



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# Avaliação do risco do consumo de substâncias psicoativas: contributos para a validação portuguesa do ASSIST

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Justiça e do Comportamento Desviante-

*Tiago Miguel Vasconcelos Cardoso*

Porto, janeiro de 2019



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# Avaliação do risco do consumo de substâncias psicoativas: contributos para a validação portuguesa do ASSIST

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Justiça e do Comportamento Desviante-

*Tiago Miguel Vasconcelos Cardoso*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carmo Carvalho  
Prof. Dr. Pedro Dias

Porto, janeiro de 2019

## **Agradecimentos**

Primeiramente quero agradecer a todos os professores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa do Porto que me acompanharam durante estes anos. Obrigado pela dedicação e disponibilidade que sempre demonstraram para comigo.

Aos meus pais pelo carinho e pelo apoio que sempre me prestaram, acreditando sempre em mim. Nada disto seria possível sem que estivessem presentes ao longo deste percurso.

À professora Maria Carmo Carvalho e ao professor Pedro Dias pela paciência e disponibilidade que tiveram durante este período. Sem dúvida, este projeto não se realizaria sem o vosso esforço e acompanhamento. Ficarei eternamente grato por serem tão bons profissionais e seres humanos.

Aos meus avós que sempre confiaram nas minhas capacidades e me deram o carinho quando precisava.

Ao meu grupo de amigos da Faculdade, que todos contribuíram para que os obstáculos que surgiram não fossem uma dificuldade, mas uma força para obter maior motivação.

À Luana e ao Miguel por ser um suporte em todos os momentos que mais preciso.

À Bárbara, Carla, Diana, Maria, Mariana e Sofia por me acompanharem sempre neste percurso, sendo sem dúvida pessoas muito importantes para mim.

E por fim, ao Diogo por acreditar sempre em mim e por ter ouvido a tese mais que uma vez para me ajudar na correção.

## Resumo

O presente estudo surge na necessidade de avaliar o grau de risco do consumo de substâncias lícitas e ilícitas num só instrumento validado para Portugal. Assim, terá como principal objetivo contribuir para a validação do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* para a população portuguesa, uma vez que se apresenta como um instrumento que avalia um amplo leque de substâncias (lícitas e ilícitas).

A amostra é constituída por 584 indivíduos que foram alvo de intervenção na Comissão da Dissuasão para a Toxicodependência. Sendo que os dados foram obtidos através de um questionário sociodemográfico e do próprio instrumento ASSIST. A metodologia adotada é de natureza quantitativa, para ir de encontro aos objetivos desta investigação e das características do ASSIST.

Face aos resultados, obteve-se uma consistência inferior face à de validações de outros países como França e Espanha, uma diferença significativa ao nível da idade no indicador de abuso das ilícitas. E por fim, o cumprimento dos scores obtidos face aos scores máximos delineados pela v.3 do ASSIST. Estes resultados podem estar associados com as características da amostra, que maioritariamente homogénea, uma vez que é apenas constituída por indivíduos que foram alvo de intervenção na Comissão da Dissuasão para a Toxicodependência.

Palavras-chave: Substâncias psicoativas; ASSIST; Validação; Consumo

## **Abstract**

The present study shows the need to evaluate the degree of risk of the consumption of licit and illicit substances in a single instrument validated for Portugal. Thus, it will have as main objective to contribute to the validation of the instrument Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test for the Portuguese population, since it is presented as an instrument that evaluates a wide range of substances (licit and illicit).

The sample is made up of 584 individuals who have been targeted by the Comissão da Dissuasão para a Toxicodependência. The data were obtained through a sociodemographic questionnaire and the ASSIST instrument. The methodology adopted is of a quantitative nature, in order to meet the objectives of this investigation and the characteristics of ASSIST.

In view of the results, there was a lower consistency compared to the validations of other countries such as France and Spain, a significant difference in age in the indicator of illicit abuse. And finally, the performance of the scores obtained against the maximum scores outlined in v.3 of ASSIST. These results may be associated with the characteristics of the sample, which is mostly homogeneous, since it is only made up of individuals who have been the target of intervention in the Comissão da Dissuasão para a Toxicodependência.

Key words: Psychoactive substances; ASSIST; Validation; Consumption

## Índice

<b>Introdução</b> .....	8
<b>Parte I – Enquadramento Teórico</b> .....	9
<b>1. Epidemiologia</b> .....	9
1.1. Prevalências de consumo na sociedade portuguesa.....	9
1.2. Tendências de consumo na população adulta e população jovem adulta.....	10
1.3. O uso de substâncias psicoativas em grupos etários específicos.....	11
1.4. Características sociodemográficas e tendências do consumo da população da Comissão da Dissuasão para a Toxicodependência (CDT).....	12
<b>2. Riscos associados ao consumo</b> .....	12
2.1. Riscos do consumo de Álcool.....	13
2.2. Riscos do consumo de Canábis.....	13
2.3. Riscos do consumo de Cocaína.....	14
<b>3. Os instrumentos de avaliação do risco relacionado com o consumo de substâncias na população adulta</b> .....	14
<b>4. O ASSIST – um instrumento de rastreio do consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas</b> .....	16
4.1. Composição do instrumento ASSIST.....	16
4.2. Fases da validação do ASSIST.....	17
4.3. Validações estrangeiras.....	18
4.3.1. Validação da versão francesa do Instrumento ASSIST para a população idosa.....	18
4.3.2. Validação da versão francesa do Instrumento ASSIST para a população adulta.....	19
4.3.3. Validação da versão espanhola do Instrumento ASSIST.....	19
<b>5. Síntese</b> .....	19
<b>Parte II – Metodologia</b> .....	20
<b>1. Amostra</b> .....	20
1.1. Caracterização da amostra.....	21
<b>2. Instrumentos</b> .....	22
<b>3. Procedimento de recolha de dados</b> .....	23
3.1. Procedimentos éticos.....	23
3.2. Procedimentos de tratamento e análise de dados.....	24
<b>4. Apresentação dos resultados</b> .....	24
4.1. Consistência interna.....	24
4.2. Domínios do ASSIST.....	25
4.3. Diferenças de dependência e abuso em função da idade.....	27
<b>Parte III – Discussão</b> .....	30
<b>Parte IV – Conclusão</b> .....	32
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	34
<b>Anexos</b> .....	37

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1-</b> Dados Sociodemográficos.....	21
<b>Tabela 2-</b> Alpha de Cronbach.....	25
<b>Tabela 3-</b> ASSIST v.3 - descrição do domínio do envolvimento de substâncias específicas (SSI) e pontuação máxima obtida no domínio.....	26
<b>Tabela 4-</b> ASSIST v.3 - descrição do domínio do envolvimento de substâncias específicas e pontuação máxima obtida no domínio.....	27
<b>Tabela 5-</b> Teste t para amostras independentes.....	28

## Introdução

O presente estudo tem como objetivo geral contribuir para a validação do instrumento denominado de *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. Este instrumento foi criado no intuito de ser aplicado nos cuidados de saúde primários, visando detetar a gravidade do consumo de substâncias lícitas e ilícitas. Assim, Inclui um conjunto de ferramentas, das quais o questionário ASSIST para adultos, um manual que explica como dever aplicado o instrumento, as Intervenções Breves a serem aplicadas consoante o grau de risco e um manual de autoajuda para consumidores de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas (Organização Mundial de Saúde, 2017). Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para dar resposta às consequências que o consumo de substâncias psicoativas representa para a saúde pública.

Face à gravidade do consumo em Portugal, o álcool é a substância que evidencia um maior consumo experimental, com uma percentagem de 86,3%. Nas substâncias ilícitas, a canábis é a que apresenta valores mais elevados, assim como ao nível europeu (Balsa, Urbano e Vital, 2017).

