainda em posição inferior, referido por 31% dos participantes do sexo masculino.
9. Os sorteios ficaram em último lugar, mencionado apenas por 27% dos homens.

Classificação de referência a jogos de azar por mulheres no Chipre:

1. Quase oito em cada dez entrevistadas referiram-se aos jogos de lotaria oferecidos nas casas de apostas OPAP (78%).
2. A raspadinha / lotaria nacional ficou em segundo lugar (66%).
3. Os jogos de casino ocuparam o terceiro lugar (53%).
4. Metade das entrevistadas (50%) mencionou jogos de cartas, incluindo póquer.
5. As apostas desportivas (numa casa de apostas) foram referidas por 43% das mulheres.
6. O bingo foi mencionado por 37% das mulheres participantes.
7. As apostas em corridas de cavalos tiveram ligeiramente menos referências de mulheres (36%).
8. As máquinas vieram em seguida (32%).
9. Os sorteios foram referidos por 31% das mulheres.
10. O jogo online foi mencionado por 28% das mulheres.
11. O jogo menos citado pelas mulheres foram as apostas desportivas online, mencionadas por cerca de uma em cada quatro mulheres (26%).



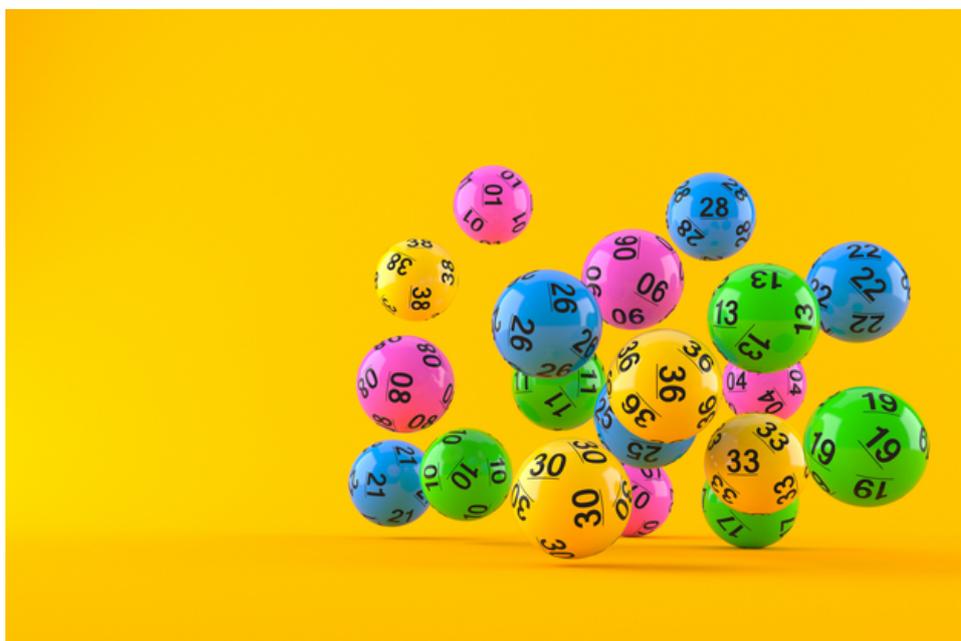
Portanto, quando a maioria das mulheres ouve falar de jogos de azar, tendem a pensar em apostas de lotaria e raspadinhas / lotaria nacional. Por outro lado, os homens pensam nos já mencionados, juntamente com os jogos de cartas e as apostas desportivas.

Tipos de dependência de jogos de azar mais desenvolvidos no Chipre

De acordo com o resumo da referência espontânea aos jogos de fortuna ou azar da Autoridade Nacional de Apostas classifica em primeiro lugar as várias opções de apostas lotéricas oferecidas pela OPAP, ou seja, os jogos de azar que se baseiam na previsão dos números que ocorrerão por sorteio manual ou eletrónico, referido por 76% dos participantes. Mais especificamente, houve referência aos seguintes jogos desta categoria: Joker, Lotto, Proto, Kino, Super 3 e Extra 5.

O segundo mais popular é a raspadinha / lotaria nacional, mencionada por 63% dos entrevistados, seguida por jogos de cassino - com referência de 56%, jogos de cartas / póquer mencionados por 55% e apostas em desportos terrestres com referência de 51%. As apostas em corridas de cavalos foram mencionadas por 42% dos entrevistados, seguidas pelo bingo (37%) e pelas máquinas (35%).

As apostas desportivas online foram mencionadas por ainda menos participantes (30%), enquanto os sorteios e os jogos de azar online foram referidos por 29% cada.



Uma análise da referência espontânea de cipriotas com mais de 15 anos a jogos de azar que eles conhecem revela que, para 3 em 4 pessoas, o termo "jogos de azar" refere-se a apostas na lotaria, enquanto as raspadinhas / lotaria nacional também são compreendidas pelas pessoas, possivelmente devido à sua longa história no Chipre, bem como os jogos de casino, jogos de cartas, incluindo póquer e apostas desportivas.

Contexto e consequências negativas dos jogos de azar

Seguem abaixo dados da Autoridade Nacional de Apostas de Chipre para o ano de 2017 em relação às despesas dos jogadores do Chipre e do seu comportamento, uma vez que as consequências financeiras são o fator mais crucial quando se trata dessa adição.

A grande maioria dos jogadores sem risco aposta pequenas quantias de dinheiro, visto que 86% afirmam que gastam menos de 10 € por semana e 11% afirmam que gastam entre 10-50 €. Apenas 1% desta categoria responde que gastam entre 50,01-100 € e igual número responde que gastam entre 100,01-300 €. Nenhum deste tipo de jogador afirma gastar mais de 300 € por semana em jogos de azar.

Passando para os jogadores de risco, quase metade (49%) gasta entre 10-50€ todas as semanas, enquanto um em cada três afirma que aposta menos de 10€ por semana. 13% dos jogadores em risco respondem que gastam entre 50,01- 100€, enquanto 1% aposta entre 100,01 e 300€ e outro 1% afirma que as suas despesas semanais com jogos de azar ultrapassam os 300 €. Jogadores problemáticos / dependentes gastam quantias maiores em jogos de azar.



A maioria (38%) gasta entre 10 e 50€ por semana e um quarto (24%) gasta entre 50,01 e 100€. 17% dos jogadores problemáticos afirmam que as suas apostas semanais não excedem os 10€, 14% calculam as suas despesas semanais entre 100,01 e 300€ e 7% dos jogadores problemáticos gastam mais de 300€ em jogos de azar todas as semanas. É, portanto, óbvio que o desenvolvimento de um comportamento problemático de jogo é análogo a um aumento no dinheiro gasto em apostas e jogos de azar pelos jogadores.

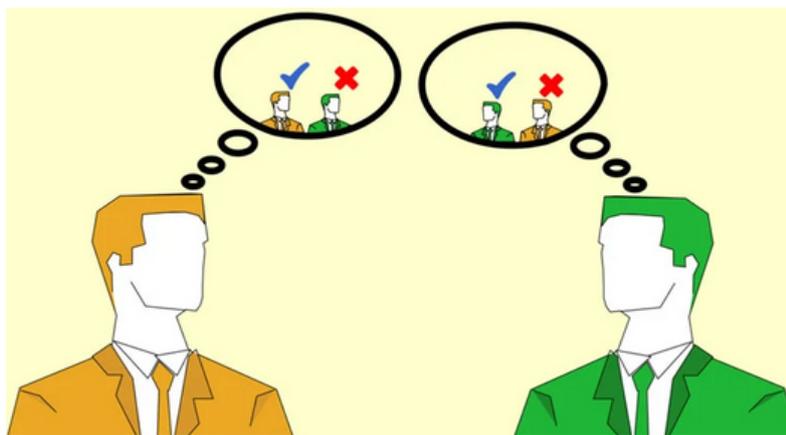
Além disso, e de acordo com a Comissão de Supervisão de Jogos e Casinos do Chipre, o jogo no país não só perturba a vida pessoal e profissional de um indivíduo, mas os seus efeitos podem criar ou agravar dificuldades já existentes nas suas famílias, amigos ou colegas.

O jogo problemático também pode ser considerado em relação a uma série de problemas de saúde, psicológicos e sociais, que potencialmente envolvem serviços públicos, como saúde pública, educação e justiça.

Dependência da Internet

Existem dados muito limitados sobre esta questão no Chipre. Apenas um estudo recente foi encontrado. De acordo com Christodoulides (2021), mais de 24% dos estudantes cipriotas (estudantes do ensino secundário e universitários) são dependentes da internet, enquanto aproximadamente 8% são dependentes de redes sociais.





3.4.3. Percepção e opinião da população sobre o desenvolvimento de dependências

Dependência química ou de substâncias

A maioria dos entrevistados nas investigações sociais demonstrou simpatia e compreensão pelas pessoas com questões relacionadas às drogas, com muitos concordando com as declarações que afirmam que a dependência de drogas é uma doença, que pessoas com histórico de dependência de drogas são diabolizadas nos media e que temos a responsabilidade de fornecer o melhor atendimento possível às pessoas com dependência de drogas.

Também houve um consenso geral de que as pessoas que se recuperam da dependência de drogas devem fazer parte da comunidade e ter os mesmos direitos ao trabalho que qualquer outra pessoa. Além disso, houve o entendimento de que a dependência química é algo que pode afetar praticamente qualquer pessoa.

No entanto, embora muitos entrevistados demonstrem empatia para com pessoas com histórico de dependência de drogas, também há uma proporção significativa da população que sente que as pessoas com problemas de drogas são responsáveis pela sua própria situação e que têm o poder de superar os seus problemas se eles quiserem.

Adições sem substância ou comportamentais

De acordo com o National's Betting Authority Report (2017), a grande maioria dos participantes acredita que existe um problema de dependência de jogos de azar no Chipre, em relação à sua população.





3.5. CONTEXTO DAS ADIÇÕES EM JOVENS NA POLÓNIA

3.5.1. Prevalência do desenvolvimento de adições sem substância ou comportamentais

Vários dados fornecidos por organismos e organizações públicas nacionais e internacionais foram tidos em consideração no processo de compilação de dados sobre as dependências na Polónia. Informações sobre cada substância, a idade e sexo de cada consumidor, o contexto e os resultados negativos serão apresentados nesta seção.

Todas as substâncias ilícitas

- A droga mais frequentemente consumida por pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos é a cannabis, consumida por 9,8% desta faixa etária (OEDT, 2019)
- A maioria das entradas de tratamento são para adição em cannabis (31%), anfetaminas (29%) e heroína (12%) como drogas primárias (OEDT, 2019)
- Os homens têm maior probabilidade de relatar o uso de drogas do que mulheres (OEDT, 2019)
- Os dados mais recentes sobre o consumo de drogas entre estudantes foram recolhidos pelo European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs em 2015;
- De acordo com o estudo, o uso relatado de drogas na vida foi superior à média europeia (que se baseou em dados fornecidos por 35 países (OEDT, 2019))



- Existem aproximadamente 14.664 usuários de opioides na Polónia (OEDT, 2019)
- O número de diagnósticos de HIV atribuídos à injeção de drogas tem diminuído (OEDT, 2019)
- Entre 250 e 300 pessoas morrem de overdose de drogas a cada ano (OEDT, 2019)

Cannabis



A investigação realizada pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência mostra que:

- A cannabis é a substância ilícita mais utilizada no país (OEDT, 2019)
- 9,8% dos jovens de 15 a 34 anos consumiram cannabis em 2019 (OEDT, 2019)
- Um exame de longo prazo mostra que o uso de cannabis entre as pessoas na Polónia triplicou entre 1995 e 2011 e permaneceu estável desde então (OEDT, 2019)
- A resina de cannabis é o delito mais comum contra as drogas, classificada de acordo com as quantidades medidas em quilogramas, enquanto a cannabis herbácea ocupa o segundo lugar na classificação (OEDT, 2019)
- Em 2017, 2.209 pessoas iniciaram o tratamento especializado contra a toxicodependência na Polónia, dos quais 1.390 indivíduos foram admitidos pela primeira vez;
- 15% dos consumidores de cannabis que iniciaram o tratamento eram mulheres e 85% homens, o que mostra a grande disparidade de género. (OEDT, 2019; dados de 2017)
- A média no primeiro consumo de cannabis é de aproximadamente 16 anos, enquanto para a primeira entrada no tratamento é igual a 23 anos. (OEDT, 2019; dados de 2017)



Cocaína

A investigação realizada pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência mostra que:

- 0,4% dos jovens entre 15 e 34 anos consumiram cocaína em 2019. (OEDT, 2019)
- Em 2017, 163 pessoas iniciaram tratamento especializado na toxicodependência na Polónia, das quais 88 foram admitidas pela primeira vez;
- 13% dos usuários de cocaína que iniciaram o tratamento eram mulheres e 87% homens, mostrando a grande diferença de género. (OEDT, 2019; dados de 2017)
- A média no primeiro uso de cocaína é de aproximadamente 23 anos, enquanto para o primeiro tratamento é igual a 30 anos. (OEDT, 2019; dados de 2017)

Anfetaminas

- 0,4% dos jovens de 15 a 34 anos consumiram anfetaminas em 2019. (OEDT, 2019)
- Em 2017, 2.085 pessoas iniciaram tratamento especializado em drogas na Polónia, das quais 1.126 pessoas foram internadas pela primeira vez;
- 19% dos consumidores de anfetaminas que iniciaram o tratamento eram mulheres e 81% homens, mostrando a grande diferença de género. (OEDT, 2019; dados de 2017)
- A média no primeiro uso de anfetaminas é de aproximadamente 19 anos, enquanto para a primeira entrada no tratamento é de 27 anos. (OEDT 2019; dados de 2017).