Atualmente, e considerando a relevância do ASSIST está em marcha a sua adaptação à população portuguesa. Esta ação vem no seguimento do esforço por parte das instituições para que o ASSIST seja validado, uma vez que reconhecem a sua importância e necessidade de ser aplicado nas suas intervenções. Esta necessidade surge na importância de existir um único instrumento, de aplicação rápida e eficaz, que permita avaliar o grau de risco de uma vasta variedade de substâncias (lícitas e ilícitas). Como tal, a Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência/ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e o Projeto Integrado de Apoio à Comunidade são das instituições que estão envolvidas nesta iniciativa de validação.

Relativamente à estrutura da dissertação, esta inicia-se com um enquadramento teórico que aborda os principais tópicos que são precisos para se conseguir acompanhar a futura investigação, seguindo-se a metodologia, onde está presente qual será a abordagem metodológica que irá ser aplicada e

sua respetiva justificação, recolha e análise de dados. Por fim, um momento de conclusão e discussão do estudo.

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

### **1. Epidemiologia**

Uma vez que o ASSIST é um instrumento direcionado para a análise do grau de risco do consumo de substâncias, é necessário fazer um enquadramento de como é caracterizado o consumo em Portugal. Assim, irá clarificar a pertinência e a necessidade da validação do instrumento ASSIST para a nossa população.

Para se aceder a este tipo de informação, existem vários relatórios que são realizados na sua maioria anualmente e que permitem tomar conhecimento de como está a evolução do consumo em Portugal. Neste seguimento, o estudo, debruçar-se-á no IV Inquérito Nacional ao Consumo de substâncias psicoativas na população geral (Balsa, Urbano e Vital, 2017), para uma visão mais global. Para contextos específicos, teremos o Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (Calado & Carapinha, 2017) e o estudo de Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior (Alcântara da Silva et al, 2015), permitindo conhecer vários contextos e seus comportamentos face às substâncias.

#### **1.1. Prevalências de consumo na sociedade portuguesa**

Em primeiro lugar, surge o álcool com maior prevalência de consumo experimental com 86,3%. Dos participantes, 58,2% afirma ter consumido nos últimos 12 meses e 48,4% nos últimos 30 dias. O tabaco é a segunda substância mais consumida, com valores de prevalência de 49% ao longo da vida. No que se refere aos últimos doze meses, possui 30% de consumo e 28,9% nos últimos trinta dias.

Face às substâncias ilícitas, sabe-se que estas apresentam valores mais baixos que as lícitas, com um consumo ao longo da vida de 10,2%, 4,7% nos últimos 12 meses e 3,8% nos últimos 30 dias. A substância ilícita que apresenta consumos mais elevados é a cannabis, com consumos experimentais de 9,6%, 4,4% nos últimos 12 meses e 3,7% nos últimos 30 dias. Nas restantes substâncias, a cocaína é a que se apresenta mais significativa, com valores

acima de 1,1% em comparação com 0,6% relativos ao ecstasy e 0,2% dos alucinogénios.

Numa análise longitudinal, sabe-se que entre 2012 e 2017, ocorreu uma subida das prevalências do consumo de álcool e tabaco, assim como do consumo generalizado de substâncias psicoativas ilícitas (Balsa, Urbano e Vital, 2017). É de reforçar que ao nível das substâncias ilícitas, o aumento dos valores está fortemente ligado aos resultados do consumo de cannabis.

De modo a saber qual a posição de Portugal face à Europa, recorreu-se a um estudo que é realizado anualmente pelo Observatório Europeu da Droga e Toxicoddependência acerca do consumo (Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência, 2016, cit. In, Balsa, Urbano & Vital, 2017.). Uma vez que, a cannabis é a substância mais consumida no nosso país, leva-nos a estarmos em 14º com 4,1% de consumo em comparação com 5,8% da média Europeia. A cocaína coloca-nos em 18º lugar, com 0,2% de consumo face à média de 0,7% da Europa. As anfetaminas e o ecstasy colocam-nos em último e penúltimo lugar respetivamente.

#### 1.2. Tendências de consumo na população adulta e população jovem adulta.

Quando realizamos a comparação entre a população jovem adulta (15-34 anos) e a população adulta (34-74 anos), existem dados que as diferenciam. Isto é, ao nível do consumo experimental de álcool, a população adulta destaca-se com 86,4% em comparação com 82,6% da população jovem adulta. O tabaco, já possui valores mais elevados na população jovem adulta, com 52,4% enquanto que a população adulta regista 43,6%. A cannabis tem valores significativamente diferentes entre as populações, tendo a jovem adulta consumos de 14,9% e a adulta de 7%. O ecstasy é maior na população jovem adulta, com um consumo de 0,9% e a população adulta 0,5%. O LSD é maior na população jovem adulta com 0,5%, contrastando com 0,3% da população adulta. Os alucinogénios, a cocaína e as anfetaminas apresentam valores iguais em ambas, sendo 0,2%, 1,1% e 0,4% respetivamente.

### 1.3. O uso de substâncias psicoativas em grupos etários específicos.

Segundo um estudo sobre os comportamentos aditivos aos 18 anos em relação a jovens participantes no dia da defesa nacional (Calado & Carapinha, 2017), conclui-se que a ao nível da experimentação, 88,9% dos inquiridos já consumiu álcool e 63,3 % já usou tabaco. Acerca das substâncias psicoativas ilícitas, 33,1% afirma já ter experienciado, sendo a canábis a mais frequente com 31,6%. Nos últimos 12 meses, 83,7 % consumiu álcool, 51,6 tabaco e 24,7% substâncias ilícitas (maioritariamente canábis – 23,8%). Nos últimos 30 dias, evidenciou-se que 65,1 % usou álcool, 41,8% tabaco e 15,8% substâncias ilícitas (na sua maioria canábis – 15,2%).

Relativamente a estes dados, podemos ainda aferir que são na sua maioria do género masculino a frequentar o 12ºano ou ensino superior. Constata-se ainda que, existe um padrão elevado para a experimentação de álcool e tabaco na população jovem, assim como, nas substâncias ilícitas, um uso muito direcionado para a canábis.

Através de um estudo acerca dos consumos no ensino superior em Lisboa (Alcântara da Silva et al, 2015), com idades desde os 17 anos de idade, 26,4% afirma ser fumador. O álcool apresenta valores significativos, com 97,5% ao longo da vida e 72,6% nos últimos 30 dias. As substâncias ilícitas têm valores ao longo da vida de 40,3% e 12,3% nos últimos 30 dias, com maior tendência entre os jovens dos 17 aos 22 anos de idade. Face às prevalências, 40 % dos indivíduos afirmar ter consumido canábis ao longo da vida e 11,3% nos últimos 30 dias. As outras apresentam apenas 0,5% ao longo da vida e 0,2% nos últimos 30 dias.

Assim, na população universitária existe uma grande tendência para o uso do álcool e canábis. É de ressaltar que o grupo etário entre os 17 e os 22 anos de idade possuem um padrão de consumo elevado face à canábis.

Por fim, na população do dia da defesa nacional, constata-se que existe uma maior tendência para a experimentação. Enquanto que na população universitária, já se evidencia um consumo mais contínuo.

#### 1.4. Características sociodemográficas e tendências do consumo da população da Comissão da Dissuasão para a Toxicodependência (CDT).

Uma vez que a nossa amostra é composta por indivíduos da CDT, procedemos a uma análise das características mais frequentes que estes possuem. Na análise do relatório sobre os efeitos da Intervenção em Dissuasão baseados na CDT (Carapinha et al, 2017), constatou-se que a maioria é do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, são solteiros e possuem habilitações literárias entre o 3º ciclo e o ensino secundário. Face ao consumo de álcool, têm percentagens elevadas (superiores a 90%) ao longo da vida e dos últimos 12 meses. Em relação às substâncias psicoativas, destaca-se a cannabis, com valores acima dos 90% para a experiência, consumo ao longo da vida e dos últimos dos meses. Havendo ainda a informação de que existe uma grande percentagem de indivíduos que consomem cannabis 4 ou mais vezes por semana, o que indicia um padrão de consumo de alto risco (EMCDDA, 2012). A cocaína apenas evidencia nesta população 14% ao longo da vida e 8,6% nos últimos 12 meses, as restantes possuem valores abaixo dos 10%.

Assim, as populações das CDT têm padrões de consumo muito relacionados com a cannabis, numa faixa etária predominantemente jovem.

## **2. Riscos associados ao consumo**

Segundo o manual do ASSIST (Humenik et al, 2010), constata-se que o uso de substâncias pode conduzir a problemas de saúde física e mental, mas também ao nível social (problemas familiares, profissionais, entre outros). Pelo que um único episódio de consumo, pode levar a uma intoxicação aguda que pode provocar uma overdose/ perda de consciência, agressão e violência, acidentes e comportamentos inesperados. O uso regular tem como possíveis consequências, problemas do foro mental, como a depressão, irritabilidade, alterações de humor, problemas de sono, dificuldade de concentração/ atenção entre outros. Podendo ainda afetar o trabalho regular ou estudo. A dependência possui problemas idênticos ao do uso regular, porém de forma mais intensa, uma vez que existe um uso mais frequente e em doses maiores.

Atendendo que o ASSIST avalia o grau de risco, este será um instrumento que irá facilitar os cuidados de saúde primária e instituições, não só a avaliar

como a sensibilizar os indivíduos para as consequências que o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas pode provocar. Deste modo, irá potenciar a redução do consumo através da implementação do instrumento.

### 2.1. Riscos do consumo de Álcool

Segundo o artigo *Alcohol-Use-Disorders* (Schuckit, 2009), o consumo de álcool está associado a possíveis episódios depressivos, ansiedade severa e insónias. Ao nível do organismo, pode desencadear doenças, como a cirrose hepática, problemas cardiovasculares e gastrointestinais. O uso continuado, pode levar a perdas de memória e défices cognitivos temporários.

Ao nível social, pode levar ao isolamento, quebra nas relações de amizade e comportamentos desajustados. No seio familiar, pode criar distanciamento, negligência e clima de conflito. Pode ainda desencadear problemas legais devido a conflitos e não cumprimento das leis.

### 2.2. Risco do consumo de Canábis

A canábis além de ser a substância ilícita mais consumida em Portugal, também o é a nível internacional (Copeland & Swift, 2009). Uma vez que esta se destaca ao nível do seu uso, iremos abordar também os fatores de proteção e risco associados ao início do seu consumo. Como fatores de proteção, evidencia-se que um envolvimento no seio familiar, uma interação positiva e gratificante, um bom envolvimento social e bons rendimentos académicos promovem a ausência do uso de substâncias. Em relação aos fatores de risco, constata-se que classes económicas mais desfavorecidas estão mais propensas ao uso de drogas ilícitas, como também em subgrupos específicos (Daniel et al., 2009). Os meios familiares onde ocorre défice nas relações entre pais e filhos, conflitos parentais e uso de substâncias podem fomentar no indivíduo práticas de incentivo ao consumo (Degenhardt et al., 2010; Fergusson, Boden & Horwood, 2015). No que diz respeito ao indivíduo, os que possuem traços de personalidade onde está presente a procura de novidade e novas sensações, pode potenciar o início do consumo (Cannon et al., 1993; Pinchevsky et al., 2012). A influência dos pares também é um dos aspetos a ter em atenção, caso esteja num grupo antissocial ou com hábitos de consumo, pode ser um fator que leva ao uso de substâncias (Lunskey & Hall, 2000). É importante ter em atenção

que estes riscos, não se aplicam somente ao uso de canábis, mas também de outras substâncias.

Em relação aos riscos a curto prazo, o uso de canábis pode levar a uma intoxicação marcada por perturbação ao nível da consciência, cognição, comportamentos e outros problemas psicofisiológicos (World Health Organization, 2016). Deve ter-se em atenção que estes efeitos variam consoante a quantidade consumida, o estado de humor e o tipo de ambiente em que foi utilizada (Heine, 1985).

A longo prazo, pode dar origem a dependência, défices cognitivos, depressões, ansiedade, problemas cardiovasculares, pulmonares, entre outros. Pode ainda, levar ao desinteresse pelo investimento na sua vida, não cumprindo objetivos, acabando por abandonar a vida académico/ profissional e distanciar-se da família, potenciando riscos psicossociais (Fergusson et al., 2015).

### 2.3. Riscos do consumo de Cocaína

A cocaína é caracterizada como a substância que cria mais dependência, podendo ser muito difícil para o cocainómano acabar com o seu consumo (Arif, 1988). O uso desta substância pode desencadear no indivíduo uma perturbação da personalidade que o pode levar a ser irresponsável, impulsivo, autocentrado e com dificuldade de autorregulação das emoções. Pode ainda, potenciar efeitos de paranoia, alucinações, dificuldade de concentração e dificuldade em dormir. Ao nível físico, o seu consumo pode levar a derrames, ataques cerebrovasculares e como mais comum, a perda de peso.

Ao nível do indivíduo, o uso continuado pode começar a afetar a vida profissional, levando à possibilidade de perda de emprego, torna a vida conjugal e familiar frágil, reduz a capacidade de obtenção de bons resultados e pode originar complicações jurídicas (Arif, 1988). O que por sua vez, leva a pessoa a isolar-se (Arif, 1988).

## **3. Os instrumentos de avaliação do risco relacionados com o consumo de substâncias na população adulta.**

Existem testes de rastreio relacionados com o uso de substâncias, isto é, instrumentos que têm por base detetar de forma precoce problemas de saúde ou fatores de risco, com o intuito de prevenir o agravamento de problemas ou

surgimento de outros (Beaglehole et al., 2003, cit. in Filho, 2013). Porém, na sua maioria, são aplicados no nosso país sem terem sido sujeitos a uma adaptação ao contexto português, sendo somente traduzidos (Manita, 2002). Segundo a World Health Organization (2016) os fatores de risco são qualquer característica ou exposição de um indivíduo que amplia a probabilidade de desenvolver uma doença ou condição indesejável. Como testes específicos de fácil aplicação, existe o ISCA- Inventário Sistemático sobre o Consumo de Álcool, que é mais adequado para situações onde o potencial de risco do uso de substâncias não está identificado. Assenta sobre a quantidade e frequência do consumo, através do qual se obtém um resultado representativo do nível de risco que vai desde o nível um ao nível quatro. (Filho, 2013). O AUDIT – *The alcohol use disorders identification test*, que é caracterizado por ser um teste mais amplo que indica múltiplos níveis de risco, que por sua vez permite que haja intervenções mais adequadas a cada um dos níveis (Filho, 2013). Apesar de ambos os testes se identificarem como eficazes, têm como limitação se restringirem ao álcool.

Ao nível de instrumentos mais abrangentes, existe o ASI- *Addiction Severity Index* que se foca no uso de drogas, severidade de dependência, uso de álcool, suporte familiar e social, problemas psiquiátricos e problemas com a justiça (Manita, 2002). Permitindo deste modo obter informação acerca do trajeto de vida do indivíduo e problemas relacionados nos últimos 30 dias, tendo a duração de cerca de uma hora a ser administrado (Manita, 2002). Este teste apesar de ser mais amplo, apenas dá importância aos problemas ocorridos no último mês face ao uso de drogas (pondo de parte o álcool e o tabagismo), não tendo como principal foco, a avaliação do risco. O DUDIT – *Drug Use Disorders Identification Test*, foi desenvolvido em paralelo com o AUDIT no intuito de identificar indivíduos com problemas relacionados a drogas. (Berman et al., 2005) Uma vez que foi desenvolvido no seguimento do AUDIT, não lhe é capaz de avaliar o consumo de álcool nem de tabagismo.

No que concerne a estes instrumentos, pode verificar-se que o AUDIT está validado para a população portuguesa e o ASI consta como adaptado, mas não existe informação acerca deste processo. O DUDIT apresenta-se somente como traduzido, não constando nenhuma validação do mesmo no Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. O Isca apesar de ser referido em vários artigos, não possui informação acerca da sua tradução ou adaptação.