MDMA

A investigação realizada pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência mostra que:

- 0,9% dos jovens de 15 a 34 anos consumiram MDMA. (EMCDDA, 2019)

Heroína

- Em 2017, 831 pessoas iniciaram tratamento especializado por consumo de drogas na Polónia, dos quais 1126 indivíduos foram admitidos pela primeira vez;
- 18% dos consumidores de heroína que iniciaram o tratamento eram mulheres e 82% homens, o que mostra a grande disparidade de género. (OEDT, 2019; dados de 2017)
- A média no primeiro uso de heroína é de aproximadamente 22 anos, enquanto para a primeira entrada no tratamento é igual a 32 anos. (OEDT, 2019; dados de 2017)





Outras adições

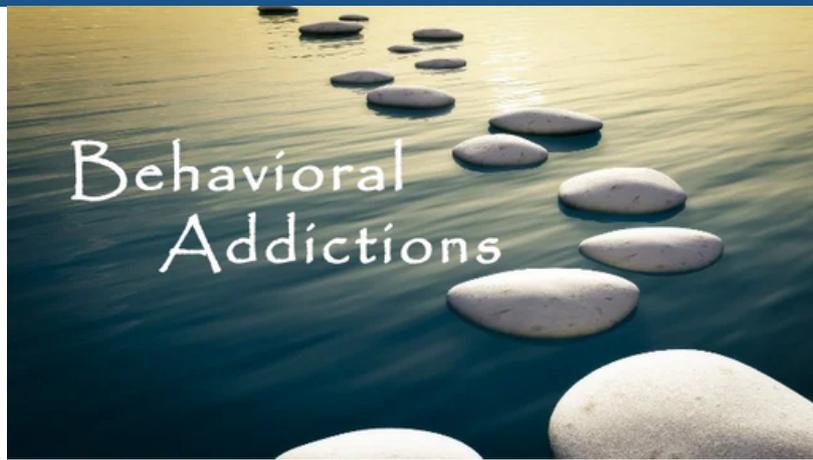
Álcool

- O uso de álcool ao longo da vida tem diminuído ao longo dos anos, como mostra um estudo realizado entre 1955 e 2015 que examinou o uso de substâncias entre estudantes de 15 a 16 anos na Polónia (ESPAD, 2015)
- Pessoas com sintomas de transtorno do uso de álcool permaneceram num nível relativamente estável, que é de aproximadamente 2% da população geral na Polónia, dos quais 3% observados em homens e 1% em mulheres (Nowakowska I, Lewczuk K, Gola M, 2020)
- Com base nos dados, as mulheres parecem sofrer de transtorno de uso de álcool com menos frequência do que os homens (Nowakowska I, Lewczuk K, Gola M, 2020)

Tabaco

O uso de tabaco ao longo da vida tem diminuído ao longo dos anos, mostrado por um estudo realizado entre 1995 e 2015 que examinou o uso de substâncias entre estudantes de 15 a 16 anos na Polónia(ESPAD, 2015).





3.5.2. Prevalência do desenvolvimento de adições sem substância ou comportamentais

Há uma tendência crescente na prevalência de adições comportamentais em geral (Moskalewicz J, Badora B, Feliksiak M, Głowacki A, Gwiazda M 2019; Badora B, Gwiazda M, Herrmann M, Kalka J, Moskalewicz J, 2015).

Uso problemático da Internet

- A percentagem de pessoas dependentes caiu para 0,03% em 2019 (61)
- A percentagem de pessoas em risco de desenvolver um transtorno problemático de uso da Internet está entre 1,2% e 1,5% da população em geral

Jogos de azar (apostas)

- No que diz respeito ao jogo em 2019, a percentagem de utilizadores na população em geral atingiu 37,1%;
- Um aumento de jogadores do sexo masculino em 14,9% entre 2012 e 2019 (28,4% em 2012, 43,3% em 2019)
- O aumento do jogo feminino aumentou 13% entre 2012 e 2019 (18,5% em 2012, 31,5% em 2019);
- A percentagem de pessoas na Polónia que foram identificadas em risco de desenvolver uma ligeira dependência do jogo aumentou 1,3% (2,6% em 2012, 3,9% em 2014).
- Houve queda de 0,2% nas pessoas expostas ao risco moderado de desenvolver essa adição (0,9% em 2012, 0,7% em 2014).



- Um aumento de 0,5% de crescimento pode ser observado em pessoas que apresentam sintomas de jogo problemático (0,2% em 2012, 0,7% em 2014)
- No que diz respeito à exibição de sintomas problemáticos do jogo, os homens apresentam-nos com mais frequência do que as mulheres.

3.5.3. Perceção e opinião da população sobre o desenvolvimento de dependências

Dependência química ou de substâncias

Um estudo realizado sobre as opiniões populares sobre a adição e as perspectivas de recuperação na Polónia destacou que:

- O modelo de doença é dominante na perceção pública das dependências na Polónia. Atribui aos indivíduos a responsabilidade pelo uso de drogas e a eles a expectativa de um tratamento especializado.
- O otimismo no tratamento, independentemente do tipo de dependência, surgiu entre os indivíduos pesquisados e a possibilidade de recuperação foi considerada menos provável sem tratamento especializado.



CAPÍTULO 4

AValiação de Programas de Prevenção de Dependência para Jovens

Um dos principais objetivos deste projeto é avaliar propostas de prevenção de dependências que têm vindo a ser realizadas local e regionalmente com jovens de cada país.

Este capítulo apresentará propostas de programas de prevenção de dependências, desenvolvidos nos países dos parceiros deste projeto.

Esta avaliação consistiu, inicialmente, na análise dos programas desenvolvidos em cada país e, num segundo momento, na sua análise crítica.

Assim, serão descritos 14 programas, abordando os seus objetivos, públicos-alvo, resultados e sugestões de melhorias.

PREVENTION



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
El barrio Más joven.
2. Temporalização
O projeto desenvolve-se em dois anos, um em 2019-2020, focado na promoção da articulação do tecido associativo juvenil nos bairros da cidade de Madrid, e o outro em 2020-2021, em que uma estratégia de prevenção de dependências realiza-se através de mecanismos de participação e promoção do associativismo.
3. Características do grupo-alvo
Os beneficiários diretos do projeto são a população jovem dos bairros onde o projeto é desenvolvido. Os beneficiários indiretos são o resto da população, bairros e outras entidades sociais ou grupos de jovens.
4. Objetivos do projeto
<ul style="list-style-type: none">● Objetivo geral:<ul style="list-style-type: none">○ Trabalhar na prevenção das dependências através da articulação do tecido associativo juvenil em seis bairros da cidade de Madrid.● Objetivos específicos:<ul style="list-style-type: none">○ Promover a prevenção de comportamentos de risco e dependência na população jovem na faixa etária dos 14 aos 30 anos.○ Desenvolvimento de atividades de formação com o objetivo de fornecer a famílias e profissionais que atuam diretamente com os jovens ferramentas de deteção e intervenção de patologias relacionadas com os transtornos aditivos.○ Gerar alternativas de lazer saudáveis.○ Promover junto da população jovem ferramentas de autogestão e organização a partir de suas necessidades e procuras.○ Promover a participação e envolvimento dos jovens no tecido associativo e comunitário e nos organismos institucionais de participação cidadã.● Objetivos operacionais<ul style="list-style-type: none">○ O.E.1 Promover uma abordagem preventiva nas ações do projeto, incentivando hábitos de vida saudáveis e lazer alternativo:<ul style="list-style-type: none">○ O.O.1.1 Acompanhar os jovens no exercício da plena cidadania, fortalecendo o sentimento de pertença e de participação ativa no bairro, a partir da solidariedade, da diversidade cultural e do respeito.○ O.O.1.2 Realizar campanhas de sensibilização sobre a prevenção de comportamentos aditivos.○ O.E.2 Promover entre a população jovem ferramentas de autogestão e organização a partir de suas necessidades e procuras<ul style="list-style-type: none">○ O.O.2.1: Acompanhar e apoiar os jovens na implementação de suas ideias, propostas e iniciativas.○ O.O.2.2: Facilitar a criação e o acompanhamento de grupos criados graças ao projeto "El Barrio Más Joven".



- o O.O.2.3: Para responder às necessidades observadas ou exigidas por grupos e jovens vinculados ao projeto "El Barrio Más Joven".
- o O.E.3 Promover a participação e envolvimento dos jovens no tecido associativo e comunitário e nos organismos institucionais de participação cidadã:
 - o O.O.3.1: Facilitar o conhecimento dos recursos e atividades que ocorrem no bairro, distrito ou outra área territorial mais ampla, e que são avaliados como positivos.
 - o O.O.3.2: Promover a participação juvenil no tecido associativo, espaços de networking, iniciativas comunitárias e órgãos de participação institucional.
 - o O.O.3.3: Oferecer formação em participação e desenvolvimento comunitário.

5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto

Adições em geral

6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique

O projeto está a ser desenvolvido em seis bairros da cidade de Madrid: Almendrales, Ventilla, Lucero, Buenavista, Ascao e Amposta. Estes bairros foram escolhidos de acordo com os critérios de vulnerabilidade devido ao desequilíbrio social e territorial que o então Espaço de Coordenação Territorial e Colaboração Social Pública da Câmara Municipal de Madrid publicou em 2016, todos eles com índices entre 4 e 5 a necessitar de reequilíbrio.

7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?

O projeto "El Barrio Más Joven" é desenvolvido pela Federación Regional de Asociaciones Vecinales de Madrid, Injucam, Scouts de Madrid-Movimiento Scout Católico e Exploradores de Madrid através de um acordo com a Câmara Municipal de Madrid.

8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?

O projeto atua numa perspetiva transversal, pois procura abordar a prevenção da adição através da ferramenta de promoção da participação. Por isso, as áreas de atuação vão da arte e música ao desporto, passando pelas questões ambientais e feministas, ou ainda vinculadas a diversos processos comunitários, como rádios comunitárias ou associações de moradores. Além disso, alguns dos princípios metodológicos do projeto são baseados em:

- Abordagem de direitos e valores.
- Rede.
- Trabalho de rua.
- Igualdade.
- Abordagem protagonista.
- Conhecimento integrado.
- Adaptabilidade.

9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?

- **Prevenção e redução de risco**
- **Redução de danos**



Prevenir as situações de risco associadas aos transtornos aditivos entre adolescentes e jovens, promovendo a participação, o associativismo, a organização e a autogestão entre os jovens dos bairros de Madrid onde intervimos.

10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?

- Que os jovens estão menos interessados em drogas
- Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso
- Que o consumo experimental não seja ultrapassado
- Evitar a progressão para o abuso e dependência
- Reduzir riscos e danos associados a vícios

O projeto responde aos critérios acima mencionados, visto que visa a prevenção de adições e comportamentos aditivos e de risco, o que tem impacto na redução dos riscos e danos associados às dependências. Também desenvolve uma série de atividades de formação com o objetivo de dotar as famílias e os profissionais que trabalham com jovens de uma série de ferramentas para a deteção e o combate a patologias relacionadas aos transtornos de dependência que previnam a progressão para o abuso e a dependência. Além disso, fornece aos jovens ferramentas de autogestão e organização, a partir das suas reais necessidades e procuras, o que também tem impacto na prevenção e redução de riscos e na diminuição da progressão para o abuso e a dependência. Também procura alternativas de lazer e hábitos de vida saudáveis para os jovens, o que resulta num maior interesse por parte deles em outros aspetos que não têm a ver com a atração por drogas e seu consumo.

11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?

Nos dois anos de projeto, os indicadores foram cumpridos quase na íntegra, demonstrando que o projeto tem sido um sucesso. Esses resultados mostram como o projeto se desenvolveu numa chave de inovação, possibilitando a construção do que poderíamos chamar de uma "escola de cidadania" para jovens. Foi possível gerar um espaço no qual os jovens foram protagonistas como produtores culturais, dinamizadores do tecido associativo, promotores de desporto, gestores de lazer saudável, agentes de prevenção em campo e ativadores do desenvolvimento comunitário.

12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?

- Participação: participaram 4.708 jovens, dos quais 1.835 participaram diretamente e 2.873 indiretamente por meio de atividades comunitárias como festas, carnavais e outros eventos abertos aos bairros em que participou "El Barrio Más Joven" em conjunto com outras entidades e espaços de networking.

- Fortalecimento do associativismo: este projeto tem contribuído para o desenvolvimento de processos de auto-organização e fortalecimento dos grupos e associações existentes. Especificamente, neste ponto do projeto, o número total de grupos criados era 23 e o número total de grupos / entidades / redes informais criadas com o apoio de "El Barrio Más Joven" era 14.