Deste modo, como mencionado acima, podemos constatar que Portugal necessita de desenvolver este tipo de recursos, fazendo não só a tradução como adaptação de qualquer instrumento utilizado. Deve sempre ter-se em atenção que as diferenças de culturas, hábitos e costumes podem condicionar a aplicação de um instrumento não validado. Este processo irá tornar o resultado de cada teste mais preciso e próximo da realidade, permitindo uma aplicação e intervenção mais eficazes (EMCDDA,2012).

#### **4. O ASSIST – um instrumento de rastreio do consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas.**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), existem evidências relevantes no que toca ao rastreio e intervenção breve nos cuidados de saúde primários para problemas relacionados com o uso de álcool e tabaco. McPherson e Hersch (2000, cit. in Group, 2002) evidenciam que o desenvolvimento de qualquer teste de rastreio a nível internacional deve ter em conta a diversidade das substâncias psicoativas, assim como a dos próprios utilizadores, pelo que se tem aprendido bastante a partir das recentes pesquisas sobre o rastreio para o abuso de substâncias, fornecendo resultados para uma base sólida a nível empírico que dá espaço para a conceção de um novo instrumento de triagem.

Assim, e numa perspetiva transcultural, ocorre a necessidade de ir mais além da problemática do álcool e tabagismo, levando a que a OMS através de um grupo internacional de investigadores na área do abuso de substâncias e problemas relacionados, desenvolvesse um instrumento de triagem que assenta no envolvimento do álcool, tabaco e substâncias (como a cannabis, anfetaminas, cocaína e opiáceos), denominado de ASSIST.

##### **4.1. Composição do instrumento ASSIST**

No que concerne à sua composição o pacote ASSIST é desenvolvido para ajudar os profissionais de saúde primária a detetar e gerir o uso de substâncias e seus respetivos problemas relacionados, em ambientes de cuidados médicos primários e gerais. Para isso, ele é constituído por três manuais diferentes, o Teste de Triagem composto por 8 questões sobre o envolvimento de Álcool, Tabagismo e Substâncias, que é de rápida aplicação (em média 10 minutos),

onde também está incluído a explicação de como deve ser administrado nos ambientes de cuidados de saúde, particularmente em estabelecimentos de cuidados de saúde primários baseados na comunidade, permitindo identificar pessoas que estão a usar substâncias. Um manual de intervenção breve ligada ao ASSIST para o uso de substâncias perigosas e nocivas, mais concretamente, para uso em cuidados primários. Explica a base teórica e evidencia a eficácia de intervenções breves de modo a auxiliar os administradores do instrumento na condução de uma breve intervenção simples para clientes em que o uso de substâncias está a colocá-los em risco. Por último, um guia composto por estratégias de autoajuda para reduzir ou interromper o consumo de substâncias, ajudando os pacientes que pensam que o uso de substância está a colocá-los em risco de enfrentar problemas e para avaliar o seu comportamento no uso de substâncias (Organização Mundial de Saúde, 2017).

#### 4.2. Fases da validação do ASSIST

No desenrolar do projeto, o instrumento tem sido sujeito a uma investigação destinada a aferir a sua validade e fidelidade em quatro fases sequenciais, de modo a o instrumento se tornar viável, fiável, válido, flexível, abrangente e culturalmente relevante, dando a possibilidade para que seja aplicado em intervenções breves. Numa primeira fase, entre 1997 e 1999, ocorreu o planeamento e desenvolvimento do ASSIST, com um estudo internacional de viabilidade e fiabilidade (Organização Mundial de Saúde, 2017). A segunda fase decorreu entre 2000 e 2002, onde se realizou um estudo de validade internacional do instrumento e conseqüentemente um estudo de viabilidade de intervenções breves ligados ao respetivo teste (Group, 2002). Sequencialmente, a terceira fase foi implementada de 2002 a 2007 segundo um estudo (*follow-up*) internacional da eficácia de uma intervenção breve ligada ao ASSIST (ensaio clínico randomizado) com participantes da Austrália, Brasil, Índia e Estados Unidos Da América. O resultado que obtivera foi positivo, dando a entender que a intervenção breve ligada ao ASSIST foi eficaz na redução do risco e do consumo de substâncias, conforme medido pelo índice do instrumento, indo ao encontro do feedback dos participantes que foram recolhidos numa entrevista de acompanhamento nos seguintes 3 meses (Ali, Dennington, & Humeniuk, 2008). Por último, a quarta fase que foi de 2008 a 2011, que pretende desenvolver

produtos eficazes e sustentáveis de intervenções sustentadas pelo ASSIST, que sejam capazes de produzir benefícios tangíveis para a saúde pública e bem-estar social (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Deste modo um grupo de investigadores nacionais obtiveram autorização da Organização Mundial de Saúde para iniciar os estudos de validação do ASSIST para a população geral portuguesa. Neste seguimento e neste momento está em curso um projeto de investigação, em que o presente estudo se insere, com o intuito de proceder a esta adaptação e validação. O mesmo se reveste de grande relevância no contexto nacional atendendo ao uso disseminado que o ASSIST tem no nosso país, principalmente no que diz respeito às instituições que realizam intervenção direta com utilizadores de substâncias em Portugal, como é o caso do Projeto Integrado de Apoio à Comunidade e da Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência.

#### 4.3. Validações estrangeiras

No decorrer dos anos, após a criação do ASSIST, vários países e organizações realizaram estudos para validar o instrumento para as suas populações. Neste seguimento, evidencia-se abaixo uma breve descrição de algumas validações e os seus principais resultados que servirão de apoio para comparação com os resultados deste estudo.

##### 4.3.1. Validação da versão francesa do Instrumento ASSIST para a população idosa (Achab et al, 2012)

Este estudo foi desenvolvido para a população idosa inserida em unidades ambulatorias. Os valores obtidos foram de encontro com dados existentes noutras validações. Para proceder à validade, realizaram correlações entre os scores do ASSIST e do ASI, Mini-Plus, Audit e RTQ, tendo sido positivas. Para a consistência interna, recorreram ao Alpha de Cronbach, que variou entre 0,66 e 0,89, apresentando uma boa consistência.

Deste modo, concluíram que o ASSIST se demonstra como um instrumento válido, possuindo grande potencial e utilidade. Numa forma de destacar as vantagens, descrevem que possui eficácia por incluir uma vasta variedade de substâncias em comparação com o AUDIT e RTQ. Revela-se ainda mais viável o nível da facilidade e da curta duração na sua aplicação face ao ASI.

Uma vez que o instrumento obteve bons resultados, referem que poderia ser vantajoso inserir o ASSIST numa abordagem geral de saúde pública.

#### 4.3.2. Validação da versão francesa do Instrumento ASSIST para a população adulta (Achab et al, 2011)

Esta investigação teve como intuito validar o ASSIST para a população adulta francesa. Para este efeito, realizaram correlações entre os scores do ASSIST e do ASI, Mini-Plus, Audit e RTQ, sendo todas elas correlações significativamente positivas. A validade do constructo foi medida através do Alpha de Cronbach, que obteve valores entre os 0,74 e 0,93, mostrando boas consistências internas. Os resultados obtidos convergiram com dados obtidos noutras validações do ASSIST.

Assim, concluíram que o ASSIST é um bom instrumento de rastreio para cuidados de saúde primária, sugerindo a sua implementação a outros contextos, como por exemplo, psiquiátricos.

#### 4.3.3. Validação da versão espanhola do Instrumento ASSIST (Alfaro et al, 2014).

Esta iniciativa teve como objetivo, a validação do instrumento ASSIST para indivíduos que frequentam os cuidados de saúde primária, no contexto espanhol. Para tal, a validade foi testada através da correlação entre scores do ASSIST e do AUDIT e Mini-Plus, tendo se demonstrado positivas. A validação colateral foi também positiva, sendo realizada através da comparação de scores do ASSIST e do RTQ e SDS. Para a validade do constructo, recorreram ao Alpha de Cronbach, tendo valores entre os 0,86 e 0,9, mostrando uma boa consistência interna.

Deste modo, afirmam que é um instrumento válido para os cuidados primários e especializados.