- Visualização de exemplos de convivência e boas práticas "El Barrio Más Joven": Através de iniciativas de divulgação e comunicação, a população jovem foi sensibilizada para o projeto. Até este ponto do projeto, tinha sido possível configurar os meios de comunicação e os canais que se desenvolveram nos seguintes pontos, Instagram, Facebook e Twitter, através dos quais os diferentes recursos que lhes podem interessar bem como culturais, iniciativas desportivas, de lazer, artísticas e sociais foram partilhadas com a população.

Nesta fase, também foram estabelecidos canais diretos com os Conselhos Municipais de cada distrito e foi estabelecido como objetivo bidirecional divulgar nas redes as atividades desenvolvidas no distrito através dos canais oficiais de divulgação de cada Concelho e que os Concelhos divulguem nas suas redes as atividades desenvolvidas pelo "El Barrio Más Joven" em cada bairro.



Até então, a publicidade havia sido obtida gratuitamente na revista local do bairro Amposta e foi realizada uma entrevista na Onda Cero com mais de um dos grupos com os quais "El Barrio Más Joven" trabalhava em Ventilla. O número de aparições de "El Barrio Más Joven" nos media é de 16, o número de formações, apresentações e palestras ministradas é de 10 e o número de performances, eventos, representações e exposições realizadas é de 26.

- Género: o número total de mulheres atendidas é de 975 de um total de 1.835; portanto, o trabalho realizado a partir da abordagem de género, que tem resultado no aumento da participação de mulheres jovens em seus bairros, é considerado uma grande conquista.

13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?

- Participação: Um dos grandes impactos do projeto é a participação, pois o número total de jovens participantes alcançados foi de 13.808 no total, com um total de 3.207 pessoas atendidas por bairro e 10.601 participantes indiretos por bairro.

- Fortalecimento do associativismo: o projeto tem contribuído para o desenvolvimento de processos de auto-organização e fortalecimento dos grupos e associações existentes. No total foram constituídos 40 grupos (grupos formais e informais com os quais o trabalho foi realizado diretamente), 143 pessoas aderiram a associações, grupos, etc., e 27 grupos / entidades / redes formais foram constituídas com o apoio de "El Barrio Más Joven".

- Visualização de exemplos de convivência e boas práticas "El Barrio Más Joven": graças às iniciativas de divulgação e comunicação, a população jovem foi sensibilizada para o Projeto. Conseguindo configurar os meios e canais que se desenvolveram em locais como: Instagram, Facebook, Twitter e YouTube, através dos quais os diferentes recursos que lhes possam interessar, bem como iniciativas culturais, desportivas, de lazer, artísticas e sociais foram partilhados com a população estabelecida. Além disso, "El Barrio Más Joven" quer se projetar no futuro como uma plataforma para tornar visíveis todas as experiências positivas que foram criadas e apoiadas pelo projeto e por outros espaços juvenis.

Ao estabelecer canais diretos com as Câmaras Municipais de cada distrito, foi alcançado um duplo objetivo: por um lado, foi possível divulgar as atividades desenvolvidas no distrito por outros recursos distritais através das redes, e por outro lado por meio dos canais oficiais de divulgação de cada Diretoria, foi possível divulgar as atividades desenvolvidas pelo "El Barrio Más Joven" em cada bairro.

Diversas micro media locais noticiaram sobre o projeto "El Barrio Más Joven" ou algumas das suas atividades. Um dos fatores-chave em que o projeto se desenvolveu tem sido gerar referências positivas para os jovens, sendo a divulgação das atividades um elemento fundamental para eles. É fundamental criar referências positivas para sublinhar a importância do projeto. Foram 32 participações de "The Youngest Neighbourhood" nos media, 18 formações, apresentações e palestras ministradas por "The Youngest Neighbourhood" e 40 performances, eventos, representações e exposições realizadas por "The Youngest Neighbourhood".

- Género: A participação das mulheres nos espaços associativos é inferior à dos homens em Madrid, pelo que é importante destacar o esforço realizado no projeto para acabar com esta desigualdade e os resultados positivos obtidos segundo os números: número total de mulheres atendidas: 1.676, 52,3% das 3.207 pessoas atendidas no desenvolvimento do projeto, o que significa 100% do total de pessoas atendidas.

14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados

Alcançar um grupo maior de jovens e desenvolver um maior número de ações e atividades de forma a promover a consciencialização sobre os recursos existentes nos bairros, aproximando os espaços de participação cidadã e estimulando assim a participação e o desenvolvimento do tecido associativo, o que requer longos ciclos de tempo e recursos suficientes para continuar a consolidar os objetivos alcançados e atingir novas metas.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do projeto
Sales Hoy?
2. Temporalização
O projeto é realizado nos finais de semana, com intervenções específicas previstas anualmente nas noites de sexta e sábado entre 19h45 e 01h15. As intervenções ocorreram em duas fases ou intervalos de tempo: <ul style="list-style-type: none">• Primeira fase: Das 19h45 às 22h30. Orientado fundamentalmente para um grupo de adolescentes entre 15 e 17 anos.• Segunda fase: Das 22h30 às 01h15. Com a intenção de atingir uma faixa etária maior, de 18 a 30 anos.
3. Características do grupo-alvo
Adolescentes e jovens de 15 a 30 anos em locais de diversão noturna.
4. Objetivos do projeto
O objetivo geral do projeto é prevenir o uso de drogas entre adolescentes e jovens, promover o uso responsável de drogas e aumentar a consciencialização sobre os riscos associados ao uso de drogas. Os objetivos específicos do projeto são: <ul style="list-style-type: none">• Fazer as pessoas pensarem ou refletirem sobre o consumo, efeitos e riscos associados,• Tentar aumentar a consciencialização.• Promover a tomada de decisão responsável e o planeamento de consumo.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Substâncias aditivas e redução dos riscos associados ao seu uso (sexo inseguro, condução sob efeito de álcool).
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique
Sales Hoy? visa oferecer uma intervenção modulada em que, dependendo da procura do utilizador, a intervenção tem maior ou menor profundidade. Portanto, antes de iniciar o processo de intervenção, é realizada uma entrevista motivacional para que a pessoa reflita sobre o seu consumo. É utilizado um estilo comunicativo baseado em questões abertas, escuta reflexiva e extração de pensamentos automotivadores. Após a pesquisa motivacional, os participantes, diretos e indiretos, receberão cartões com informações sobre a (s) substância (s) que usam. São também realizados questionários de auditoria / assistência, dirigidos a pessoas que, após participarem no inquérito motivacional, pretendem conhecer com mais profundidade o nível de risco em que se situa o seu consumo de álcool ou outras substâncias. Se, durante alguma atividade relacionada ao programa, for detetado consumo de risco em pessoas com atitudes positivas em relação à mudança, elas serão encaminhadas para outros recursos que possam ser úteis ou necessários para lidar com um problema específico (CTD, CAD ou CAID, análise de substâncias serviços, etc.).
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?



Não, apenas Cruz Vermelha Espanhola (Comunidade de Madrid).

8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?

A Cruz Vermelha Juvenil na Comunidade de Madrid aposta na prevenção nos espaços noturnos, dirigidos aos jovens e adolescentes, desde 2007 e tem como premissa estar "cada vez mais perto das pessoas", assumindo o compromisso de sair dos centros e fazer a sua intervenção mais flexível, de forma a aproximar os recursos das pessoas e fazer parte do seu ambiente.

Há uma dicotomia entre programas não intervencionistas que se limitam a fornecer informações ao utilizador (sem tentar mudar os padrões de forma direta) e programas intervencionistas que se consideram legitimados para intervir a todo custo (sem moldar ou adaptar a mensagem que oferecem ao perfil ou necessidades do utilizador). Sales Hoy? quer oferecer uma intervenção modulada e dependendo da procura do utilizador, a intervenção tem maior ou menor profundidade. Portanto, a intervenção é baseada nas necessidades da própria pessoa, disponibilizando os recursos adequados em cada caso. Esse facto determina que os padrões de consumo possam ser alterados diretamente e que sejam adaptados a cada pessoa, resultando em maior prevenção e redução dos riscos do consumo de substâncias.

9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?

- **Prevenção e redução de risco**
- **Redução de danos**

"Sales Hoy?" é um Projeto de Prevenção e Redução de Risco do Uso de Drogas que se desenvolve em zonas de diversão noturna da cidade de Madrid. O Projeto visa atuar simultaneamente em duas vertentes: por um lado, no sentido preventivo com os jovens que não tiveram contacto com drogas e, por outro lado, com aqueles que consomem, procurando diminuir os riscos associados ao álcool ou outras substâncias, favorecendo atitudes positivas em relação à mudança e reflexão e estimulando a tomada de decisão autónoma e crítica.

10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?

- **Que os jovens estão menos interessados em drogas**
- **Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso**
- **Que o consumo experimental não seja ultrapassado**
- **Evitar a progressão para o abuso e dependência**
- **Reduzir riscos e danos associados a vícios**

Os objetivos do "Sales Hoy?" estão relacionados às recomendações de vários autores ou modelos, como atrasar a idade de início do uso de drogas, limitar o número e o tipo de substâncias usadas, evitar a transição do teste de substâncias para o abuso e dependência de substâncias ou reduzir as consequências negativas da droga uso em utilizadores regulares.

11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?

Uma redução considerável no uso de álcool e cannabis, relatada pelos entrevistados, foi alcançada. Nas questões relativas às opiniões sobre álcool e drogas, há pequenas mudanças em algumas questões que parecem refletir uma série de mudanças nas atitudes em relação ao álcool e drogas numa direção pró-prevenção.

12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?



Impacto derivado da comparação da medição 1 e medição 3:

- Mudança. Existem alguns indicadores de mudança:
 - Há 15% menos casos em M1 que concordam com a afirmação *"Há coisas muito mais arriscadas do que usar cannabis"*.
 - Há uma maior consciência de grande risco na afirmação *"Bebe 4 ou 5 cervejas quase todos os dias"* em M1.
 - Planeamento / tomada de decisão:
 - 18,5% a mais em comparação com M3 estão a pensar parar com o uso habitual de drogas.
 - Há 19% das pessoas que estão a pensar em fazer algo sobre o uso de drogas, especificamente:
 - 20% não misturam substâncias.
 - 20% dizem que usarão o que pretendiam usar originalmente.
 - 15% procuram alternativas ao uso de drogas
 - Refletir:
 - 9% mais pessoas em M1 estão preocupadas que as drogas afetem a sua saúde.
 - 8% dos casos mais em M1 tiveram vergonha de alguma vez terem bebido.

Impacto derivado da comparação da medição 1 e medição 2:

- Mudança. Existem alguns indicadores de mudança:
 - Redução do consumo de álcool e cannabis por semana (0,6 e 0,9 dias) e mês (3,5 dias).
 - Aumento da perceção de risco para álcool e cannabis (18% e 14%).
- Refletir:
 - Os jovens têm menos confiança na sua atitude em relação às drogas (entre 12% e 27%).
 - Aumentar o número de dúvidas.

13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?

Após uma avaliação do processo, avaliação da atividade, dos participantes, da formação dos colaboradores envolvidos (voluntários), da qualidade com que o programa é aplicado através dos grupos de avaliação e da satisfação dos participantes, constatou-se que a aceitação do projeto e a satisfação dos participantes sugere um alto grau de satisfação. Da mesma forma, a manutenção do projeto ao longo dos anos e a sua extensão a vários municípios da Comunidade de Madrid traduzem uma boa gestão do projeto, bem como uma elevada viabilidade e sustentabilidade. Além disso, esta avaliação descreve uma diminuição no uso de álcool e cannabis, autorelatada pelos entrevistados, de magnitude considerável. Nas questões relativas às opiniões sobre álcool e drogas, há pequenas mudanças em algumas questões que parecem refletir uma série de mudanças nas atitudes em relação ao álcool e drogas em uma direção pró-prevenção.

14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados

A intervenção contém uma certa ambiguidade na medida em que abrange tanto consumidores como não consumidores, muito jovens e adultos.

Os promotores referem-se simultaneamente a abordagens de prevenção universal e prevenção seletiva. O material e alguns componentes do projeto, que parecem razoáveis para uso com consumidores, podem ter efeitos adversos em não consumidores se transmitirem a mensagem de que o consumo é normal. Em outras palavras, recomenda-se que a população-alvo seja mais claramente definida, com foco nos consumidores. O conteúdo do programa apropriado para jovens consumidores em risco pode ter efeitos negativos sobre os não consumidores.

Os instrumentos de recolha de dados na avaliação dos resultados não fornecem evidências de validade.



Não há dados de um grupo de controle ou de referência para comparar os resultados relatados pelo grupo de intervenção. É difícil conferir validade à avaliação dada a seleção, atrito, "recall" e outros vieses presentes. Os resultados podem ser o resultado de maturação, história, simples mudança contextual na recolha de dados pré-pós, ou um desejo de agradar o entrevistador.

A população-alvo não está claramente definida: ela traduz-se na realidade num amplo espectro de consumidores:

- Vieses.
- Seleção da população de maior risco e não jovem.
- Local de origem da população-alvo, com presença excessiva de alguns bairros e ausência de outros.