## 5. Síntese

Segundo a epidemiologia, constata-se que a população portuguesa tem elevados valores de consumo de álcool, tabaco e canábis que têm vindo a aumentar ao longo dos anos. Assim, necessitamos de um instrumento que

permita aos cuidados de saúde primária e instituições, uma intervenção que abranja todas estas questões, de forma rápida e eficaz.

Neste seguimento, surge o intuito de validar o ASSIST para a população portuguesa, por se apresentar como um instrumento de aplicação breve que engloba substâncias lícitas e ilícitas e que ainda possui uma intervenção breve. Este objetivo também surgiu na análise de validações estrangeiras, nas quais os resultados foram bastante eficientes e classificam o ASSIST como um instrumento eficiente para este tipo de intervenções.

## **Parte II – Metodologia**

O objetivo geral do estudo será contribuir para a validação do instrumento ASSIST, pelo que se irá analisar a consistência interna do instrumento na população portuguesa, os scores obtidos para cada domínio do instrumento em comparação com a v.3 do ASSIST e observar as diferenças nos indicadores de abuso e dependência em relação às idades dos participantes

Deste modo, de forma a atender às necessidades do estudo, a natureza do mesmo vai ser quantitativa. Segundo Günther (2006), esta abordagem permite o controlo sobre o contexto, evita a interferência de variáveis irrelevantes, potencia a neutralidade e objetividade, o que evita influências no processo de investigação. Esta metodologia faz com que os dados sejam analisados numa linguagem matemática de modo a explicar os fenómenos, dando a possibilidade de correlacionar a realidade empírica com a teoria que sustenta o estudo.

### **1. Amostra**

Segundo Pestana e Gageiro (2008), o tamanho da amostra de um estudo que possui como intuito a validação deve estar estreitamente relacionado com o número de itens que constituem o instrumento e deverá possuir uma dimensão que permita a utilização de testes estatísticos. Deste modo, indicam a necessidade de existir 10 participantes por item, para um número de itens entre 5 e 15. Neste estudo recorreu-se a uma amostra não aleatória e de conveniência, composta por 584 indivíduos, considerada aceitável neste contexto.

### 1.1. Caracterização da amostra

No que diz respeito à composição da amostra (Tabela 1), observa-se que esta possui um total de 584 participantes, dos quais 550 (94,2%) são do sexo masculino e 34 (5,8%) do sexo feminino. A média de idades é de 24,98 variando entre os 18 e os 67 anos.

Ao nível do estado civil, na sua grande maioria são solteiros, representando 92,6% (n=541) da amostra, tendo de seguida os casados, divorciados e união de facto com 2,1 (n=12). Os restantes são desconhecidos com 0,9% (n=5), separado de facto e viúvo com 0,2% (n=1). Relativamente às habilitações literárias, destaca-se o ensino secundário, com 31,7% (n=185) e o 3º ciclo do ensino básico, com 30% (n=175), seguindo-se o 2º ciclo, com 10,1% (n=59), e o 1º ciclo, CET, frequência universitária e grau universitário com percentagens abaixo dos 10% (2,5%, 3,3%, 8% e 6,2% respetivamente). Quanto à situação profissional, 57,2% dos participantes encontram-se empregados (n=334), 22,8% são estudantes (n=133) e 17,3% estão desempregados (n=101). Por último, ao nível da nacionalidade, esta é predominantemente portuguesa com 99,1% (n=579), havendo um indivíduo espanhol, um francês, um turco e um ucraniano (0,2%).

**Tabela 1 – Dados Sociodemográficos**

		M	Mínimo	Máximo	Omisso
Idade		24,98	18	67	0
		N			Percentagem
		584			100%
Sexo	Feminino	34			5,8 %
	Masculino	550			94,2%
	Omisso	0			-
Estado Civil	Solteiro	541			92,6%
	2º Ciclo	59			10,1%
	3º Ciclo	175			30%
	Secundário	185			31,7%
Situação Profissional	Desempregado	101			17,3%
	Estudante	133			22,8%
	Empregado	334			57,2%
	Omisso	16			2,7%

## 2. Instrumentos

Para o desenvolvimento do presente estudo, foi utilizado um questionário sociodemográfico e o instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST).

O Questionário sociodemográfico foi desenvolvido com o intuito de dar a conhecer as características específicas dos participantes, promovendo uma análise mais detalhada da tendência para o uso face às especificidades de cada indivíduo. Uma vez que a informação acerca dos participantes já existia antes do estudo, as questões foram elaboradas em função da informação já recolhida e dos aspetos que consideramos mais pertinentes analisar. Assim, o questionário possui questão acerca da idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e nacionalidade.

O ASSIST é um instrumento produzido pela Organização Mundial de Saúde com o intuito de ser aplicado nos cuidados de saúde primária para avaliar o grau de risco de consumo de substâncias lícitas e ilícitas. Destaca-se pelo facto de avaliar um conjunto abrangente de substâncias, sendo estas:

- Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.);
- Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.);
- Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.);
- Cocaína (coca, crack, etc.);
- Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.);
- Inalantes (cola, gasolina, solvente, etc.);
- Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos;
- Alucinogénios (LSD, cogumelos, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.);
- Outras.

O instrumento inclui as seguintes questões:

1. Quais as substâncias que já consumiu ao longo da vida;
2. Com que frequência consumiu cada uma das substâncias;
3. Com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir;
4. Com que frequência o seu consumo originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros;

5. Com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao seu consumo;
6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo;
7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o seu consumo;
8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável.

O ASSIST, apesar de integrar todas estas substâncias e questões, é um instrumento de fácil e rápida aplicação.

### **3. Procedimentos de Recolha de Dados**

Os indivíduos que fazem parte desta amostra foram alvos de sinalização por alguma entidade policial, no seguimento do consumo de substâncias psicoativas. Como resposta a esta situação, foram encaminhadas para a CDT para serem alvo de uma intervenção onde ocorre a aplicação do ASSIST para medir o grau de risco do consumo e aplicar a intervenção breve mais ajustada.

Assim, a recolha de informação sobre os participantes foi realizada em conjunto com a CDT, com base nos instrumentos supracitados e resultantes de intervenções realizadas no ano de 2017. Deste modo, a obtenção da informação derivou de várias reuniões com a CDT e através de uma autorização ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) para que os dados pudessem ser parte integrante do estudo.

#### **3.1. Procedimentos éticos**

O protocolo deste estudo foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa. Uma vez que os dados já se encontravam recolhidos, sem que os participantes tivessem dado o seu consentimento para a participação no estudo, procedeu-se à anonimização total dos dados: cada um dos participantes foi identificado numericamente, com o objetivo de proteger a sua privacidade. O anonimato de cada indivíduo foi respeitado, sendo utilizados, apenas os dados necessários ao estudo, tendo sempre em conta a confidencialidade dos sujeitos, não se tornando em nenhuma ocasião de domínio público.

### 3.2. Procedimentos de tratamento e análise de dados

Realizada a recolha de informação necessária, foi essencial recorrer a análise estatística mais ajustada, levando à interpretação dos dados quantitativos na sua complexidade. Para a análise dos dados, foi criada uma base de dados de todos os parâmetros em estudo, no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 24.

A análise estatística foi efetuada através de dois procedimentos, a estatística descritiva e a estatística inferencial. Na estatística descritiva, recorreremos à média, mínimo e máxima para a idade e para os restantes dados sociodemográficos a frequência de resposta e respetivas percentagens. Na estatística inferencial, no intuito de medir a consistência interna, recorreremos ao *Alpha* de Cronbach. Segundo Streiner & Norman (1995), a qualidade de um instrumento de medida que é avaliada pela sua análise psicométrica, advém do estudo da sua precisão e validade. Deste modo, este teste vai avaliar a forma como cada item se correlaciona com todos os outros na mesma escala ou dimensão, explicando até que ponto todos os itens se referem à mesma dimensão. Segundo Pestana e Gageiro (2008), podemos considerar como níveis de precisão superiores a 0,9 possuem uma consistência muito boa, entre 0,8 e 0,9 boa, entre 0,7 e 0,8 razoável, entre 0,6 e 0,7 fraca e inferior a 0,6 inadmissível. Para explorar as diferenças entre grupos de idades em relação ao abuso e dependência, recorreu-se ao teste T para amostras Independentes. Assim podemos analisar o efeito da idade na dependência e abuso através das médias obtidas (Martins, 2011).

## 4. Apresentação dos Resultados

### 4.1. Consistência interna

De modo a averiguar a consistência interna de cada grupo de questões existentes no instrumento ASSIST utilizou-se o *Alpha* de Cronbach. Neste estudo, constata-se através da Tabela 2, que existem tipos de consumo que não obtiveram resultados suficientes para se calcular a consistência interna, sendo eles os inalantes e os opiáceos. Com valores inadmissíveis (abaixo de 0,6) encontra-se o tabaco, álcool, cannabis, cocaína e os ansiolíticos (Pestana

& Gageiro, 2008). Com um resultado fraco (entre os 0,6 e 0,7) estão os Estimulantes e com boa consistência (entre os 0,7 e 0,8) evidencia-se os Alucinogénios (Pestana & Gageiro, 2008).

As baixas consistências internas, podem advir do facto das respostas às questões serem inconsistentes (Keszei, Novak & Streiner, 2010). Uma vez que a amostra é exclusivamente de indivíduos que estiveram na CDT, num contexto específico de intervenção (após a sinalização de consumo/ posse de substância ilícita), faz com que esta seja bastante homogénea. Isto é, os comportamentos de uso dos indivíduos tendem a ser mais idênticos entre si, levando a que não existam diversas variâncias nos graus de risco de todas as substâncias, mas sim os mesmos hábitos de consumo. Segundo o relatório sobre os Efeitos da Intervenção em Dissuasão baseado na Atividade das CDT (Carapinha, Dias & Guerreiro, 2017), constata-se que a população-alvo vai de encontro ao descrito na epidemiologia, sendo predominantemente consumidora de cannabis, com valores acima das restantes substâncias psicoativas.

**Tabela 2** – Alpha de Cronbach

	Total	Alpha
Tabaco	584	0,579
Álcool	584	0,427
Cannabis	584	0,551
Cocaína	584	0,388
Estimulantes	584	0,652
Inalantes	584	-
Ansiolíticos	584	0,588
Alucinogénios	584	0,889
Opiáceos	584	-

#### 4.2. Domínios do ASSIST

Através da fórmula de cada domínio e a sua respetiva pontuação máxima da versão 3 do ASSIST (Achab Arigo at. Al, 2011), procedeu-se ao cálculo dos mesmos para esta amostra. Os resultados para o envolvimento de substâncias específicas (SSI – Tabela 3) apenas podem obter um valor máximo de 39, e são resultado do somatório das questões 2 a 7 relacionadas com cada substância (ex.  $\Sigma 2^a + 3^a + 4^a + 6^a + 7^a$  -SSI Tabaco)

No que concerne ao envolvimento do tabaco, este mostra-se dentro do valor máximo, com 37 e média de 14,76. O álcool obteve um máximo de 27 e uma média de 5,12, a cannabis 36 e 10,71, cocaína 7 e 0,15, estimulantes 15 e 0,14, inalantes 0 em ambas, ansiolíticos 7 e 0,01, alucinogénios 9 e 0,01 e outros 0 em ambas. Assim, todas as questões encontram-se dentro dos scores máximos, no entanto os inalantes e as outras substâncias não possuem qualquer tipo de resultado.

**Tabela 3-** ASSIST v.3 - descrição do domínio do envolvimento de substâncias específicas (SSI) e pontuação máxima obtida no domínio

	Total	Mínimo	Máximo	M
SSI Tabaco	584	0	37	14,76
SSI Álcool	584	0	27	5,12
SSI Cannabis	584	0	36	10,71
SSI Cocaína	584	0	7	0,15
SSI Estimulantes	584	0	15	0,14
SSI Inalantes	584	0	0	0
SSI Ansiolíticos	584	0	7	0,01
SSI Alucinogénios	584	0	9	0,01
SSI Opiáceos	584	0	9	0,05
SSI Outros	584	0	0	0,00

O uso de substâncias ao longo da vida (incluindo álcool e tabaco) (*LSU*), é calculado através do somatório de todas as alíneas da questão 1, podendo alcançar o score máximo de 30. Nesta amostra, obteve-se um máximo de 27 e uma média de 9,97. O uso de substâncias ilícitas ao longo da vida (excluindo álcool e tabaco) (*LIDU*), deriva do somatório da alínea c) à j) da questão 1, tendo como resultado máximo, 24 valores. Nesta análise, o máximo foi de 21 com uma média de 4,14. A atual frequência total do uso de substâncias (incluindo o álcool, excluindo o tabaco e outras drogas) (*TCFSU*) dá-se através do somatório das alíneas b a i da questão 2, com um score máximo de 48. Nesta situação, apenas teve 16 de máxima e uma média de 7,43. A atual frequência total do uso de substâncias ilícitas (excluindo o álcool, o tabaco e outras drogas) (*TCFIDU*) pode ir até 42 valores e é calculado através da soma das alíneas c a i da questão 2. A *TCFIDU* obteve o máximo de 12 valores e uma média de 4,24. A dependência de todas as substâncias (*Dependence all substances*) ( $\Sigma Q1a - j + 2a - j + 3a - j + 6a - j + 7a - j$ ) tem 270 como score máximo. No estudo tem um máximo de 77 e média de 42, 99. A dependência das drogas ilícitas (*Dependence Illicit*

*Drugs*) ( $\Sigma Q1c - j + 2c - j + 3c - j + 6c - j + 7c - j$ ) tem como valor máximo 216 de score. Esta amostra teve um máximo de e uma média de 17,63. O abuso de todas as substâncias, incluindo o álcool e tabaco (*Abuse All Substances*) ( $\Sigma Q1a - j + 2a - j + 4a - j + 5a - j + 6a - j$ ) tem como valor máximo 300. Nesta análise obteve 83 de score e 32, 87 de média. O abuso de substâncias ilícitas, excluindo o álcool e tabaco (*Abuse illicit substances*) ( $\Sigma Q1c - j + 2c - j + 4c - j + 5c - j + 6c - j$ ) apenas pode ir até aos 240 de score. Nestes dados apenas teve 57 de máxima e uma média de 14, 76.

Em suma, todos os domínios respeitam os scores máximo da versão 3 do ASSIST. No entanto podemos observar que as médias são na sua maioria abaixo da média dos scores, o que pode traduzir-se num uso relativamente baixo.

**Tabela 4-** ASSIST v.3 - descrição do domínio do envolvimento de substâncias específicas e pontuação máxima obtida no domínio

	N	Mínimo	Máximo	M
LSU	584	3,00	27,00	9,9658
LIDU	584	3,00	21,00	4,1353
TCFSU	584	2,00	16,00	7,4281
TCFIDU	584	,00	12,00	4,2380
Dependência de todas as subs.	584	13,00	77,00	42,9880
Dependência de drogas ilícitas	584	6,00	44,00	17,6250
Abuso de todas as subs.	584	12,00	83,00	32,8716
Abuso de subs, ilícitas	584	6,00	57,00	14,7586

#### 4.3. Diferenças de dependência e abuso em função da idade.

O teste paramétrico T para amostras independentes foi usado no sentido de comparar dois grupos de idades (18 aos 21 e 22 aos 67) relativamente aos domínios da dependência e do abuso, quer ao nível de todas as substâncias como das ilícitas.