Recomenda-se uma avaliação mais ambiciosa da utilidade do programa, incluindo:

- Uso de instrumentos validados.
- Avaliação de resultado com um grupo de comparação ou controlo para avaliar o efeito do programa sem viés de seleção, história ou maturação ou recall.
- Avaliação com base em desenho quasi experimental, com maior período de seguimento.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do projeto
"Mani Festa Saúde"
2. Temporalização
Consiste em 10 sessões aplicadas em três fases distintas: informação, treino de competências e manutenção. Ao nível dos indicadores de avaliação de resultados, inclui uma bateria composta por 5 questionários auto preenchidos pré-teste e pós-teste.
3. Características do grupo-alvo
É um programa de prevenção ao consumo abusivo de álcool e outras substâncias dirigido a adolescentes de 12 a 14 anos (prevenção universal) que ainda não começaram a beber ou que ainda consomem de forma precoce (prevenção primária).
4. Objetivos do Projeto
Persegue dois objetivos: - Atrasar a idade de início do consumo de álcool - Reduzir o consumo abusivo de álcool e outras drogas.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Abuso de álcool e de outras substâncias
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
Não propriamente. No entanto, ao nível dos indicadores de avaliação de resultados, inclui uma bateria composta por 5 questionários autopreenchidos pré-teste e pós-teste.
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
O programa é aplicado em ambiente escolar e executado com a supervisão da Ordem dos Psicólogos Portugueses.
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
O projeto é baseado na Teoria da Aprendizagem Social (Bandura) e na Teoria da Ação Racional (Fishbein, Ajzen). O programa é aplicado em ambiente escolar e tem como foco os conteúdos e competências diretamente relacionadas ao uso de drogas, podendo, portanto, ser incluídos entre os programas de prevenção específicos.
9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
Prevenção e redução de riscos: é um programa de prevenção ao consumo abusivo de álcool e outras substâncias dirigido a adolescentes de 12 a 14 anos (prevenção universal) que ainda não começaram a beber ou cujo consumo ainda é precoce (prevenção primária).]



<p>10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios
<ul style="list-style-type: none"> - Atrasar a idade de início do consumo de álcool. - Reduzir o consumo abusivo de álcool e outras drogas.
<p>11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?</p>
<p>Sim</p>
<p>12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?</p>
<p>Nível de conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os efeitos dos medicamentos a curto e longo prazo; - Aprenda a diferenciar o uso e o abuso de drogas com base nas repercussões para a saúde; - Analisar as motivações que levam os adolescentes ao consumo de álcool e drogas; - Conhecer os fatores de risco associados ao consumo de álcool e outras drogas; - Mudar a percepção sobre a prevalência do consumo juvenil de álcool e outras drogas; - Identificar as formas de pressão social em relação ao consumo de álcool e outras drogas lícitas; - Aprender a identificar formas de pressão social e estratégias publicitárias persuasivas; - Identificar as características do comportamento assertivo; - Diferenciar comportamentos (assertivo, passivo e agressivo).
<p>13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar as competências sociais dos participantes; - Desenvolver a capacidade de se relacionar com outras pessoas sem recorrer ao consumo de substâncias psicoativas; - Aprenda a ouvir, conversar e expressar opiniões ativamente. - Adquirir / melhorar a capacidade de resistir à pressão dos colegas, especialmente em situações relacionadas ao uso de drogas, etc.
<p>14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados</p>
<p>A vertente de divulgação do projeto pode ser melhorada, de forma a conseguir a complementaridade com outras iniciativas, nomeadamente nas escolas e na comunidade.</p>



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
Eu e os Outros
2. Temporalização
O programa baseia-se na exploração de narrativas interativas, ou seja, histórias sobre as quais os participantes tomam decisões, influenciando assim no desenvolvimento do enredo. Nove narrativas estão disponíveis e para cada uma delas o programa padrão prevê pelo menos 7 sessões para a sua exploração. Cada sessão deve durar aproximadamente uma hora.
3. Características do grupo-alvo
"Eu e os Outros" é um programa de prevenção universal de problemas relacionados com comportamentos de dependência, dirigido a jovens entre os 12 e os 18 anos.
4. Objetivos do Projeto
Os principais objetivos são: <ul style="list-style-type: none">• Promover reflexão em grupo sobre questões de desenvolvimento relacionadas à adolescência.• Criar uma dinâmica de grupo que gere crescimento pessoal e social.• Promover processos de tomada de decisão, confronto dentro do grupo e exploração de informações.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
. Tabaco, álcool, esteroides anabolizantes, cannabis, heroína, cocaína, ecstasy e alucinógenos são abordados em termos de substâncias psicoativas, o quadro jurídico das substâncias e a rede de resposta aos problemas relacionados às substâncias. Em termos de temas relacionados à adolescência, conteúdos relacionados às relações intergeracionais, comportamentos alimentares, dependência da internet, amizades, homofobia, culturas juvenis (estereótipos), bullying, lealdade familiar, exploração do trabalho infantil, sexualidade e maus-tratos no namoro, contextos recreativos e apoio a grupo de amigos, meio ambiente e futuro, cidadania e pessoa com deficiência.
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
Mais ou menos. O programa baseia-se na exploração de narrativas interativas, ou seja, histórias sobre as quais os participantes tomam decisões, influenciando assim no desenvolvimento do enredo. 9 personagens foram criados que retratam estereótipos de culturas jovens ou papéis sociais. É realizado um trabalho para explorar as identificações dos participantes com os diferentes personagens. A exploração das narrativas pode envolver a pesquisa de informações, a exploração da rede de respostas nas áreas temáticas abordadas e a experimentação de dinâmicas de grupo.
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
O "Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências" de Portugal.
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
Sim. O programa baseia-se na exploração de narrativas interativas, ou seja, histórias sobre as quais os participantes tomam decisões, influenciando assim no desenvolvimento do enredo.



<p>9 personagens foram criados que retratam estereótipos de culturas jovens ou papéis sociais. É realizado um trabalho para explorar as identificações dos participantes com os diferentes personagens. Baseia-se em 9 histórias organizadas por parágrafos, no final dos quais os jogadores, assumindo o papel de protagonista, se deparam com várias opções, das quais podem escolher apenas uma.</p>
<p>9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
<p>"Eu e os Outros" é um programa universal de prevenção de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.</p>
<p>10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios
<p>Neste programa, as substâncias são abordadas de forma integrada com outros temas relacionados com o dia a dia dos adolescentes. Assim, aumente a alfabetização em saúde não só sobre o tema central, mas sobre todos os que aparecem no decorrer da história.</p>
<p>11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?</p>
<p>O programa possui um protocolo de avaliação que envolve a aplicação de questionários pré e pós-intervenção. O instrumento de avaliação passou por adaptações evoluindo de competências para a vida, passando a integrar conhecimentos, atitudes e expectativas em relação ao consumo de substâncias psicoativas. Os resultados têm melhorado consideravelmente em relação aos anos anteriores nos fatores Mudanças significativas, Competência Social, Flexibilidade Intelectual, Liderança de Grupo, Controle Emocional e Proatividade.</p>
<p>12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?</p>
<p>Os benefícios do projeto "Eu e os Outros" para os alunos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar na capacidade de tomar decisões. • Fortalecer o relacionamento interpares. • Aumentar o envolvimento, dinamismo e participação no desenvolvimento da formação. • Conhecer e usar diferentes abordagens dinâmicas e interativas. • Aumentar a alfabetização em saúde não apenas no tema central, mas em todos que aparecem no decorrer da história.
<p>13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?</p>
<p>Os resultados têm melhorado consideravelmente em relação aos anos anteriores nos fatores Mudanças significativas, Competência Social, Flexibilidade Intelectual, Liderança de Grupo, Controle Emocional e Proatividade.</p>
<p>14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados</p>
<p>Este programa foi amplamente testado e aplicado em Portugal e os seus resultados mostram a sua eficácia na prevenção universal entre os adolescentes. Assim, não há propostas de melhoria.</p>



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
Programa Riscos e Desafios
2. Temporalização
“Riscos e Desafios” é um programa abrangente, transversal e extracurricular de prevenção de comportamentos aditivos e dependências, constituído por um conjunto de 8 sessões semanais de duas horas. O programa inclui um desenho experimental, com medidas de pré, pós-teste e acompanhamento (6 meses).
3. Características do grupo-alvo
Adolescentes e jovens adultos. Destina-se especialmente a alunos do 1º ano do ensino superior.
4. Objetivos do Projeto
O objetivo geral do programa é prevenir comportamentos de dependência, reduzindo os fatores de risco e promovendo os fatores de proteção e a adoção de estilos de vida saudáveis.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Álcool, tabaco e cannabis
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
O programa é aplicado em ambiente universitário e executado com a supervisão da Ordem dos Psicólogos Portugueses.
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
O programa enquadra-se nos programas psicossociais para o desenvolvimento de competências para a vida e combina o treino de competências pessoais e sociais gerais com o treino de competências de resiliência, assumindo que promover as suas competências nos jovens irá reduzir a sua motivação para comportamentos aditivos e envolvimento em atividades desviantes.
9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
Prevenção e redução de risco
10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?
<ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas



- Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso
- Que o consumo experimental não seja ultrapassado
- Evitar a progressão para o abuso e dependência
- Reduzir riscos e danos associados a vícios

Todos os critérios. O programa combina o treino de competências pessoais e sociais gerais com o treino de competências de resistência, partindo do princípio que ao promover essas competências nos jovens, a sua motivação para comportamentos aditivos e o envolvimento em atividades desviantes será reduzida. Inclui vários componentes, como informações; tomada de decisão; consolidação de identidade; competências de comunicação; desenvolvimento de autonomia e relações interpessoais positivas; regulação emocional, entre outros.

11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?

Sim.

12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?

- Facilitar a adaptação e o sucesso do aluno no contexto universitário;
- Promover a construção de uma rede de apoio social entre os alunos;
- Diminuir as taxas de desistência no primeiro ano de frequência na universidade;
- Reduzir a prevalência do uso de substâncias psicoativas entre os jovens e retardar a idade do primeiro consumo;
- Evitar a transição da experimentação de substâncias para o abuso e dependência;
- Limitar o número e tipo de substâncias utilizadas;
- Aumentar o nível de informação / sensibilização sobre o álcool e os riscos associados ao seu consumo;
- Diminuir as consequências negativas do consumo para pessoas que usam drogas ou têm problemas de abuso ou dependência.

13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?

- Desenvolver competências pessoais e interpessoais;
- Promover comportamentos de proteção e prevenir comportamentos de risco à saúde;
- Promover a consolidação da identidade;
- Educar as pessoas para que possam manter uma relação madura e responsável com as substâncias psicoativas

14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados

A vertente de divulgação do projeto pode ser melhorada, de forma a conseguir a complementaridade com outras iniciativas, nomeadamente nas Universidades e na comunidade.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do projeto
CONNECT 1-Ia-1 - Mentoring project developed by Preventis Center
2. Temporalização
O programa de mentoria é um programa contínuo, desenvolvido pelo Preventis Center todos os anos.
3. Características do grupo-alvo
O público-alvo são crianças e adolescentes com idades entre 8 e 18 anos, em situação de vulnerabilidade. A maioria passou por momentos difíceis na vida (seja devido às condições familiares, escolares ou económica) e / ou tem dificuldade em fazer amigos.
4. Objetivos do projeto
A chave do programa é encontrar um mentor adequado para cada criança, levando em consideração a personalidade e as preferências de ambos, sendo a relação entre cada criança e o seu mentor única.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
O programa tem como objetivo prevenir todos os comportamentos de risco em relação a crianças e jovens, mas concentra-se especialmente em adições com o álcool, drogas, jogos e internet.
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
Não.
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
Não, o Preventis Center desenvolve-se por conta própria e através de campanhas de angariação de fundos, atividades de prevenção e intervenção na área das dependências para crianças, adolescentes e pais.
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
Não aplicável.
9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação? <ul style="list-style-type: none">- Prevenção e redução de risco- Redução de danos
O projeto contém todas essas linhas de ação nas atividades, incluindo prevenção e redução de riscos, mas também redução de danos através das atividades de mentoria, que são desenvolvidas a longo prazo (e desta forma, os resultados são visíveis para um jovem que está envolvido no projeto de mentoria).



10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?

- Que os jovens estão menos interessados em drogas
- Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso
- Que o consumo experimental não seja ultrapassado
- Evitar a progressão para o abuso e dependência
- Reduzir riscos e danos associados a vícios

Não aplicável.

11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?

Objetivos alcançados pela organização por meio das suas campanhas (programa de Mentoria incluído) em 2019:

- Os procedimentos de trabalho no programa de mentoria foram atualizados e simplificados, sendo mais estáveis e com resultados mais visíveis
- Todos os mentores do programa beneficiaram do "Mentor Handbook", um guia impresso, útil para o relacionamento com o seu amigo mais jovem
- O grupo SMART foi iniciado, foram produzidos e divulgados materiais em diversos ambientes. O Grupo A operou regularmente entre fevereiro e setembro de 2019
- Elaboraram um plano temático de 10 vídeos de serviços educativos para pais; alguns deles já foram filmados
- Realizaram 32 seminários para pais sobre o tema da prevenção do uso de drogas e dependência infantil.
- Realizaram um grande número de seminários e formações para diversos especialistas: Formação Básica e Masterclasse em Entrevista Motivacional; discutiram o curso das dependências no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde Pública e Clínica, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, UBB Cluj; seminários sobre drogas antidrogas para outros grupos-alvo (jovens corporativos, médicos, pais adotivos, jovens em igrejas).