Na Tabela 5, encontram-se as medidas descritivas da variável dependente (Domínio) para cada grupo de idades (variáveis independentes), contendo o grupo dos 18 aos 21 (constituído por 218 participantes) e o grupo dos 22 aos 67 anos (constituído por 366 indivíduos). Na avaliação da dependência de todas

as substâncias, o primeiro grupo (18-21) possui uma média de 42,62 e desvio-padrão 9,57. O segundo grupo (22-67) apresenta-se com uma média e desvio-padrão (D.P.) para abuso de todas as substâncias de 43,20 e 11,39 respectivamente. O que nos permite concluir que, em média, o segundo grupo da amostra tem mais tendência para a dependência de todas as substâncias. O domínio das substâncias ilícitas evidencia no grupo 1, uma média de 16,45 e num desvio-padrão de 5,52, enquanto que o grupo 2 tem uma média de 18,33 e D.P. 7,43. Deste modo, a média remete-nos para uma maior dependência de substâncias ilícitas no grupo dos 22 aos 67 anos de idade. Face ao abuso de todas as substâncias, analisa-se que o grupo 1 tem uma média de 32,98 e D.P. 6,95 e o grupo 2 32,80 e 8,77 respectivamente. O que por sua vez demonstra que o grupo 1 tem maior tendência para o abuso de todas as substâncias. O abuso de substâncias ilícitas revela que o grupo 1 tem uma média de 14,16 e D.P. 4,48 e o grupo 2 uma média de 15,11 e 6,47 de D.P. O que determina que o grupo 2 é mais frequente no abuso de todas as substâncias.

Relativamente a estes dados, pode concluir-se que o grupo com mais idade revela maiores consumos ao nível da dependência e do abuso, à exceção do abuso de todas as substâncias (incluindo álcool e tabaco) onde o grupo mais jovem tem uma média maior. Porém, todas as médias não são muito disparees entre si, variando aproximadamente um valor, tendo sempre em atenção que a amostra do grupo 1 possui menos 148 indivíduos face ao grupo 2.

**Tabela 5** – Teste t para amostras independentes

	18-21 (n= 218) <b>Média (DP)</b>	22-67 (n=366) Média (DP)	t (582)
Dependência de todas as subs.	42,624 (9,565)	43,205(11,388)	-0,632
Dependência de drogas ilícitas	16,45 (5,216)	18,325(7,430)	-3,233*
Abuso de todas as subs.	32,977 (6,953)	32,808 (8,768)	0,242
Abuso de subs. ilícitas	14,160 (4,478)	15,115 (6,472)	-1,920

\*p < .05

No que concerne aos resultados do teste T para amostras independentes (Tabela 5), o domínio da dependência para todas as substâncias evidencia que o valor t é de -0,632, com 582 graus de liberdade(df) e uma significância associada de  $p=0,528$ . Com o valor de  $p=0,528$ , conclui-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos de idade, uma vez que o valor de probabilidade é maior que 0,5 (Martins, 2011). A dependência das substâncias ilícitas tem como valor de t -3,23, 582 graus de liberdade e  $p=0,001$ . Uma vez que p é inferior a 0,05, conclui-se que estamos perante diferenças de médias significativas para os dois grupos, ou seja, existem diferenças significativas no que diz respeito à dependência de ilícitas; os participantes mais velhos apresentam níveis superiores de dependência do que os indivíduos mais novos. No abuso de todas as substâncias, o valor t é de 0,24, com 582 graus de liberdade e  $p=0,809$ . Deste modo, rejeita-se a hipótese que existem diferenças entre os dois grupos, pois o valor de p é superior a 0,5. O abuso de substâncias ilícitas tem como valor t -1,920, 582 graus de liberdade e  $p=0,055$ . O que nos indica que não existem diferenças entre os grupos de idade relativamente a este domínio (p maior que 0,05).

Em suma, a divisão da idade em dois grupos distintos, não se traduziu em grandes diferenças no tipo de consumo, evidenciando somente um registo distinto relacionado à dependência de substâncias ilícitas. Isto pode traduzir-se pelo simples facto de toda a amostra ser de um contexto específico, onde os indivíduos são sinalizados pela posse de substâncias ilícitas passando por um processo de intervenção na CDT.

### Parte III – Discussão

Este estudo é pioneiro na análise do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) para a população portuguesa. Assim, caracteriza-se como necessário, dado que se apresenta como a primeira etapa na criação de uma base científica para a introdução e utilização deste instrumento na nossa população.

Através dos resultados podemos aferir que a consistência interna obtida através do alpha de cronbach é inferior à obtida nas validações de outros países, tendo sido apenas elevada no que concerne aos alucinogénios. As baixas consistências internas, podem advir do facto das respostas às questões serem inconsistentes (Keszei, Novak & Streiner, 2010). Uma vez que a amostra é exclusivamente de indivíduos que estiveram na CDT, num contexto específico de intervenção (após a sinalização de consumo/ posse de substância ilícita), faz com que esta seja bastante homogénea. Isto é, os comportamentos de uso dos indivíduos tendem a ser mais idênticos entre si. Segundo o relatório sobre os Efeitos da Intervenção em Dissuasão baseado na Atividade das CDT (Carapinha, Dias & Guerreiro, 2017), constata-se que a população-alvo é predominantemente consumidora de cannabis, com valores acima das restantes substâncias psicoativas, indo de encontro ao que se constata na nossa amostra. Assim, como a amostra foi não aleatória e conveniente, tendo como limitação o facto de que a inclusão de um elemento da população na amostra é determinada por um critério, havendo elementos da população que não têm possibilidade de ser escolhidos, pode ter originado uma não representatividade da população.

Na comparação dos scores dos domínios do presente estudo com os scores da v.3 do ASSIST, constata-se que todos eles estão de dentro dos limites máximos a obter, respeitando desta forma os valores estabelecidos para as validações do instrumento. No entanto pode observar-se que as médias são na sua maioria abaixo da média dos scores, o que pode traduzir-se num uso relativamente baixo. Sendo que este uso pode justificar-se com os dados europeus, onde se observa que Portugal não é um país com grandes consumos, à exceção do uso da cannabis (Balsa, Urbano & Vital, 2017). O que leva a que os resultados sejam mais baixos do que os padronizados ao nível europeu.

Face ao teste t para amostras independentes, este foi utilizado através da constatação que existem dois grupos de idades que seriam necessários analisar para ver até que ponto possuíam ou não comportamentos idênticos entre si. Esta divisão foi realizada tendo em atenção aos dados que analisamos acerca do consumo dos participantes do dia da defesa nacional, onde está evidente a tendência para a experimentação (Calado & Carapinha, 2016), o consumo no ensino superior onde se averigua que ocorre uma maior propensão para o uso entre os 17 e os 22 (Alcântara da Silva et al, 2015) e na comparação entre a população jovem adulta e adulta, que possuem comportamentos distintos (Balsa, Urbano & Vital, 2017). Assim, fez -se uma divisão da amostra em dois grupos - dos 18 aos 21 anos e dos 22 aos 67 anos - para se avaliar se existem diferenças no abuso e dependências de substâncias licitas e ilícitas. Os resultados mostram que não existe grande variância, á exceção da dependência de substâncias ilícitas, onde o valor evidenciado comprova que existem diferenças mais impactantes na população mais velha. Os consumos idênticos podem estar associados ao facto de a amostra ser apenas constituída por indivíduos de um contexto específico, onde a sua maioria tem uma idade compreendida entre os 18 e os 29 com uma maior tendência para o uso de canábis. A diferença que existe na dependência de substâncias ilícitas pode estar relacionada com o facto de a população mais nova possuir maior predisposição para a experimentação nesta fase da vida (Calado & Carapinha, 2017). Enquanto que a população mais velha no seguimento de um consumo contínuo tem tendência a criar dependência, indo de encontro aos resultados obtidos (Humenik et al, 2010).

Subjaz ao descrito acima, denota-se que existem resultados que são relacionados com as características da amostra (proveniente da CDT) e conseqüentemente das tendências do consumo de substâncias da população geral portuguesa descritas no enquadramento teórico.

## Parte IV – Conclusão

O consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas é algo que preocupa toda a comunidade e instituições, como tal devem existir métodos que permitam a sensibilização e intervenção deste tipo de comportamento. Neste seguimento, o estudo ocorre na sequência de considerar que o instrumento ASSIST é uma mais valia nos cuidados de saúde primária e outros contextos, como forma de avaliar o grau de risco e realizar uma intervenção de forma breve e eficaz.