12. Qual é o impacto do projeto a curto prazo?

Por meio do Programa de Apoio e educação parental, passamos a conhecer os pais de filhos a frequentar o programa de mentoria. Assim, em 2019, oferecemos aos pais o programa de educação parental "Círculo de Segurança"; paralelamente, mensalmente organizamos um grupo de apoio às mães das crianças do programa.

O círculo de segurança é um programa educacional baseado em mais de 50 anos de pesquisas sobre vinculação e seus efeitos nas crianças. O programa decorreu durante 7 reuniões em que os pais aprenderam sobre as suas necessidades, sobre as necessidades que os filhos têm, mas também sobre como, enquanto pais, podem gerir melhor as emoções para que possam atender às necessidades dos filhos para construir uma vinculação segura. Os pais refletiram numa estrutura de apoio emocional sobre como cresceram e como o relacionamento com os pais afeta a maneira como educam os filhos. Também aprenderam sobre como trabalhar relacionamentos e como podem oferecer mais segurança às crianças.

O grupo de apoio para mães de crianças no programa de mentoria "Connect 1-to-1" foi a melhor maneira de apoiar emocionalmente uma mãe que está a passar dificuldades na vida pessoal e familiar, de forma a fortalecer a sua capacidade de se representar como um recurso o mais estável possível para os seus filhos. Para a maioria delas, a reunião mensal do grupo de apoio é a única vez que saem para a cidade e se deixam cuidar. Elas gostam de participar do grupo de apoio porque podem afastar-se dos seus problemas diários.



13. Qual é o impacto do projeto a longo prazo?

Após um período de conclusão do programa de recuperação da Preventis um dos clientes deste ano disse-nos *“A grande mudança é que aprendi a viver na verdade - comigo próprio e com os outros. Eu sou um homem livre!”*. Este ano tive a oportunidade de estar perto, por um período de tempo mais curto ou mais longo, às mais de 100 pessoas que nos pediram ajuda. Mais de 300 horas eficazes de aconselhamento, centenas de telefonemas, centenas de horas para as quais nos preparamos da melhor maneira possível.

14. Indique quais os aspetos da proposta avaliada que podem ser melhorados ou alterados

Uma melhor divulgação dessas atividades, de forma a estarem disponíveis para mais crianças e adolescentes, mas também para famílias.
A Divulgação em larga escala dos materiais publicados contra as dependências, porque os materiais produzidos até agora são muito qualitativos e seriam úteis para serem divulgados às organizações juvenis a nível nacional.



A VALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do projeto
Saptamana Audit - Semana nacional de testes para o consumo de álcool
2. Temporalização
5-11 julho 2021. Este projeto é desenvolvido todos os anos.
3. Características do grupo-alvo
População romena em geral, sem restrições de idade
4. Objetivos do projeto
Em 2019, a Aliança de Combate ao Alcoolismo e Toxicodependência (ALIAT) - a mais antiga organização não governamental na área das dependências, em conjunto com o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), principal parceiro do evento, lançou a primeira campanha de teste pessoal de álcool entre os romenos: 5 de junho - Dia Nacional de Teste de Consumo Pessoal de Álcool. Nesta ocasião, durante um evento nacional, encorajamos o maior número possível de romenos a virem aos centros de teste, onde puderam avaliar o seu nível de consumo de álcool através da realização do teste AUDIT.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Adição ao álcool
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
O teste AUDIT é uma ferramenta científica de avaliação do consumo pessoal de álcool desenvolvida e validada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), já aplicada em mais de 190 países, sendo a ferramenta mais confiável para o diagnóstico precoce do consumo de risco de álcool. Em apenas 5 minutos, pode avaliar-se o próprio consumo de álcool respondendo às 10 perguntas. Este ano, convidaram-se as pessoas a fazer o seu teste AUDIT no site www.saptamanaaudit.ro , ONLINE, ao longo de 7 dias (5 a 11 de julho de 2021), durante o evento "Semana Nacional de Teste de Consumo Pessoal de Álcool".
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
Uma equipa de especialistas e voluntários do ALIAT esteve à disposição, online, para assessorar na aplicação do Teste AUDIT e assessorar quem o solicitar, por meio do Chat Box da Homepage. As pessoas que, ao preencherem o questionário online, descobrirem que têm um consumo de álcool de risco, poderão assim evitar futuros problemas de saúde associados ao consumo nocivo de álcool, através das orientações necessárias de que irão beneficiar.
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
Sim



<p>9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
<p>Prevenção: O preenchimento do questionário é confidencial e anônimo. Os únicos dados recolhidos e analisados ajudarão os especialistas da ALIAT e do INSP a entenderem melhor, ao nível nacional, o fenómeno do consumo problemático de álcool e a desenvolver programas de prevenção eficazes no futuro.</p>
<p>10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios
<p>Não aplicável</p>
<p>11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?</p>
<p>Resultados do evento de 2019:</p> <p>Conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o risco de ter problemas com o abuso de álcool é 5-6 vezes maior nos homens do que nas mulheres. • 1 em 7 homens começa a consumir álcool de forma prejudicial ou muito prejudicial. • 25% dos entrevistados do sexo masculino estão num consumo de risco de álcool. • um nível de escolaridade mais baixo, viver em áreas rurais e ter entre 40 e 70 anos aumenta o risco de consumo nocivo e muito prejudicial de álcool, tanto em homens como em mulheres. <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15% dos entrevistados disseram que nunca bebem álcool e 25% bebem pelo menos 2 a 3 vezes por semana. • 10% das mulheres e 35% dos homens bebem álcool várias vezes por semana. • 15% têm um consumo de risco, 3% um consumo nocivo e 5% um consumo extremamente nocivo. • O risco de consumo prejudicial ou extremamente prejudicial é muito maior para os homens do que para as mulheres: 13% para os homens em comparação com 2,2% para as mulheres. • O risco de consumo nocivo ou extremamente nocivo entre os homens aumenta ligeiramente com a idade, atingindo o máximo entre os 50 e 70 anos - aproximadamente 16% têm um consumo prejudicial ou extremamente prejudicial. • O risco de consumo nocivo ou extremamente nocivo entre os homens varia significativamente em relação ao nível de escolaridade - 23% daqueles sem ensino secundário têm consumo nocivo ou extremamente nocivo. • Os homens entrevistados que vivem em áreas rurais estão mais expostos ao abuso de álcool, cerca de 19% caem no consumo prejudicial ou extremamente prejudicial. • No caso dos homens, existe um risco pronunciado de consumo prejudicial de álcool entre os divorciados - mais de 30% deles caem no consumo prejudicial ou extremamente prejudicial de álcool. O menor risco é observado nas pessoas casadas.



12. Qual é o impacto do projeto a curto prazo?

Mais de 14.400 pessoas responderam a este questionário em mais de 200 centros em todo o país, com a ajuda de cerca de 600 voluntários. Descobriram em que categoria de risco estão, o que significa um consumo prejudicial para a saúde e como cuidar de si.

13. Qual é o impacto do projeto a longo prazo?

Os resultados são publicados e podem servir de base para os futuros projetos de prevenção e intervenção da toxicodependência junto dos jovens. Também existem estudos longitudinais sobre a incidência do alcoolismo e a evolução no tempo, e dessa forma, podem-se analisar diversos fatores que se podem trabalhar em projetos futuros.

14. Indique quais os aspetos da proposta avaliada que podem ser melhorados ou alterados

A parte de divulgação deve ser melhorada, para estar disponível para mais pessoas.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
Projetos e atividades da Agência Nacional Antidrogas (Romênia) em 2019 – 2020
2. Temporalização
A Agência Nacional Antidrogas é a principal instituição pública responsável pela prevenção e intervenção no domínio das dependências, principalmente do álcool, drogas e tabaco, mas está a desenvolver projetos e campanhas para todas as dependências, todos os anos, a nível local, regional e nacional
3. Características do grupo alvo
O grupo alvo da Agência Nacional Antidrogas é a população romena em geral, mas estão-se a fazer campanhas principalmente em escolas, escolas secundárias e em cooperação com diferentes agências a nível nacional e internacional. As atividades que iremos focar durante esta avaliação serão em relação às crianças e adolescentes (jovens).
4. Objetivos do projeto
Nesta perspetiva, os esforços institucionais têm-se materializado tanto na coordenação, avaliação e acompanhamento, ao nível nacional, de políticas no campo da prevenção e combate ao tráfico e consumo de drogas ilícitas, como no desenvolvimento, promoção e implementação de uma resposta integrada e contínua tendo em vista a redução da procura e oferta de drogas. Na comunidade: <ul style="list-style-type: none">• Promover a participação da comunidade no desenvolvimento de competências sociais e atitudes pró-sociais.• Facilitar o acesso a alternativas de lazer saudáveis, inclusive aquelas que permitem uma canalização adequada da busca por novas sensações, a fim de aumentar a satisfação com o lazer.• Facilitar o estabelecimento de relações interpessoais diversas em torno de ações de interesse não relacionadas às drogas, a fim de reduzir a pressão social sobre o consumo, especialmente a pressão dos pares, e estimular a produção de regras subjetivas antidrogas No contexto familiar: <ul style="list-style-type: none">• Desenvolver estilos educacionais familiares apropriados como forma de melhorar o autocontrole e as competências de tomada de decisão.• Desenvolvimento de competências individuais de relacionamento social, especialmente com os pares;• Estabelecer um clima familiar valioso e suporte afetivo, como base para o aumento da autoestima;• Facilitar a participação de pais e filhos em diversas atividades de lazer;• Criação de hábitos saudáveis para estimular o estabelecimento de regras antidrogas. Desenvolvimento de um sólido sistema normativo e de valores. No contexto escolar: <ul style="list-style-type: none">• Aumento da autoestima;• Desenvolver empatia, como alicerce do desenvolvimento afetivo, competências interpessoais e atitudes pró-sociais;• Aumentar a capacidade de autoexpressão emocional;• Melhorar o autocontrole;• Desenvolvimento de comportamentos de vida saudáveis;



<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de competências de tomada de decisão; • Desenvolvimento de competências interpessoais; • Melhorar a autoafirmação.
<p>5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto</p>
<p>O objetivo do projeto é prevenir e intervir em todos os tipos de adições, especialmente em drogas, álcool e tabaco.</p>
<p>6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.</p>
<p>Sim, a Agência Nacional Antidrogas tem estudos nacionais e internacionais nos quais baseiam as suas campanhas de prevenção e intervenção e publica todos os anos alguns relatórios sobre as dependências na Roménia, mas também dados a nível europeu e internacional (traduzidos e publicados em romeno).</p> <p>Também fazem campanhas de deteção e apoiam iniciativas de outras organizações para avaliação, prevenção e intervenção em adições, especialmente em crianças e jovens.</p>
<p>7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?</p>
<p>Para as atividades e projetos da instituição, existem muitas colaborações com instituições públicas a nível local e regional, mas também a Agência Nacional Antidrogas tem escritórios em cada município.</p> <p>A instituição está envolvida em diversas campanhas de prevenção de outras organizações ou instituições, principalmente em colaboração com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação.</p>
<p>8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?</p>
<p>Sim, as suas iniciativas baseiam-se segundo esse modelo sociocultural, incluindo algumas campanhas especiais para pessoas vulneráveis ou dando apoio a grupos vulneráveis e às ONGs que trabalham em zonas desfavorecidas.</p>
<p>9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
<p>As orientações da Agência Nacional Antidrogas seguem mais linhas, tendo mais departamentos (abaixo são especificados apenas os departamentos que estão a seguir os objetivos descritos acima):</p> <p>Observatório Romeno de Drogas e Toxicodpendência (ORDT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • atualização do Relatório Nacional em que é apresentada a situação da droga em nível nacional; • atualização do sistema de informações sobre atividades de redução da procura (EDDRA); • participação no Early Warning System; • atualização dos mapas de informação do ponto focal, exceto para os da área de redução da procura, para os quais existe um programa autónomo (EDDRA); • cumprir todas as atividades necessárias à implementação dos principais indicadores epidemiológicos; • coordenação, avaliação; implementação de pesquisas na área. <p>Centro Nacional de Formação e Documentação de Drogas - O sistema de difusão de informação - documentação - informação permite a recolha de documentos e informação, o seu tratamento, organização e capitalização a todos os seus beneficiários: alunos, professores, estruturas da administração pública central e local, comunidade (ONGs, associações, autarquias locais, etc.), fornecedores.</p>



<p>Serviço de redução da procura de drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção do abuso de drogas • Prevenção do uso de drogas não médicas • Prevenção da toxicodependência • Prevenção das consequências negativas associadas ao uso de drogas • Evitar a transformação do consumo recreativo em consumo abusivo e dependência; • Aumentar a influência dos fatores de proteção e diminuir a influência dos fatores de risco no uso de drogas.
<p>10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios
<p>Não aplicável</p>
<p>11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?</p>
<p>Sim, cada projeto é seguido em termos de objetivos e indicadores e a agência tem no site o relatório anual onde estão descritos os números, indicadores e impacto qualitativo.</p>
<p>12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?</p>
<p>O impacto de curto prazo das atividades da Agência é revelado através dos projetos em implementação. Por exemplo, para 2020-2021, a Agência está a implementar os seguintes projetos específicos para crianças e jovens:</p> <p>"COMO CRESCER SAUDÁVEL", um projeto que envolve a formação de hábitos de vida saudáveis entre crianças em idade pré-escolar e escolar, enfatizando a importância de se adotar um estilo de vida saudável (alimentação, higiene, exercícios), comportamentos (fumo de cigarro, álcool e medicamentos de venda livre) e formas não violentas de resolução de conflitos e de tomada de decisões.</p> <p>"ABC DAS EMOÇÕES", que é um projeto para treinar e fortalecer competências emocionais como fatores de proteção na prevenção de drogas, com foco na autoconsciência, desenvolvendo a comunicação assertiva, gerenciando emoções desagradáveis, a capacidade de fazer face à pressão dos pares e a tomada de decisões para um desenvolvimento saudável.</p> <p>Projeto "NÃO CENSURADO", certificado e avaliado do ponto de vista da eficiência, a nível internacional, com duas componentes - uma para alunos dos 12-14 anos, que inclui 12 aulas destinadas ao desenvolvimento de competências para a vida e integração social, e a segunda, a componente dos pais, que inclui 3 módulos de coaching na área de equilibrar o relacionamento com as crianças.</p> <p>"FRED GOES NET" destina-se a alunos dos 14 aos 19 anos, de forma a não iniciar ou atrasar o consumo de drogas, mas também evitar a transformação do uso experimental e ocasional para regular. O projeto, implementado desde 2000 em mais de 10 países europeus, envolve 8 encontros de grupo com alunos que necessitam de uma intervenção adequada.</p>
<p>13. Longo prazo</p>
<p>Não aplicável.</p>
<p>14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados</p>
<p>A parte de divulgação dos projetos desenvolvidos pela Agência Nacional Antidrogas pode ser melhorada, de forma a conseguir a complementaridade com outras iniciativas, talvez de ONGs e de trabalho juvenil e educação não formal.</p>



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
Hug of Inclusion
2. Temporalização
Não aplicável
3. Características do grupo-alvo
Adolescentes e jovens de 13 a 18 anos de famílias com doenças psiquiátricas
4. Objetivos do projeto
<p>O objetivo do projeto é prevenir que crianças usem drogas como cannabis, cocaína e outras substâncias relevantes associadas ao uso de drogas.</p> <p>Os objetivos do projeto também são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir a exclusão social e a presunção negativa desses adolescentes - Evitar que sigam um padrão de comportamento negativo devido a doenças psicológicas / psiquiátricas dos pais.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
<p>Todas as substâncias relacionadas com drogas</p> <p>Ênfase também para o uso potencial de tabaco e álcool</p> <p>Prevenção de comportamentos ilegais e práticas sexuais inseguras</p>
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
<p>Hug os Inclusion visa oferecer prevenção, aconselhamento, apoio psicológico, criar um grupo e rede de apoio social para que o adolescente não seja marginalizado na sociedade. Conselheiros motivacionais experientes são usados para este projeto, juntamente com a ajuda de assistentes sociais, educadores e advogados.</p>
7. Is there collaboration or are other entities or administrations involved?
Social services department, ministry of education
8. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
Não aplicável.
9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
<p>O projeto visa ter um impulso na prevenção, em vez de lidar com os efeitos colaterais da não prevenção. Como tal, tenta alcançar os adolescentes antes que eles estabeleçam padrões negativos.</p>
10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?



- Que os jovens estão menos interessados em drogas
- Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso
- Que o consumo experimental não seja ultrapassado
- Evitar a progressão para o abuso e dependência
- Reduzir riscos e danos associados a vícios

O projeto segue um ponto de vista muito pragmático. É sempre mais fácil prevenir do que lidar com as consequências do comportamento negativo.

11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?

Por se tratar de um projeto de prevenção, os dados do programa são utilizados por profissionais que não utilizaram projetos preventivos. Os dados iniciais são muito encorajadores, mas não existem dados / estudos / pesquisas transversais sobre a população ao nível quantitativo. Evidências empíricas / qualitativas sugerem uma taxa de sucesso de mais de 50%.

12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?

O impacto de curto prazo está relacionado ao facto de que metade de todos os adolescentes participantes não exibirá no futuro comportamentos problemáticos que possam forçá-los a enfrentar consequências negativas nas suas vidas.

13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?

- Evitar muitas questões psicológicas / médicas, sociais, jurídicas que uma atitude negativa problemática em relação à exclusão social, estigmatização podem criar
- Transmitir aos adolescentes um sistema de valores que os beneficiará enormemente ao longo da vida
- Expandir a sua autoconsciência aumentando a sua autoconfiança
- Aumentar os mecanismos de defesa do adolescente que está em risco
- Garantir a adaptabilidade ao ambiente social
- Expandir a tolerância sobre si mesmo e relativamente aos outros

14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados

Este tipo de projetos deve ser aumentado em número e o pessoal que contribui para esse esforço também deve aumentar.

Inclusão de estatísticas qualificadas para obtenção de dados científicos.

No geral, o projeto foi inovador e bastante eficaz.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
Jocasta
2. Temporalização
Não aplicável
3. Características do grupo-alvo
Adolescentes entre os 12-15 anos
4. Objetivos do projeto
O objetivo geral do projeto é prevenir o uso excessivo da internet e jogos por parte de adolescentes -Tentar aumentar a consciencialização sobre os perigos da Internet (vírus, phishing, etc.). - Consciencializar sobre o comportamento sedentário que aumentou com o uso da internet.
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Dependência de internet, incluindo jogos
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
Jocasta é um projeto de educação preventiva que orienta e consciencializa adolescentes para evitar que entrem num caminho negativo.
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
Ministério da Educação contribui
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
Este projeto está claramente focado na prevenção e consciencialização para o abuso da internet e suas possíveis ameaças aos jovens.
9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos <p>O projeto é implementado na área de Nicósia e tem participantes que exibiram comportamentos aditivos.</p>
10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?
<ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios



Os critérios são subjetivos com base nas percepções dos pais, em questionários, e nas entrevistas com adolescentes que ocorreram antes do início do projeto, de modo a direcionar aqueles que estão em maior risco

11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?

O projeto alcançou uma possível redução de 40% no comportamento aditivo em relação ao vício da internet. As metas do projeto não foram muito altas devido ao facto de que este era um projeto piloto e os seus diretores sabiam que tinham que elaborar e trabalhar mais num próximo projeto, após detetarem os pontos fracos.

12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?

Reduzir o comportamento aditivo de adolescentes à internet e ensiná-los a estar cientes das possíveis ameaças caso exponham dados pessoais e como isso pode ser manipulado contra eles.

13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?

- Consciência das ameaças, consciência da adição, já que muitas vezes o vício da Internet era considerado um comportamento normal.
- Concentração mais elaborada do que antes do uso excessivo da Internet.
- Melhoria de memória.
- Comportamento mais positivo.

14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados

Definitivamente, é preciso ter mais funcionários para haver melhores resultados. Além disso, deveria existir análise estatística transversal comparativa de outras pesquisas. O projeto tem que ter uma duração maior, muito mais horas de trabalho.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
Rea: Mulheres grávidas e que abusam de álcool
2. Temporalização
Não aplicável
3. Características do grupo-alvo
Mulheres dentro do espectro do ciclo reprodutivo com idades entre 20 a 40
4. Objetivos do projeto
<p>O objetivo geral do projeto é rastrear mulheres em situação de risco, a fim de oferecer aconselhamento onde for necessário para evitar que se magoem.</p> <p>Os objetivos específicos do projeto são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer com que as mulheres compreendam o quão perigoso é esse comportamento e as muitas complicações possíveis que podem ocorrer depois do nascimento dos filhos ou mesmo antes; - Reforçar positivamente as mulheres a mudarem esses comportamentos negativos.²
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Abuso de álcool durante a gravidez. Os riscos óbvios de efeitos posteriores teratogênicos na descendência.
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique.
O projeto Rea é um projeto abrangente no qual se oferece orientação, aconselhamento, psicoterapia e / ou aconselhamento por médicos especializados com experiência. As entrevistas são realizadas antes do início do aconselhamento. Testes psicométricos e de personalidade também integram o programa. Logo após os exames médicos também são usados para avaliar a saúde física / hematológica da mãe e do feto.
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
Ministério da Saúde
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
Não, é primeiramente um projeto de prevenção.
9. projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
O projeto tem como cerne a prevenção. Como tal, é baseado em referências do departamento de serviço social e tem como objetivo reduzir os riscos associados à dependência de álcool durante a gravidez.
10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?



- **Que os jovens estão menos interessados em drogas**
- **Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso**
- **Que o consumo experimental não seja ultrapassado**
- **Evitar a progressão para o abuso e dependência**
- **Reduzir riscos e danos associados a vícios**

O projeto de prevenção segue critérios médicos e psicológicos bem definidos:

- (a) Se a futura mãe não parar o consumo de álcool, então há uma hipótese de haver danos neurológicos / médicos na criança e também uma mãe alcoólica represente um perigo para o próprio feto.

11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?

O projeto teve bastante sucesso e os resultados mostraram uma redução dramática do perigo médico para a mãe e para o bebê. O equilíbrio psicológico foi alcançado em mais de 65% das mulheres participantes.

12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?

Os ganhos no que diz respeito aos aspetos médicos podem ser enormes, embora as evidências sejam não-comprovadas e empíricas, porque nenhum grupo de controlo foi usado.

13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?

Melhor função cognitiva para as mães. Consciencialização sobre os riscos de saúde, para a sua incapacidade de se integrar adequadamente no contexto do meio social e para uma possível incapacidade da mãe em cuidar do recém-nascido.

Mais de 60% das mães participantes acharam o projeto muito valioso.

O Projeto será renovado e continuado.

14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados

Uma vez que e por razões éticas os grupos de controlo não podem ser usados, os dados qualitativos e empíricos devem necessariamente ser o foco. Posto isto, parte da fraqueza decorre da falta de grupo de controlo.

O projeto mostrou que, com o aumento da equipa, a percentagem de sucesso pode aumentar.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do projeto
Nowożytni gladiatorzy
2. Temporalização
2012-2013
3. Características do grupo-alvo
Jovens entre 13 e 16 anos em risco de exclusão social
4. Objetivos do projeto
<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da inclusão social - Prevenção da exclusão social de indivíduos que lutam contra dependências ou em risco - Prevenir dependências em jovens por meio do desporto e da música - Integração com a comunidade local como forma de desenvolver fatores positivos de prevenção da adição
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Droga e álcool
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique
Após avaliar as necessidades dos jovens participantes do projeto, eles criaram o seu próprio clube desportivo denominado Equipe de BJJ como forma de formar uma comunidade que congregasse atividades de lazer para prevenção de adições.
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
54 Escolas Secundárias Universidade da 3ª Idade (um grupo não formal para idosos) Clubes desportivos da Cohorta Clubes de desporto Strefa Aikido Juventude em Ação (Młodzież w Działaniu) - financiou o projeto
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
Através da abordagem a pessoas em risco de exclusão social que lutam contra as dependências e da parceria com entidades da comunidade local, o projeto teve como objetivo mudar a perceção da comunidade sobre os jovens. Portanto, tentou mudar a cultura de como os jovens que lutam contra a adição são vistos pela sociedade.
9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco



<ul style="list-style-type: none"> - Redução de danos reduction - Damage reduction
O projeto contém as seguintes linhas de ação: prevenção e redução de risco.
<p>10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios
Não aplicável
<p>11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?</p>
Sim
<p>12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?</p>
Vários participantes do projeto conseguiram terminar o ensino secundário Criação de um registo musical e um videoclipe
<p>13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?</p>
Criação do clube desportivo Brasileiro de Jiu Jitsu que mais tarde se transformou numa filial do “11 Barracuda Sports Clubs” na Polónia e uma na Irlanda.
<p>14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados</p>
Contratar mais especialistas que permitiriam facilitar as consultas individuais nos momentos difíceis do trabalho com os jovens, por exemplo, períodos em que estavam prestes a entrar em colapso novamente.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto	Aktywni (nie)Pełnosprawni - obóz artystyczno-sportowy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych. Poprawa stanu fizycznego i psychicznego osób niepełnosprawnych.
2. Temporalização	5 de junho a 7 de agosto de 2017
3. Características do grupo-alvo	Pessoas com deficiência entre 8 e 18 anos da cidade de Poznan
4. Objetivos do projeto	<ul style="list-style-type: none"> - Organização de atividades culturais e desportivas durante o verão como um método de prevenção da adição - Expandir o conhecimento das culturas europeias e asiáticas - Encontrar e desenvolver as paixões dos jovens para que estes passem mais tempo a persegui-las e tenham menos tempo para pensar em drogas ou outras substâncias aditivas - Melhorar a condição física e mental dos participantes - Desenvolver competências sociais como forma de desenvolver fatores positivos de prevenção de dependências
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto	Adições comportamentais e a drogas
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?	O Município de Poznan (Urząd Miasta Poznania) – Departamento social e de saúde
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?	Concentra-se na prevenção da adição em jovens com deficiência
9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos



Prevenção de dependências e redução de riscos através da organização de diversas atividades de lazer. O objetivo era desenvolver as paixões dos jovens e ensinar-lhes competências valiosas como forma de passar momentos de lazer significativos e de ter menos tédio, dos quais muitas vezes surgem adições
<p>10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios
Não aplicável
<p>11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?</p>
Sim
<p>12. Qual é o impacto do projeto a curto prazo?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Organização de atividades de lazer para os jovens durante o verão - Ensinar os jovens a usar o seu tempo livre de forma significativa - Ampliar os seus conhecimentos sobre as culturas europeias e asiáticas - Gravar uma música e filmar um videoclipe
<p>13. Qual é o impacto do projeto a longo prazo?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver relações com modelos de comportamento saudáveis e descobrir o que os ajudaria a melhorarem a forma como gerem e passam o tempo de lazer - Ajudar os jovens a desenvolver competências sociais que os beneficiem e os levem a estar menos em risco de desenvolverem adições no futuro
<p>14. Indique quais os aspetos da proposta avaliada que podem ser melhorados ou alterados</p>
A ação poderia ser acompanhada de outros eventos de lazer, culturais, artísticos e desportivos ao longo dos anos seguintes.



AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE ADIÇÕES

1. Nome do Projeto
WiM - Wielkopolska in Move
2. Temporalização
2015-2018
3. Características do grupo-alvo
9500 Crianças e Jovens da Wielkopolska Voivodeship que estão em perigo de exclusão social por serem dependentes ou em risco de desenvolver dependência.
4. Objetivos do projeto
<ul style="list-style-type: none"> - Organização de semanas de movimento em diferentes cidades em Wielkopolska - Ampliar o conhecimento dos participantes sobre a forma como o desporto pode ser um método de prevenção da adição, um estilo de vida saudável, bem como promover o desenvolvimento mental e físico - Apresentar desportistas famosos que lutaram contra os seus vícios e como superaram as suas lutas
5. Tipologia de adições trabalhadas no projeto
Álcool e drogas
6. O projeto ou proposta parte de uma avaliação inicial para detetar necessidades e orientar as atividades? Se sim, explique
Não aplicável
7. Existe colaboração ou envolvimento de outras entidades ou organizações?
54 Escolas Secundárias Escola Secundária em Miłostaw Kohorta Poznań Muay Thai Gym Strefa Aikido MKS (andebol) Comissão Europeia V4SportFoundation
8. O projeto parte de um modelo ecológico ou sociocultural que inclui fatores biológicos, sociais e culturais que permitem mudar a estrutura social que sustenta as dependências?
O projeto inclui fatores sociais e culturais, através da mudança da forma como as dependências são vistas, falando sobre elas abertamente e tentando mudar a cultura da forma como são faladas



<p>9. O projeto contém alguma das seguintes linhas de ação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e redução de risco - Redução de danos
<p>O projeto visa a prevenção e redução de riscos por meio do apoio a jovens na prática desportiva e de encontros com mentores que lutaram contra a dependência graças ao desporto.</p>
<p>10. O planeamento do projeto de prevenção é desenvolvido de acordo com os seguintes critérios pragmáticos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que os jovens estão menos interessados em drogas - Atrasar a idade de início do consumo, uso e abuso - Que o consumo experimental não seja ultrapassado - Evitar a progressão para o abuso e dependência - Reduzir riscos e danos associados a vícios
<p>Não aplicável</p>
<p>11. O projeto atingiu os objetivos inicialmente definidos?</p>
<p>Sim</p>
<p>12. Qual é o impacto de curto prazo do projeto?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria do estado de saúde e do humor diagnosticados durante a avaliação - Prevenção do uso de drogas durante as atividades de lazer
<p>13. Qual é o impacto de longo prazo do projeto?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Vários participantes inscreveram-se em formações regulares nas organizações parceiras após o projeto, o que os fez passar mais tempo num ambiente saudável e livre de drogas - Organização de miniprojecto por jovens que participaram e que incluiu as suas comunidades locais
<p>14. Indique quais aspetos da proposta avaliada podem ser melhorados ou alterados</p>
<p>Mais cobertura mediática poderia ter beneficiado o projeto e mais participação dos media no resultado dos eventos</p>



CAPÍTULO 5

DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PREVENTIVAS NO CAMPO DO LAZER ALTERNATIVO COM JOVENS

A incorporação de estratégias de prevenção em atividades de lazer para os jovens é benéfica, pois pode impedi-los de desenvolver adições. Pode-se educar os jovens sobre as consequências negativas das adições, desencorajando-os, por exemplo, de consumir substâncias ilegais. No entanto, é importante mostrar-lhes como programar o seu tempo livre, desenvolver relacionamentos positivos dentro da comunidade e encontrar outras pessoas com quem possam partilhar os seus pensamentos e experiências. Tudo isso desempenha um papel fundamental na prevenção da adição. Portanto, é importante que as pessoas que organizam atividades de lazer se lembrem do grande papel que elas desempenham na prevenção da dependência em jovens, seja ela direta ou indireta.

Identificação de grupos de alto risco:

Os fatores de risco para o consumo de substâncias de alto risco por jovens podem incluir:

- História familiar de consumo de substâncias
- Atitudes favoráveis dos pais em relação ao comportamento
- Monitorização parental deficiente
- Consumo parental de substâncias
- Rejeição familiar da orientação sexual ou identidade de género
- Associação com delinquentes ou substâncias utilizadas pelos pares
- Falta de conexão com a escola
- Baixo desempenho académico
- Abuso sexual infantil
- Problemas de saúde mental



O que é importante para os jovens para prevenir o desenvolvimento de vícios:

O modelo do processo de afirmação da juventude (Kim et al., 1998) é baseado numa ampla gama de teorias ou componentes teóricas, como a teoria do controle social, o modelo de desenvolvimento social, comportamento problemático e aprendizagem social.

Os componentes que este modelo inclui são:

- Apoio familiar adequado;
- Suporte social adequado;
- Preocupação e apoio da família na vida do jovem;
- Altas expectativas sociais de pessoas importantes para os jovens;
- Oportunidades de aprender competências para a vida com implicações no trabalho;
- Oportunidades relevantes para assumir responsabilidades;
- Oportunidades de participar e contribuir significativamente para atividades sociais, culturais, económicas e públicas na escola e na comunidade;
- Oportunidades para demonstrar competências e alcançar o sucesso;
- Reforçar o desempenho de pessoas relevantes na escola, em casa, mas também de outros adultos.



Tipos de programas de prevenção e intervenção

Os autores de um manual publicado pelo "Office for the Prevention of Abuse of Substances" (OSAP) nos Estados Unidos classificaram os programas de prevenção (voltados especialmente para os jovens) da seguinte forma:

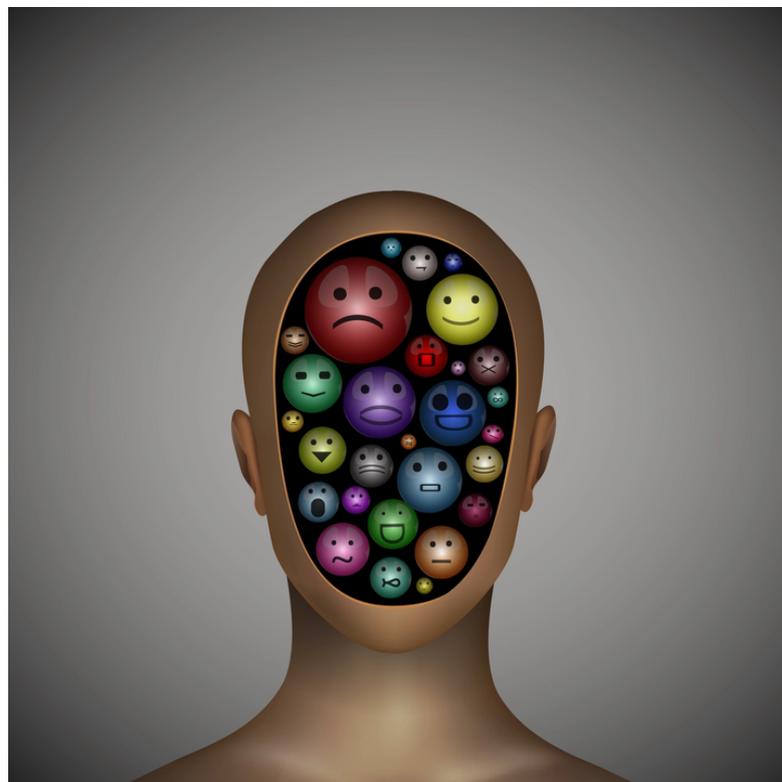
1. Programas centrados na pessoa

O desenvolvimento de conhecimentos, comportamentos e atitudes em relação ao uso de tabaco, álcool e drogas são as estratégias de prevenção mais utilizadas. O objetivo desses programas é influenciar mais indivíduos do que o seu ambiente social ou económico. A abordagem usada nestes programas implica:

- Informação. Essa abordagem parte do pressuposto de que as pessoas consomem drogas porque não foram suficientemente informadas sobre os seus efeitos nocivos. Se a fonte de onde provém a informação recebida for considerada confiável pelo grupo-alvo, então, ao omitir o elemento "medo", a informação fornecida pode tornar-se uma parte importante de uma abordagem mais complexa.
- "Isto poderia acontecer comigo." O pressuposto básico dessa abordagem é que, embora os jovens conheçam os efeitos negativos do consumo de drogas, não pensem que isso também poderia afetá-los. Assim, a consciencialização desse risco potencial por parte do grupo-alvo pode ser eficaz na prevenção do consumo, se as mensagens transmitidas forem baseadas em evidências científicas.



- Gestão das emoções. Essa abordagem parte da hipótese de que as pessoas consomem drogas devido a problemas emocionais. A abordagem concentra-se na melhoria da resistência ao stress e na detecção de grupos de risco para que eles forneçam o suporte necessário no tempo.
- Melhorar as competências sociais. Esses programas têm como objetivo promover a firmeza, melhorar a comunicação social, desenvolver a assertividade e estimular os participantes a resistir às pressões sociais negativas.
- Identificação do comportamento antissocial nas fases iniciais. A hipótese da qual parte esta abordagem é que agressão, rebeldia, impaciência e timidez são pistas potenciais para problemas comportamentais futuros. Os programas são projetados para identificar os adolescentes com esses problemas iniciais e orientá-los numa direção mais aceitável ao nível social.



2. Programas centrados nos pares

- No caso dos jovens, os membros de um grupo geralmente têm uma grande influência. Os programas escolares podem tirar proveito disso, envolvendo os jovens em atividades de prevenção. É preferível que tais programas incluam componentes para o desenvolvimento de competências sociais e técnicas interativas.

3. Programas centrados nas famílias

- Esses programas partem do pressuposto de que a família tem um papel ativo na prevenção do consumo de drogas. Sob esses programas de educação, os pais são informados sobre o consumo de drogas e os seus efeitos, desenvolvem competências de escuta ativa, estabelecimento de regras e limites, reconhecimento precoce do uso de drogas, etc.
- Os encontros com os pais são muito mais eficazes do que a transmissão dessas informações por meio de materiais informativos-educacionais. Folhetos com informações podem ser um primeiro passo para estimular o envolvimento ativo dos pais.



Exemplos de métodos preventivos

Educação

Fornecer aos indivíduos conhecimento sobre adições resulta em fazer escolhas melhores. Se os jovens tiverem conhecimentos básico dos sintomas e das desvantagens das adições, é menos provável que caiam nelas.

Mentoria

Ter um relacionamento forte com um mentor respeitado pode ajudar a guiar os jovens na direção certa, evitando que caiam na dependência.

Praticar exercício e cultivar hábitos positivos

Apresentar novos hobbies às pessoas pode resultar no preenchimento do seu tempo livre de maneira positiva. É um fator importante, porque em vários casos as adições nascem de não saber como passar o tempo livre e, portanto, do tédio extremo.



Como estruturar uma campanha de conscientização sobre dependências

Investigadores holandeses compilaram a seguinte lista de critérios que os programas deveriam atender idealmente para a prevenção de problemas de saúde mental (e tratamento) contra a dependência (M. Janssen and K. Geelen).

ESTÁDIO

CRITÉRIOS QUALITATIVOS

1. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Aspetos gerais

- apoiar a plausibilidade dos resultados / efeitos esperados;
- considerar os efeitos negativos da prevenção;
- envolver os membros do grupo-alvo sempre que possível no desenvolvimento do projeto;
- especificar quais serão os efeitos esperados ao longo do desenvolvimento;



Identificar os problemas

- estimar a gravidade e importância do problema e custos relacionados;
- usar dados epidemiológicos existentes;
- explicar porque um determinado problema foi selecionado;

Analisar problemas

- analisar as condições do problema no âmbito micro e macrossocial, bem como a forma como esses fatores interagem;
- basear-se no conhecimento dos fatores de risco e fatores de proteção e diferenciar entre quais fatores não podem ser alterados;
- usar os dados científicos disponíveis.