Nos resultados constatou-se que não se encontram valores que se afirmem enquanto significativos para a validação do instrumento para a população, pelo que se apresenta como contributo para a validação e como apoio para estudos futuros. Estes valores abaixo do expectável face a validações estrangeiras estão diretamente relacionados com o facto de a amostra ser bastante homogénea (Carapinha et al, 2017), o que condicionou os próprios resultados e mostrou-se como uma limitação para o estudo. Quando se afirma que a amostra é homogénea, destaca-se que a população que constitui as CDT's são indivíduos que foram sinalizados pela posse de substâncias e que na sua maioria possuem uma tendência relacionada com o uso de canábis (Carapinha et al, 2017). Apesar da afirmação anterior, os resultados tenderam a ir de encontro aos analisados na epidemiologia, demonstrando um maior consumo ao nível da canábis, assim como nas idades onde se regista uma maior tendência para o uso.

Para um estudo futuro, deve-se ter em atenção à seleção da amostra, procurando uma maior diversidade de indivíduos, dando especial atenção aos contextos e idade, de forma a tornar a amostra mais rica e diversificada. Assim, será mais representativa da população em geral, o que trará resultados mais eficazes para a validação.

Numa comparação com as validações estrangeiras supracitadas, pode-se averiguar que os resultados que se obteve são inferiores às restantes validações. No entanto para estudos futuros, pode-se considerar a comparações com outros instrumentos, como é o caso da validação francesa (Achab et al, 2011) que recorreu a termos comparativos entre o ASSIST e o AUDIT.

Face ao ASSIST, deve ter-se em atenção que ele está direcionado para analisar uma ampla variedade de substâncias psicoativas, porém de padrão

mais comum. Ou seja, existe todo um mundo de novas substâncias que vão surgindo ao longo do tempo e que não estão a ser analisadas. Estas novas substâncias representam uma grande parte dos consumos atuais (Calado et al, 2018), pelo que deveria haver uma inserção das mesmas de modo a permitir uma abrangência ainda maior, levando a resultados ainda mais eficazes.

Em suma, uma vez que existe um grande esforço pelas instituições para a validação do instrumento ASSIST, o presente estudo serve de primeira etapa, analisando as fragilidades existentes e possíveis melhorias que permitam dar continuidade a este processo.

## Referências Bibliográficas

Achab, S., Broers, B., Calzada, G., Chatton, A., Fleischmann, A., ...& Zulline, D. (2012). Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in the elderly. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 7(1), 14.

Achab-Arigo, S., Broers, B., Chatton, A., Fleischmann, A., Khazaal, Y., ...& Zulline, D. (2011). Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *European addiction research*, 17(4), 190-197.

Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J. & Truninger, M. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012*. Consultado no website Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf)

Alfaro, G. P., Barba, R. J., Bértolo, J. C., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., ...& Valladolid, G. R. (2014). Validation of the Spanish version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180-185.

Arif, A., & World Health Organization. (1988). Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de cocaína.

Balsa, C., Urbano, C., & Vital, C. (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I relatório final*. Consultado no website Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: [http://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/INPG%202016\\_2017\\_I%20relatorio%20final\\_dados\\_provisorios.pdf](http://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/INPG%202016_2017_I%20relatorio%20final_dados_provisorios.pdf)

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). DUDIT manual. *The Drug Use Disorders Identification Test*.

Calado, V. & Carapinha, L. (2016). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional – 2016*. Consultado no website Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/182/DDN\\_2016\\_RelatorioNacional.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/182/DDN_2016_RelatorioNacional.pdf)

Calado, V., Carapinha, L., Frango, P., Lavado, E., Leonardo, J. & Torrado, M. (2018). *Novas Substâncias Psicoativas em Portugal. Metodologia Trendspotter / Relatório Final, 2018*. Consultado no website Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/191/TRENDSPOTTER%20Relatorio\\_Final\\_pt.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/191/TRENDSPOTTER%20Relatorio_Final_pt.pdf)

Cannon, D. S., Clark, L. A., Leeka, J. K., & Keefe, C. K. (1993). A reanalysis of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) and its relation to Cloninger's Type 2 alcoholism. *Psychological Assessment*, 5(1), 62.

Carapinha, L., Dias, L. & Guerreiro, C. (2017). *Efeitos da Intervenção em Dissuasão baseado na Atividade das CDT*. . Consultado no website Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/180/Relatorio\\_EfeitosIntervencaoDissuasao.pt.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/180/Relatorio_EfeitosIntervencaoDissuasao.pt.pdf)

Copeland, J., & Swift, W. (2009). Cannabis use disorder: epidemiology and management. *International Review of Psychiatry*, 21(2), 96-103.  
doi: [10.1080/09540260902782745](https://doi.org/10.1080/09540260902782745)

Degenhardt, L., Dierker, L., Chiu, W. T., Medina-Mora, M. E., Neumark, Y., Sampson, N., ... & De Girolamo, G. (2010). Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 84-97.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). Principles of PDU indicator revision – final draft for national experts’s comments.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2015). Psychosocial sequelae of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1317-1326.

Filho, H. (2013). *Níveis de risco, instrumentos de diagnóstico precoce e intervenções breves*. Vimeiro. Consultado em <http://www.sicad.pt>

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 22(2), 201-210.

Group, W. A. W. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194.

Heine, B. (1985). Cannabis and Health Hazards: Proceedings of an ARF/WHO Scientific Meeting on Adverse Health and Behavioral Consequences of Cannabis Use. Edited by Kevin O'Brien Fehr and Harold Kalant. Toronto: Addiction Research Foundation. 1983. Pp 843. *The British Journal of Psychiatry*, 146(3), 335-336.

Humeniuk, R., Dennington, V., & Ali, R. (2008). The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial. *Geneva: World Health Organization*.

Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V. & Monteiro, M. G. (2010). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Consultado no site World Health Organization: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/assist\\_sbi/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/assist_sbi/en/)

Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of psychosomatic research*, 68(4), 319-323.

Lynskey, M., & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction*, 95(11), 1621-1630.

Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, 8 (3), 11-25.

Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: *Psiquilíbrios Edições*.

Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492-501. doi: 10.1016/S0140- 6736(09)60009-X

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528.

Pinchevsky, G. M., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Garnier-Dykstra, L. M., Vincent, K. B., & O'Grady, K. E. (2012). Marijuana exposure opportunity and initiation during college: parent and peer influences. *Prevention Science*, 13(1), 43-54.

Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1995). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. New York: Editora Oxford University Press.

World Health Organization. (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. World Health Organization.

WHO. (2017). The ASSIST project - alcohol, smoking and substance involvement screening test. Consultado em [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)

WHO. (2017). The WHO ASSIST phase IV (2008-2011). Consultado em [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_phase\\_IV/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_phase_IV/en/)

## **Anexos**

## Anexo 1 – Tabela sociodemográfica completa.

		M	Mínimo	Máximo	Omisso
Idade		24,98	18	67	0
		N		Percentagem	
		584		100%	
Género	Feminino	34		5,8 %	
	Masculino	550		94,2%	
	Omisso	0		-	
Estado Civil	Solteiro	541		92,6%	
	Casado	12		2,1%	
	Desconhecido	5		0,9%	
	Divorciado	12		2,1%	
	Separado de fato	1		0,2%	
	União de fato	12		2,1%	
	Viúvo	1		0,2%	
Habilitações Literárias	Desconhecido	42		7,2%	
	Até ao 1º Ciclo	15		2,5%	
	2º Ciclo	59		10,1%	
	3º Ciclo	175		30%	
	Secundário	185		31,7%	
	CET	19		3,3%	
	Freq. Universitária	47		8%	
	Grau Universitário	36		6,2%	
Omisso	6		1%		
Situação Profissional	Desempregado	101		17,3%	
	Estudante	133		22,8%	
	Empregado	334		57,2%	
	Omisso	16		2,7%	
Nacionalidade	Portuguesa	579		99,1%	
	Espanhola	1		0,2%	
	Francesa	1		0,2%	
	Turca	1		0,2%	
	Ucraniana	1		0,2%	
	Omisso	1		0,2%	