Estabelecer o objetivo

- descrever com precisão os resultados intermédios esperados;
- descrever com precisão os resultados esperados no final;
- descrever com precisão o grupo ou grupos-alvo;
- descrever com precisão o grupo ou grupos-alvo que a prevenção é intermediária;
- formular metas para que sejam fáceis de verificar se foram alcançadas
- definir objetivos específicos.



Especificar estratégia e selecionar metodologias

- analisar o propósito da intervenção;
- selecionar o tipo de intervenção com base no conhecimento sobre estratégias de abordagem eficazes;
- realizar uma série de intervenções coerentes ao nível micro e macrossocial;
- apreciar a eficácia e viabilidade da estratégia e metodologia escolhida;
- testar a intervenção com antecedência ou usar um tipo de intervenção usado anteriormente

Planear o projeto

- possuir um plano sistemático, que indique as suas atividades e cronograma;
- incluir períodos de avaliação e teste;

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Implementar o projeto

- é implementado seguindo o plano passo a passo;
- é coordenado com as atividades de terceiros (administrador, facilitadores de serviço, outros níveis, etc.).



3. AVALIAÇÃO DO PROJETO & FOLLOW-UP

Resultados

- é desenhado com um propósito e forma, para um determinado objetivo de grupo;
- é considerado atrativo pelo grupo-alvo (design de bons gráficos, custos baixos)

Disseminação

- fornecer uma descrição clara e abrangente do projeto.
- dar a conhecer os resultados esperados aos grupos-alvo;
- fornecer uma descrição clara e abrangente deles;

A relevância do projeto

- pretende resultados / efeitos numa ampla gama de grupos-alvo;
- atingir os efeitos que são socialmente desejáveis

Efeitos

- demonstrar a obtenção de resultados / efeitos intermédios desejados
- demonstrar o alcance dos resultados de prevenção desejados.



Como desenvolver um espaço preventivo e seguro

O desenvolvimento de um espaço seguro é um componente-chave da prevenção da adição. Pode servir para fins educativos, desenvolvendo hábitos saudáveis, proporcionando atividades de lazer ou fazendo com que as pessoas se sintam conectadas a uma pequena comunidade. Todas essas são partes importantes da prevenção da adição. Abaixo estão 5 regras que tornarão mais eficaz a criação de um espaço seguro para a prevenção da adição:

Seja acolhedor e hospitaleiro com os indivíduos

Trate os participantes de uma forma que os faça sentirem-se à vontade e em casa. Isso permitirá que eles se abram e participem plenamente das conversas e atividades planejadas para o grupo. Contribuirá também para uma melhor energia na sala e na dinâmica de grupo.

Inclua todas as pessoas e as suas experiências

Para criar um espaço seguro onde os jovens possam aprender e desenvolver as competências necessárias para evitar que caiam na armadilha da adição, o espaço deve ser inclusivo. É importante enfatizar o facto de que todos são bem-vindos e podem partilhar as suas experiências, independentemente da sua formação. Crie um ambiente inclusivo em termos de género, raça, idade, religião, pontos de vista políticos e valores importantes para os membros do grupo. Permitirá um melhor reconhecimento de uma ampla gama de experiências de vida e percepções de situações que podem beneficiar positivamente o crescimento do grupo.



Tente desenvolver relacionamentos positivos

Uma forte conexão entre os indivíduos e os membros da comunidade pode ser uma parte fundamental das estratégias de prevenção. Portanto, tente fortalecer as relações entre os membros do grupo. Refere-se ao ponto anterior de ser inclusivo e reconhecer diferentes fatores que fazem parte da vida de outras pessoas.

Além disso, quando um indivíduo se sentir mais compreendido pelo grupo e sentir que pode abrir-se sobre os seus problemas, será menos provável que caia na armadilha da adição, porque muitas vezes origina-se da falta de vínculos na sociedade e de se sentir incompreendido. Assim, é importante que os jovens sintam que podem partilhar as suas experiências e sentimentos com outras pessoas livremente e podem ter uma conversa sobre os seus pensamentos.

Estabeleça regras ou diretrizes básicas que o grupo deve seguir

As diretrizes são uma parte importante de regular o funcionamento do grupo e a sua dinâmica. Certifique-se de que o grupo concorda com um modo de interação e comunicação comuns, bem como o quê e como as informações são partilhadas fora do grupo.

Dê tempo para o diálogo

Reserve um tempo e deixe os membros do grupo expressarem as suas opiniões, ideias e preocupações. Isso ajudará a adequar a prevenção às pessoas com quem se está a trabalhar. Dar tempo suficiente para conversas também ajuda a construir e fortalecer os relacionamentos dentro do grupo. Ajuda a fortalecer os laços entre o indivíduo e a comunidade, o que é um fator preventivo saudável.



Ensine mecanismos de coping saudáveis

Tente incorporar o ensino de mecanismos de coping saudáveis na atividade de lazer realizada ou no workshop que está a conduzir. Muitos transtornos por consumo de drogas decorrem do facto de que alguns indivíduos são incapazes de lidar com as suas emoções negativas de forma saudável e consomem substâncias ilegais para lidar com elas. Assim, é fundamental incorporar isso na atividade de lazer.



Estratégias de prevenção bem-sucedidas incorporam necessidades específicas dos participantes em relação a:

Gênero

Uma abordagem baseada em gênero é necessária para prevenir a prevenção da adição em drogas e outras substâncias, de acordo com o UNODC. Existem fatores específicos de gênero no que diz respeito à resiliência e vulnerabilidade. Além disso, investigações mostram que as estratégias de prevenção não beneficiam homens e mulheres da mesma forma. Uma abordagem com atenção ao gênero ao realizar atividades de prevenção pode ajudar na sua eficácia. Isso faria com que a condução da atividade fosse adaptada às necessidades dos diferentes gêneros, resultando em mais inclusão. Para dar um exemplo, embora as estratégias baseadas na família pareçam funcionar igualmente para ambos os sexos, as estratégias baseadas na comunidade e na escola têm maior probabilidade de falhar para raparigas e mulheres.

Idade

É importante que os métodos de prevenção e a abordagem sejam variados dependendo da idade dos indivíduos que participam de uma atividade ou workshop. Diferentes formas de comunicação e abordagem devem ser adotadas.

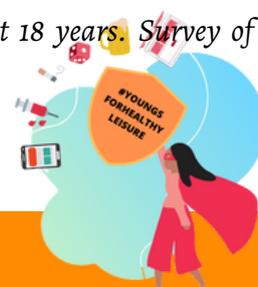
Cultura

Dependendo da cultura em que foram criados os indivíduos, as adições podem ser faladas de uma maneira diferente. Em muitas culturas, existe um estigma e pode ser considerado um tópico tabu. Esteja preparado para que a sua cultura também seja reconhecida para alcançar o melhor sucesso dos métodos preventivos incorporados na atividade de lazer realizada.



BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. Ed.). Washington, DC: APA.
- Álvarez Cuesta, H. (2020). Del recurso al teletrabajo como medida de emergencia al futuro del trabajo a distancia. *Lan Harremanak*, 43, 175-201. Recovered from: <https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.21722>
- Badora B, Gwiazda M, Herrmann M, Kalka J, Moskalewicz J 'Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych. Część I: Rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych i ich związek z używaniem substancji psychoaktywnych' (2015)
- Balluerka, N., et al. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Bilbao, Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Recovered from: https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Consecuencias_psicologicas_COVID19.pdf
- Balsa, Casimiro (2018). *IV National Survey Consumption of Psychoactive Substances in the general population, Portugal, 2016/2017*. Lisbon: SICAD
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 45-74). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Becoña, E. (2008). ¿Qué debemos saber para hacer una buena prevención de las drogodependencias? *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5, 71-96.
- Bequir, S. (2020). Adicciones comportamentales. Recovered from: <https://www.institutocastelao.com/adicciones-comportamentales/>
- Calado, Vasco and Lavado, Elsa (2018). *Social representations of addictive behaviors. Survey of young people resent in the Rock in Rio - Lisbon 2018*. Lisbon: SICAD
- Carapinha, Ludmila; Calado, Vasco; Neto, Helena (2020). *Additive Behaviors at 18 years. Survey of young people participating in the Day of National Defense – 2019*. Lisbon: SICAD



- Christodoulides , C. (2021). The relationship between young people in Cyprus with Social Networking and Internet.
- De la Vega, R., Almendros, L. J., Barquín, R. R., Boros, S., Demetrovics, Z., & Szabo, A. (2020). Exercise Addiction During the COVID-19 Pandemic: an International Study Confirming the Need for Considering Passion and Perfectionism. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7714253/>
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco y SIIS (2020). El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Recovered from: http://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/COVID_adicciones_euskadi.pdf
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Echeburúa, E. (2003). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 20, 164-195.
- ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 'Poland Country Drug Report 2019'
- Gil-Torres, A., Martín-Quevedo, J., Gómez-García, S. & San José-De la Rosa, C. (2020). El coronavirus en el ecosistema de los dispositivos móviles: creadores, discursos y recepción. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 329-358. Recovered from: <http://nuevaepoca.revistalatinacs.org/index.php/revista/article/view/251/863>
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M.J. y Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anales de Psicología*, 32, (3), pp. 899-906. Recovered from: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16746507033.pdf>
- Håkansson, A., Fernández-Aranda, F., Menchón, J. M., Potenza, M. N., & Jiménez-Murcia, S. (2020). Gambling during the COVID-19 crisis—a cause for concern. *Journal of addiction medicine*, 14(4), 10-12. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273946/>



- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 184-186. Recovered from: <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016>
- Klingemann I.J, Klingemann H, and Moskalewicz J, 'Popular views on Addiction and on Prospects for Recovery in Poland, Substance, Use & Misuse' (2017)
- Lim, M. A. (2020). Exercise addiction and COVID-19-associated restrictions. *Journal of Mental Health*. Recovered from: <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1803234>.
- Mestre-Bach, G., Blycker, G.R. & Potenza, M.N. (2020) Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9 (2), 181-183. Recovered from: https://www.researchgate.net/publication/340961962_Pornography_use_in_the_setting_of_the_COVID-19_pandemic
- Moskalewicz J, Badora B, Feliksiak M, Głowacki A, 'Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019' (Raport badań, 2019) Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Badania Opinii Publicznej
- Nebot-García, J.E., Ruiz-Palomino, E., Giménez-García, C., Gil-Llario, M.D. y Ballester-Arnal, R. (2020). Frecuencia sexual de los adolescentes españoles durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7, (3), 19-26. Recovered from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7649328>
- Nowakowska I, Lewczuk K, Gola M 'Changes in the Addiction Prevalence in Polish Population between 1990-2019: Review of Available Data' (2020) 6(1) *Journal of Addiction Science*
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (DGPNSD) (2020). Informe COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones. Recovered from: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPA_CTO_COVID-19_OEDA_final.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2020). Informe sobre adicciones comportamentales 2020. Ministerio de Sanidad. Recovered from: https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf



- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2020). INFORME 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. Recovered from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2021). Informe Nacional EDADES 2019/2020. Ministerio de Sanidad. Recovered from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recovered from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Patrão, Ivone and Fernandes, Pedro (2019). Online addictions: a study on the perception of parental supervision in a sample of parents of children and young people. Lisbon: Edições ISPA
- Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (2020). Informe. Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. Madrid, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Recovered from: https://www.seppyna.com/documentos/2020_InformeCOVID_final.pdf
- Pornhub. (2020). Coronavirus insights. Recovered from: <https://www.pornhub.com/insights/corona-virus>.
- Phellas, C., Kentas, G., & Stylianou, A. (2017). (rep.). National Betting Authority. Retrieved from https://nba.gov.cy/wp-content/uploads/ReportGambling_EN.pdf
- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. A. (2003). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders, 2nd ed. Bethesda, MD: U. S. Department of Health and Human Services, National
- Sarrión, B. (2020). Adicción a las compras durante el confinamiento. Recovered from: <https://volmae.es/adiccion-a-las-compras-durante-el-confinamiento/>
- SICAD (2020). Annual Report 2019. The Country's Situation Concerning Drugs and Drug Addiction. Lisbon: SICAD
- SICAD (2020). Statistical bulletin 2019 (Alcohol; Gaming, Gambling and Internet; Illicit Substances; Medicines). Lisbon: SICAD



Links of interest

- <https://apta.ro/statistici.html>
- <https://castlecraig.ro/despre-noi/mass-media/statistici-dependenta>
- <https://www.cgc.org.cy/en/the-cyprus-gaming-commission>
- <https://globalyouthadvocacy.net/sport-not-alcohol-and-drugs/>
- <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/Analiza-de-situatie-2015-1.pdf>
- <https://www.mediafax.ro/social/patima-jocurilor-de-noroc-o-dependenta-periculoasa-ce-afecteaza-in-special-tinerii-ce-consecinte-pot-aparea-si-cum-se-poate-trata-17517039>
- <https://movendi.ngo/news/2020/01/24/romania-alcohol-problems-among-youth/>
- <https://www.naac.org.cy/el/home>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6196370/>
- https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf
- <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563215000862>
- <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao>
- <https://snpcar.ro/factori-psiologici-si-sociali-implicati-in-consumul-de-droguri-la-adolescenti/>
- <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-016-0080-3>



Thank

You





Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



fundación
aspaym
castilla y león



WWW.



ROSTO
SOLIDÁRIO

Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

